

stort problem för oss och dessvärre blir kraven på prestationer och produktion bara större och större, framhöll verksamhetschefen. Trots att mer och mer komplicerade ärenden kommer till vårdcentralerna förväntas personalen samtidigt sköta fler och fler patientbesök/ärenden, sa hon.

Det är svårt att finna en bra definition på »god tillgänglighet«. Patienten förväntar sig inte bara att få komma snabbt till ett första besök, utan också naturligtvis att läkaren följer upp med de åtgärder som krävs. I en situation med många komplicerade utredningar, inkommande provsvar, nya remisser, ont om återbesökstider och samtidigt mindre tid att gå igenom material och reflektera, kan man tyvärr se en ökande risk att sådana incidenter inträffar till följd av systemets krav, underströk hon.

Men detta är den allmänna utvecklingen och det är svårt att säga om det har varit orsaken nu. Hon tyckte att de var medvetna om dessa risker och hon ställde inte produktionskrav på läkarna som skulle gå ut över kvaliteten. Tvärtom hade de rutiner för att förhindra sådana händelser, hävdade verksamhetschefen.

AT-läkaren bestred att hon gjort fel. Hon frias varför vi inte tar med hennes argumentering.

Bedömning och beslut

Distriktsläkaren hänvisade som förklaring till fördröjningen av remisserna till bristande sekreteraresurser, vilket även bekräftades av verksamhetschefen.

Verksamhetschefen uppgav att sekreterarsituationen förbättrats och är acceptabel. Hon förnekade dock att organisationen i sig hade brustit, eftersom det fanns möjligheter att få akututskriffter utförda vid behov. Anmälan mot henne kan inte föranleda någon disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden.

Det framgår att även patientjournalen är bristfällig; inget status finns noterat vid något av besöken hos distriktsläkaren, konstaterar Ansvarsnämnden. Hanteringen av provsvar var inte heller acceptabel och distriktsläkarens uteblivna reaktion på AT-läkarens påpekande om behovet av vidare utredning av förekomsten av blod i avföringen och äggvita i urinen är anmärkningsvärd.

Såväl distriktsläkaren som verksamhetschefen har delvis förklarat detta med att det förelegat en hög arbetsbelastning. En hög arbetsbelastning kan emellertid inte ursäktas denna allvarliga brist från distriktsläkarens sida. Felen medför en varning för distriktsläkaren, bestämmer Ansvarsnämnden.

AT-läkaren hade fullgjort sina skyldigheter och frias. •

Säkerhetsartikeln

»Felaktig dom kan få förödande konsekvenser för säkerhetsarbetet«

Tingsrättens dom mot sjuksköterskan är felaktig och kan få förödande konsekvenser för det patientsäkerhetsarbete som har påbörjats runt om i landet.

■ Så uttrycker sig Synnöve Ödegård och Jean-Pierre Bento i en omfattande analys av ett fall där tingsrätten dömden en sjuksköterska för vållande till annans död. De betecknar det som en rättsskandal att en ensam sjuksköterska har fått skulden för ett misstag som sjukhuset och även andra organisationer borde ta ett gemensamt ansvar för.

Bakgrunden är att en tre månaders flicka med kramper avled på sjukhuset i maj 2002. I Lex Maria-beslutet beskrevs händelsen så här:

»Tre månaders flickebarn som på intensivvårdsavdelningen behandlades med infusion Xylocard för kramper. I samband med överflyttningen till barnavdelningen överlämnades en färdigställd infusionslösning som senare visade sig vara tio gånger starkare än ordinerad. Flickan avled i en överdosering.«

Använde fel förpackning

Sjuksköterskan som tillredde infusionslösningen använde en förpackning Xylocard med 200 mg lidokain per ml i stället för en med 20 mg – dessa stod intill varandra i medicinskåpet. Hon åtalades och dömdes som ansvarig för barnets död till villkorlig dom.

Tingsrätten menade att med andra rutiner på sjukhuset skulle risken för en förväxling ha varit i det närmaste obefintlig. Men befattningen som sjuksköterska på IVA medför ett betydande personligt ansvar för att arbetet görs på ett sätt så att patienterna inte skadas. Sjuksköterskan kunde inte undgå ansvar för att genom sin felaktiga beredning av infusionslösningen av oaktsamhet ha vållat barnets död, slog tingsrätten fast.

Sjuksköterskan överklagade domen till hovrätten. Målet skulle ha tagits upp där den 9 september men har skjutits upp sedan Ödegårds och Bentos analys av händelsen återopats som ny bevisning av försvaret.

De pekar på en lång rad brister och

ställer också en lång rad frågor kring vården av den lilla flickan – se exempel i särskild artikel på nästa uppslag.

Uppfyller inte rimliga krav

Ödegård och Bento bedömer att den analytiska kvaliteten i utredningsmaterialet i målet inte uppfyller rimliga vetenskapliga krav på ett underlag som skall ligga till grund för en rättsprocess mot en sjuksköterska som åtalats för »vållande till annans död«.

De menar att utredningen alltför ensidigt har inriktats på sjuksköterskans »felläsning«, och saknar ett helhetsperspektiv på händelseförloppet.

De har funnit att flickans död, förutom mänskliga tillkortakommanden, beror på ett stort antal brister avseende administrativa och organisatoriska barriärer (skyddsnät) på sjukhuset.

Sådana brister har också identifierats på nationell nivå (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket samt Apoteket AB), hävdar analytikerna.

Att avsaknad av, eller svagheter i, administrativa och organisatoriska barriärer har omfattande påverkan på hela organisationen och framför allt på den enskilde individ som befinner sig närmast patienten bör tydligt påpekas, menar de.

Kan få förödande konsekvenser

I sin analys hävdar de sammanfattningsvis att tingsrättens dom mot den åtalade sjuksköterskan dels är felaktig, dels att den kan få förödande konsekvenser för det patientsäkerhetsarbete som har påbörjats runt om i landet.

Bristande patientsäkerhet är ett problem som uppmärksammas runt om i världen. Det råder stor enighet om att en av de viktigaste framgångsfaktorerna är att gå ifrån ett skuldbeläggande av individen till att granska systemet i dess helhet och åtgärda brister som identifieras.

För att säkerhetsarbetet ska bli framgångsrikt behövs personalens förtroen-

de, så att de vågar rapportera egna misstag, vilket den fällda sjuksköterskan gjorde. Det var tack vare hennes anmälan som man kunde spåra orsaken till flickans död, understryker analytikerna.

På sjukhusnivå konstaterar de betydande brister i läkemedelshanteringen. På övergripande nivå, påpekar de, är det vårdgivaren (sjukvårdshuvudmannen) som har det yttersta ansvaret för patient-säkerheten. I det här fallet framstår det som om vårdgivaren inte säkerställt att det funnits ändamålsenliga kvalitetssystem för de berörda klinikerna.

På verksamhetsnära nivå är det verksamhetschefens ansvar att ett kvalitetssystem är etablerat och utformat så att till exempel säkra rutiner finns och efterlevs. Detsamma gäller rutiner för samarbete mellan berörda kliniker. Analysen visar brister i dessa avseenden.

Analytikerna poängterar att vården av svårt sjuka barn ställer höga krav på personalens kompetens, oavsett yrkeskategori.

På sjukhus utan neonatal intensivvårdsavdelning ställs extra krav på narkos- och barnläkare. Det är inte rimligt att anta att de vårdtillfällen som ges på ett mindre sjukhus är tillräckliga för att få den kompetens hos personalen som dessa små barn kräver. Kanske borde det

finnas krav på särskild kompetensutveckling för läkare som sällan handhar akut sjuka spädbarn, funderar Ödegård och Bento.

En relevant fråga är om de brister som identifierats återfinns i sjukhusets system för avvikelshantering, anser de. Problemet med förväxlingar, otydliga ordinationer, ofullständigt skrivna ordinationer och bristande dokumentation av exempelvis blandade infusioner är väl känt och förkommer sannolikt på de allra flesta sjukhus.

Sker dagligen runt om i landet

Hälso- och sjukvården är extremt riskfylld och de som arbetar närmast patienten måste stödjas av etablerade säkerhetssystem, som minskar utrymmet för att mänskliga fel ska leda till att patienten skadas.

Ett exempel på avsaknad av en sådan barriär är de läkemedelslistor som analytikerna granskat. De ger varken läkare eller sjuksköterskor någon praktisk möjlighet att dokumentera enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Det är även här vårdgivarens ansvar att ge skriftliga direktiv och säkerställa att kvalitetssystemen innehåller säkra rutiner för läkemedelshanteringen, understryker Ödegård och Bento.

De brister som identifierats är inte

unika för det sjukhus som analyserats. De misstag som begicks i vården av flickan sker dagligen runt om i landet, hävdar Ödegård och Bento. Det gör det än mer angeläget att alla berörda i hälso- och sjukvården med krafttag börjar agera både i verksamheterna och nationellt för att förbättra patienternas säkerhet.

De hävdar att rättsprocessen mot sjuksköterskan är djupt olycklig och anser att det är fel att en åklagare kan anmäla en yrkesutövare för vållande till annans död, utan att Socialstyrelsen har tagit ställning till om det föreligger misstanke om brott. Det kan komma att få förödande konsekvenser för patient-säkerhetsarbetet i Sverige med bland annat ännu lägre avvikelserapportering än dagens.

Gjort på eget initiativ

Analysen av den lilla flickans död har gjorts på Synnöve Ödegårds och Jean-Pierre Bentos eget initiativ, inte på uppdrag från någon inblandad i den pågående rättsprocessen. Ödegård har arbetat med säkerhetsfrågor inom hälso- och sjukvården sedan början av 1990-talet, såväl vid Socialstyrelsen som vid Landstingsförbundet. Bento har arbetat över 25 år med säkerhetsfrågor inom kärnkrafts- och offshore-industrin samt vården. •

Såväl Vårdförbundet som Läkarförbundet har i större artiklar här på »Säkra sidan« givit sin syn på bland annat att avvikelser i vården tas upp i domstol och kommenterat tingsrättens dom i nr 18/2004 respektive 28-29/2004. Här återger vi delar av artiklarna.

II Genom sin ordförande menar Vårdförbundet att en utveckling mot att driva patientsäkerhetsarbetet genom att behandla avvikelser i allmän domstol som brottmål, kommer definitivt att försvåra det förebyggande arbetet. Anmälningsbenägenheten hos hälso- och sjukvården kommer att bli lägre.

Utvecklingen står också i konflikt med det egna ansvar som professionerna inom hälso- och sjukvården idag åtar sig när de tar ut sin legitimation.

En sjuksköterska dömdes i tingsrätten för vållande till ett barns död efter att en dos kramplösande medel blivit felblandad. Tingsrätten konstaterade att risken för förväxling av mediciner skulle ha varit i det närmaste obefintlig om det funnits andra rutiner. Ändå fälldes sjuksköterskan, och följden av den fällande domen är att Socialstyrelsens

Oroande anser Läkarförbundet

granskning försvåras och risken finns att den nödvändiga översynen av rutiner och organisation inte blir tillräckligt genomgripande.

Den signal som samhället sänder ut är allvarlig: Det är viktigare att fälla en enskild anställd som begått ett misstag än att rätta till de grundläggande felen. Vi är på väg i en färlig riktning.

När en avvikelse inom vården får en allvarlig konsekvens och ärendet slutligen hamnar i allmän domstol kan det också vara ett tecken på att vården brister i andra avseenden än just säkerheten. Det handlar om hur sjukvården tar emot och förvaltar kritik från patienterna, anser Vårdförbundet.

Oroande anser Läkarförbundet

En sköterska dömdes i tingsrätten för vållande till ett litet barns död sedan en dos kramplösande medel blivit felblandad. Att sjukvårdspersonal fälls till ansvar för brott vid allmän domstol för handlingar som härrör från yrkesutövningen, anser Läkarförbundets etik- och ansvarsråd vara oroande.

Inte för att de allmänna domstolarna saknar kapacitet att göra oaksamhets-

bedömning, utan för processen inte tillåter samma hänsynstagande till det för sjukvårdspersonalen nödvändiga ursäktlighetsrekvisitet.

Ett rekvisit som är nödvändigt för att bedöma personal med särskilt yrkesansvar som arbetar i en högriskverksamhet med ibland avsaknad av nödvändiga säkerhetssystem. Ett rekvisit som också skapats för sjukvårdens speciella villkor och som måste finnas till dess förutsättningar skapas för sjukvårdspersonalen att arbeta fram den organisation och de rutiner som krävs för en optimalt patientsäker sjukvård.

Läkarförbundets uppfattning är att läkares och annan sjukvårdspersonals yrkesansvar måste kunna utkrävas, det följer av legitimationen.

Men Läkarförbundet hävdar och har alltid hävdat att händelser inom sjukvården skall utredas och prövas enligt det regelverk och i den instansordning som är anpassad för och har bäst kunskap om sjukvårdens förutsättningar, det vill säga Socialstyrelsen, HSN, länsrätten, kammarätten och så vidare. Det hindrar emellertid inte att systemet kan och i vissa delar måste förbättras. •