



Efter snart 40 år i idrottens tjänst är matchpulsen fortfarande lika påtaglig för Luleå Hockeys lagläkare Yelverton Tegner. Läkartidningen följde med under en vanlig kväll på jobbet som matchläkare för professorn som satt fokus på problemen med hjärnskador inom ishockeyn.

TEXT: FREDRIK MÅRTENSSON

FOTO: TOMAS BERGMAN

Läkaren med minskat antal hjärnskakningar på hjärnan

Det är drygt två timmar innan matchstart och Yelverton Tegner anländer till Norrbottens hockeypark Coop Arena. Med fotbollslandslagets ryggfäst runt ena axeln...

Det visar sig att Pia Sundhage (utsedd till världens bästa damfotbollstränare efter att ha lett USA till OS-guld) i höstas, som ny förbundskapten för det svenska damfotbollslandslaget, ringt Luleåläkaren.

– För ett tiotal år sedan jobbade vi tillsammans med det svenska flicklandslaget och när Pia ringde med en fråga om att ingå i läkartea-

met för damseniorerna var det inget svårt beslut att tacka ja.

Yelverton Tegner, 66 år, ger intryck av att ständigt vara på språng, men engagemanget för Luleå Hockey har löpt som en röd tråd under hela karriären. Fast att jämföra då och nu är egentligen omöjligt, säger ortopederna med det ovanliga förnamnet (uttalas »Jäll-verton«) och förklarar:

– 1974 när jag började jobba för föreningen hade jag just tagit examen i Lund och jag minns att det var 18 tävlingsmatcher under säsongen. Ett uppdrag som inte krävde särskilt mycket tid.

– 1984 gick Luleå upp i Elitserien och vi tyckte att det var väldigt många matcher, 36 under grundserien. Men det är ingenting jämfört med nu när det ständigt är tre

matcher i veckan under tävlingssäsongen.

Med Europamatcher och SM-slutspel kan det röra sig om ett 80-tal tävlingsmatcher under matchesäsongen mellan september och april.

Yelverton Tegner finns nästan alltid på plats under hemmamatcherna och reser även med laget under viktiga bortamatcher som exempelvis under SM-slutspelen.

Mellan 15 och 20 timmars arbete i veckan beräknar han att det blir under tävlingssäsongen.

– Och då försöker jag ändå skala bort administrativt arbete i möjligaste mån och har exempelvis inte budgetansvar. Men det tar sin tid att koordinera det medicinska teamet och att ta hand om skador och sjukdomar i en stor spelartrupp.

Den här kvällen, i skarven mellan jul och nyår, är förväntningarna extra stora när Modo kommer på besök i elitserieomgång 34. En så kallad hemvändarmatch med fulla läktare, 6 300 åskådare.

Före matchen är schemat alltid detsamma. Kolla så att alla rutiner följs. Hälsa på domare och motståndarlag. Till sin hjälp har Yelveton kollegorna Leif Gyllenfjord, till vardags allmänläkare vid flygflottiljen i Luleå, och Gunnar Pettersson, ortoped vid Sunderby sjukhus.

– Det är som ett gift, det här, säger Yelverton Tegner och ser lite drömmande och filosofisk ut för ett ögonblick.

– Som lag- och matchläkare har jag följt ett antal tusen matcher vid det här laget. Men spänningen och förväntningarna är alltid desamma.





Vårdentreprenör, forskare, privatpraktiserande ortoped, professor. Men allra mest är nog Yelverton Tegner lagläkare för Luleå Hockey efter snart 40 års engagemang i föreningen.

Bilderna på föregående sida: I samtal med matchdomaren Thomas Andersson (tv), arbete före nedsläpp (mitten) och Yelverton Tegner tillsammans med kollegorna Leif Gyllenfjord och Gunnar Pettersson (th).

■ YELVERTON TEGNER

Ålder: 66 år.

Bor: Luleå.

Familj: Fru, två vuxna barn och två bonusbarn, barnbarn.

Medicinsk specialitet: ortopedi och kirurgi.

Bakgrund: Läkarexamen i Lund 1974, disputerad i Linköping 1986, professor i hälsovetenskap med inriktning idrottsmedicin i Luleå 2011. Under många år privatpraktiserande ortoped och delägare i läkarhuset Hermelinen. Lagläkare för Luleå Hockey sedan 1974 och läkaruppdrag även inom fotboll och basket.

Aktuell: I debatten om hjärnskadorna inom ishockeyn.

Senast lästa bok: »Den kreativa klassens framväxt« av Richard Florida.

Oanad talang: »Tveksamt om det kan kallas talang, men jag är mycket intresserad av fotografering.«

När träffade du en patient

senast: »En undersökning nu på eftermiddagen för ett invaliditetssintyg.«

Viktigaste hälsofrågan: »Att få folk medvetna om riskerna med stillasittande.«

Att dela glädjen när laget vinner och känna besvikelse vid förlust.

Under alla 29 säsonger i Elitserien har Yelverton Tegner registrerat samtliga spelares skador och det rör sig numera om runt 2 000 noteringar i klubbdatabasen.

Med åren har hans intresse

»Det är som ett gift, det här ... Som lag- och matchläkare har jag följt ett antal tusen matcher vid det här laget.«

för problematiken med farliga tacklingar mot huvudet växt sig allt starkare.

Länge var han en förhållandevis ensam röst i debatten, men i takt med att hjärnskadorna blivit fler och allvarigare har allt fler lyssnat på Yelverton Tegnars varningar.

– Det har skett en långsam

ökning av antalet hjärnskadningar i Elitserien sedan mitten av 90-talet med ett litet avbrott för cirka tio år sedan när reglerna kring tacklingar mot huvudet skärptes.

– Jag brinner för att bryta den här kurvan, och det finns vissa tecken under den här säsongen på att hjärnskadorna blivit något färre. Men det

är för tidigt att säga om det rör sig om ett trendbrott.

Runt 8–10 hjärnskakningar är normalt under en säsong för Luleå Hockey, vilket ska relateras till en trupp med runt 25 spelare. I genomsnitt kan alltså en ishockeyspelare räkna med ett antal hjärnskakningar under en karriär.

– Utvecklingen går emot att symtomen efter en hjärnskakning är mer allvarliga än tidigare. Under de senaste säsongerna har jag haft en spelare som tvingats avsluta karriären och en annan som var borta i mer än ett år efter hjärnskador.

– Det finns inget säkert svar om orsakerna, men man kan i alla fall konstatera att belastningen blir hårdare på spelarna med så många matcher och att det är mer kraft i tacklingarna med spelare som ständigt blir snabbare och starkare.

I period två blir det allt tydligare att det här inte är hemmalagets kväll när Modo tar ledningen med 3–1. Från sin position mellan avbytarbåsen ser Yelverton Tegner hur puckarna trillar in bakom Luleås målvakt.

Kanske var det ändå en vändpunkt i början av förra säsongen när flera allvarliga hjärnskador efter farliga tacklingar uppmärksammades i medierna. Samtidigt kom rapporter från Nordamerika om flera självmord under en kort tidsrymd bland tidigare NHL-spelare som var kända som så kallade slagskämpar.

– Det finns inte samma slagsmålskultur inom svensk ishockey som i NHL, men allt sammantaget väckte en hel del tankar bland spelare och ledare. Jag upplever att det finns en annan förståelse nu för att lyfta de här frågorna.

På vilket sätt var det ett problem tidigare?

– På flera plan. Nu finns en respekt för det vi kallar hjärnvila och en försiktighetsprincip innan spelare tillåts komma tillbaka. Tidigare kunde det hända att jag behövde argumentera för en tränare att den här spelaren



Yelverton Tegner lever med i matchen. »Det är fortfarande lika spännande – efter så många år som match- och lagläkare. Det är som ett gift och jag har tur som har en hockeyintresserad hustru som också ser alla hemmamatcher och inte klagar över att jag är borta många kvällar och helger.«

»Det har skett en långsam ökning av antalet hjärnskakningar i Elitserien sedan mitten av 90-talet ... Utvecklingen går emot att symtomen efter en hjärnskakning är mer allvarliga än tidigare.«

verkligen behöver vila. Jag tror också att ishockeyspelare tänker sig för en gång extra numera innan man ljuger för sin doktor i iveren att komma tillbaka till spel så snabbt som möjligt.

Yelverton Tegner är den läkare som nästan alltid intervjuas när ishockeyns hjärnskadeproblematik lyfts fram. Han har blivit en av sportjournalistikens mest synliga doktorer och medverkat i allt från vetenskapsradion till direktsända debatter i SVT.

– Det har känts viktigt att bidra med sakkunskap och jag tycker att jag lyckats gans-

ka bra att få fram det jag velat säga.

Med sin lågmälda och något akademiska framtoning har han i debatter envist framhållit forskning, statistik och hälsorisker kring våld mot huvudet.

– Jag har ganska stort tålamod med meningsmotståndare, men lite svårt ändå för den mytbildning som finns på området. Exempelvis gamla elitspelare som hävdar att problemet sitter i att tacklingar inte tillåts inom ungdomsishockeyn. Det vore helt fel väg att tillåta tacklingar mellan unga spelare där det kan skilja enormt mycket i längd och vikt.

Tappar du aldrig tron på ishockeyn när skadeutvecklingen varit så dyster?

– Nej, egentligen inte. För jag kan sportens grunder. Tacklingar är en del av sporten för att erövra pucken. En hård tackling axel mot axel där båda spelarna är beredda på vad som sker leder i princip aldrig till en hjärnskada. Men vi måste komma bort från rena överkörningar.

Yelverton Tegner värjer sig emot att jämföra ishockeyns problem med de hjärnskador som är vanliga inom boxning.

– Det är på en helt annan nivå. Boxning är för mig legaliserad misshandel. Det finns ingenting inom ishockeyn som försvarar våld mot huvudet.

Kronisk huvudvärk, depressioner, Alzheimer och så kallad boxardemens är några sjukdomar som Yelverton Tegner kunnat se bland före detta ishockeyspelare långt efter karriären.

– När jag började som lagläkare var diagnostiken oerhört trubbig. Allt fokus var på det initiala skedet och det krävdes i princip medvetetlöshet för att ställa diagnosen hjärnskakning.

– Numera vet vi betydligt mer om behovet av hjärnvila och att arbeta enligt ett rehabiliteringsschema med olika steg där spelaren måste vara symtomfri i minst 24 timmar för att öka belastningen i nästa steg. Vi vet också att enstaka hjärnskakningar sällan är

något problem, men att det är stora risker förknippade med upprepade hjärnskakningar.

Men ändå kvarstår stora frågetecken, som exempelvis vilka hjärnskador som kan leda till framtida ohälsa. Det behöver inte alls vara de skador som ser särskilt otäcka ut, med spelare som är medvetslösa eller ligger i kramper, som leder till problem efter karriären.

Yelverton Tegner koordinerar forskning i samverkan med Umeå universitet och Sahlgrenska akademien för att med hjälp av blodprov få en bättre bild av spelarens hälsa.

– Det handlar bland annat om att studera förekomsten av äggviteämnen i blodet före och efter en hjärnskada. Jag hoppas kunna bidra med mer kunskap innan jag slutar som lagläkare.

Matchen är slut och Modo kan åka hem till Örnsköldsvik med en 4-1-seger. Yelverton Tegnars medicinska team kan packa ihop för kvällen efter en avslutande diskussion med domarteamet.

– Sedan förra säsongen har vi som matchläkare möjlighet att tycka till kring olika situationer som lett till skador och att domare och senare disciplinnämnd kan väga in det när man utdömer avstängningar, säger Yelverton Tegner och gör sig beredd att bege sig ut i den kyliga decemberkvällen.

Slutligen: hur är det egentligen med namnet Yelverton?

– Jo, farfars far var sjömanspastor i Liverpool på 1870-talet och tog med sig namnet hem till Sverige. Jag är en av två svenskar som har det som tilltalsnamn, säger idrottsprofessorn.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist



Läkarförbundet och SKL i dialog om fortbildningen

Läkarförbundet har genom sina årliga fortbildningsenkäter visat att läkares möjligheter till fortbildning stadigt minskar. Nu kommer Sveriges Kommuner och landsting att själva att försöka skaffa sig en bild av läget.

För att komma till rätta med den minskande fortbildningen har Läkarförbundet inför årets avtalsrörelse krävt en tydligare struktur för läkares fortbildning, inklusive individuella fortbildningsplaner som årligen följs upp (se LT 01/2013). Men fortbildningsfrågan togs upp redan i 2012 års avtalsförhandlingar, då man kom överens med SKL om att inleda en dialog. I slutet av 2012 hölls ett första möte.

– Vi delar Läkarförbundets syn att fortbildning är en väldigt viktig fråga för patientsäkerheten, säger Agneta Jöhnk, chef för avdelningen för arbetsgivarpolitik på SKL.

Vid mötet meddelade SKL att man som ett första steg vill försöka kartlägga hur det ser



»Vi delar Läkarförbundets syn att fortbildning är en väldigt viktig fråga för patientsäkerheten, säger Agneta Jöhnk, chef för avdelningen för arbetsgivarpolitik på SKL.

ut i de olika landstingen.

– Vi kommer att ta upp frågan med alla personaldirektörer i landstingen. Vi behöver skapa en bild av hur mycket arbetsgivarna arbetar systematiskt med den här frågan. Tanken är bland annat att se om det finns goda exempel på arbetssätt som skulle kunna spridas till fler landsting.

Agneta Jöhnk menar att

kompetensutveckling bör ses som ett arbetsgivaransvar och inte bara något som åligger den enskilde läkaren.

– Jag tror tyvärr att det finns stora variationer på den punkten. En del landsting arbetar systematiskt, i andra varierar det väldigt mycket mellan olika sjukhus och olika primärvårdsområden.

För att säkra fortbildningen ser Läkarförbundet gärna att man viker ett visst antal dagar åt exempelvis extern fortbildning. Agneta Jöhnk avvisar inte helt kvantitativa mål, även om hon anser frågan vara för tidigt väckt.

– Men jag är lite tveksam till att slå fast ett antal dagar. Det är ju innehållet som är viktigt. Det handlar om vars och ens behov, säger Agneta Jöhnk.

Enligt henne aktualiseras frågan om fortbildning också av att allt fler verksamheter omfattas av vårdval.

– Vi behöver lära oss som beställare hur man jobbar med kompetenshöjning under entreprenaden.

Michael Lövtrup

Läkarförbundet positivt till ny myndighet

Läkarförbundet håller med om att det vore en bra idé att samla Smittskyddsinstitutet, Folkhälsoinstitutet och vissa delar av Socialstyrelsen i en enda myndighet.

Förslaget kom från Socialdepartementet i höstas (se LT nr 46/2012). Nu har Läkarförbundet lämnat ett till största delen positivt remissvar på förslaget.

Läkarförbundet instämmer i att det bör finnas samordningsvinster i en sammanslagning men uttrycker ock-

Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet slås ihop

Ur LT nr 42/2012.

så en farhåga för att eventuella samordningsvinster tas i anspråk i form av neddragningar av resurser redan i samband med att den förändrade organisationen genomförs.

Läkarförbundet poängterar också att sammanslagningen inte ska innebära några omprioriteringar av

folkhälsoarbetets olika delar.

Läkarförbundet föreslår också att även smittskyddsenheten på Socialstyrelsen

bör ingå i den nya myndigheten eftersom det skulle öka tydligheten i de normerande delarna för smittskydd/vårdhygien och för att slippa mångåriga gränsdragningsproblem.

Enligt förslaget ska sammanslagningen genomföras vid nästa årsskifte.

Sara Gunnarsdotter



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. Sömnpåverkan 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 Löwtrup

PATIENTSÄKERHET ÄRENDE

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 fosterekot 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 specialistläkare 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 operations-såren 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 törs be om avlösning. **SG**

Möjlighet till konsultation är inte detsamma som handledning

Normala labbsvar på D-dimer-analys räcker inte för att utesluta en blodpropp. Hela den kliniska bilden måste bedömas. Socialstyrelsen håller med vårdgivaren om den slutsatsen, men uppberar 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 om 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 betydelse. 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