Att koppla självmordsrapporteringen till just lex Maria har i och för sig aldrig varit särskilt populärt inom sjukvården. Lex Maria är ju annars till för att anmäla misstänkta brister i vården, och långt ifrån alla självmord beror på någon sådan brist. Speciellt inom psykiatrin kände man sig utpekad.


Lise-Lotte Risö Bergerlind


Herman Holm


Anders Printz


Jan Beskow

– Personligen var jag emot systemet när det infördes, säger Lise-Lotte Risö Bergerlind, psykiater, chef för Kunskapscentrum för psykisk hälsa i Västra Götaland och ordförande i Svenska psykiatriska föreningen. Det är som om alla människor som tar livet av sig är misstag från vårdens sida. Så tänker man ju inte om annan sjukvård. Man gör inte lex Maria-anmälningar på alla som dör när de ligger inne för hjärtinfarkt.

– Ändå måste jag säga att jag tycker de här åren har varit bra. Vi har lärt oss mycket på de händelseanalyser vi har gjort. Jag hoppas vi kommer att fortsätta att göra många händelseanalyser, även om vi inte »tvingas« av lex Maria, utan i syfte att lära och förbättra vården.

Även Herman Holm, överläkare i Psykiatri Skåne och engagerad i debatten om självmordsprevention, välkomnar att man kapar banden till lex Maria. Men det måste ersättas med något annat system så man inte tappar kunskaperna, säger han:

– Om Socialstyrelsen tar bort anmälningsplikten och inget annat kommer i stället,

»... hoppas vi kommer att fortsätta att göra många händelseanalyser, även om vi inte 'tvingas' av lex Maria, utan i syfte att lära och förbättra vården.«

blir det ännu värre än i dag. Det kan uppfattas som att vi kan strunta i att dokumentera och anmäla.

Nu finns det faktiskt ett förslag till ett sådant nytt system; det lades fram redan i juni 2010 av den statliga Självmordspreventionsutredningen (SOU 2010:45). Precis som Socialstyrelsen vill utredaren Gun-Marie Pettersson ta bort kopplingen till lex Maria.

Men hon vill ersätta den med en ny lag som höjer ambitionsnivån rejält. Händelseanalyser ska göras även efter självmord inom socialtjänsten, inte bara inom sjukvården som i dag. Och tidsgränsen förlängs, från fyra veckor till sex månader efter den sista kontakten med sjukvård eller socialtjänst.

Med dagens system lex Maria-anmäls omkring en tredjedel av alla självmord som begås i Sverige. Med utredningens förslag skulle man täcka in betydligt fler. Det finns forskning som visar att mellan 70 och 90 procent av alla som tar sitt liv i Sverige har haft kontakt med vården under sina sista sex månader.

Den här utredningen blev liggande på Socialdepartementet i sjutton månader innan den till slut gick ut på remiss. Remissvaren ger en splittrad bild.

Statskontoret och Sveriges Kommuner och landsting, SKL, tillstyrker utredningens huvudförslag, medan Socialstyrelsen och Justitiekanslern avstyrker; JK:s argument är att händelseanalyserna kan medföra att känsliga personuppgifter sprids. Läkarförbundet ställer sig i huvudsak positivt, men efterlyser vissa preciseringar, och detsamma gäller expertorganet NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention.

Efter att remissvaren kommit in, i februari förra året, blev det åter tyst från Socialdepartementet. Många frågar sig när propositionen kommer, och om det överhuvudtaget kommer någon. Några av de personer Läkartidningen talat med tror sig veta att utredningsförslaget redan har förpassats till papperskorgen.

Men så är inte fallet, försäkrar Anders Printz, sedan i höstas på Socialdepartementet som regeringens samordnare inom psykisk ohälsa:

– Frågan är i slutskedet av beredningen, säger han. Det har jobbats med den under lång tid, och det är inte långt kvar. Ett ställningstagande

Regionala rapporter – synen varierar

Efter att Socialstyrelsen gjort två nationella sammanställningar av lex Maria-anmälda självmord, lämnade man över ansvaret till de regionala tillsynsenheterna. Hälften av dem har valt att presentera regionala rapporter, hälften att inte göra det.

Socialstyrelsens båda nationella rapporter om de lex Maria-anmälda självmorden blev omskrivna och uppmärksammade. Men efter den andra rapporten, som presenterades våren 2010, var det slut på de nationella sammanställningarna. Nu är det upp till var och en av de sex regionala tillsynsenheterna att avgöra hur man vill göra med rapporteringen inom regionen.

Läkartidningens rundringning visar att enheterna har gjort olika bedömningar. Tillsynsenheten i Stockholm har låtit göra två regionala sammanställningar, enheterna i Malmö och Jönköping har lagt fram en var, medan tillsynsenheterna i Göteborg, Örebro och Umeå har valt att inte presentera någon rapport.

För varje självmordsärende som anmäls från psykiatrin ska man i alla regioner registrera ett antal variabler som läggs in i en nationell databas. Men det ersätter inte sammanfattande rapporter, anser Christina Olsson, som är psykiater och handläggare vid tillsynsenheten i Malmö.

Där har man låtit göra en sammanställning av alla självmordsärenden som anmälts dit under ett år, från och med november 2010. För att återföra erfarenheterna höll man under våren 2012 ett halvdussin möten med chefläkare och andra berörda i regionen.

– Vi har haft oerhört stor nytta av den här sammanställningen, säger Christina Olsson. Det var positivt att komma ut med den till de olika verksamheterna. Annars när vi är ute gäller det enskilda fall. Men när man kan presentera aggregerade data, blir det större intresse för tendenser och sammanhang.

Om det blir några fler rapporter beror bland annat på vad som händer med de nya föreskrifterna till lex Maria, säger hon. Tas anmälningstvånget bort, blir underlaget inte längre komplett.

Tillsynsenheten i Jönköping höll under de sista månaderna 2012 möten i de tre län som ingår i regionen, för att presentera en färsk självmordsrapport. Deltagarna kom från olika delar av sjukvården, inte bara från psykiatrin.

– Speciellt glädjande är att det kom folk från primärvården, säger Jonas Nilsson, in-

till hur man ska gå vidare kommer under våren, om inget oförutsett inträffar.

Vad regeringens besked kommer att bli kan han inte avslöja, men under intervjun undviker han ord som »proposition« och »förslag« och väl-

»Helst ska ... analyserna göras av utomstående expertgrupper, på samma sätt som när man utreder dödsfall i trafiken.«

jer det vagare »ställningstagande«. Han återkommer flera gånger till rapportplikten, som han menar kan leda till ett tungrott och byråkratiskt system.

– Det är en självklarhet att man ska göra en händelseanalys när en person har tagit sitt liv. Men frågan är hur kravet ska utformas, vart man ska rapportera och vad man ska ha med i rapporteringen.

Anders Printz medger att det finns en risk för att det blir en lucka, om Socialstyrelsen upphäver anmälningsplikten enligt lex Maria innan något nytt rapportsystem finns på plats. Men rapporteringen är kanske inte det viktiga, säger han:

– Vi kan sätta igång ett nationellt, suicidpreventivt arbete utan att fokusera på exakt vilket rapporteringssystem vi har. Det kan vara ett alternativ till att genomföra utredningens förslag i dess helhet. Därmed inte sagt att regeringen har tagit ställning.

Jan Beskow, professor i psykiatri i Göteborg och en av Sveriges ledande självmordsforskare, är orolig för vad som ska ske med händelseanalyserna. På andra områden har händelseanalyser visat sig kunna förebygga olyckor, säger han:

– Det är systematiskt arbete med händelseanalyser som gjort flyget till vårt säkraste transportmedel. Vi måste fortsätta med händelseanalyser av självmord också.

En händelseanalys av ett självmord är dock tidskrävande, och kan i extrema fall ta så mycket som 40 arbetstimmar. Därför tycker Jan Beskow inte att man behöver göra regelrätta händelseanalyser av varje självmord. Det ska finnas en skyldighet att anmäla alla självmord, men händelseanalyserna kan begränsas till ett antal intressanta fall, anser Jan Beskow:

– Helst ska de analyserna göras av utomstående expertgrupper, på samma sätt som när man utreder dödsfall i trafiken. ■

mellan regionerna

spektör vid tillsynsenheten i Jönköping. En stor del av alla depressioner behandlas ju där, så vi behöver nå fler inom primärvården.

Tendenserna i den regionala rapporten skiljer sig i och för sig inte så mycket från dem i de nationella. Men en egen sammanställning, med statistiken uppdelad på de tre länen i regionen, har ett mervärde, anser Jonas Nilsson:

– Den ger ett bättre diskussionsunderlag, mer substans när man är ute i verksamheterna.

Vid de tre tillsynsenheter som valt att inte göra regionala rapporter framhåller man att man ändå använder sig av uppgifter ur databasen när man återför erfarenheter. I Region Nord har man till exempel tagit fram rapporter för varje psykiatrisk verksamhet i regionen, som man sedan använt när man besökt dem.

Kanske har regionerna också olika förutsättningar, säger Britta Olofsson, inspektör vid tillsynsenheten i Umeå:

– I Stockholm finns det stora psykiatriska verksamheter med många självmord varje år. Men här i norr har vi verksamheter med kanske ett halvdussin självmord om året. Vi kan hålla god kontakt med våra psykiatriska verksamheter, och fokusera mer på åtgärderna. ■

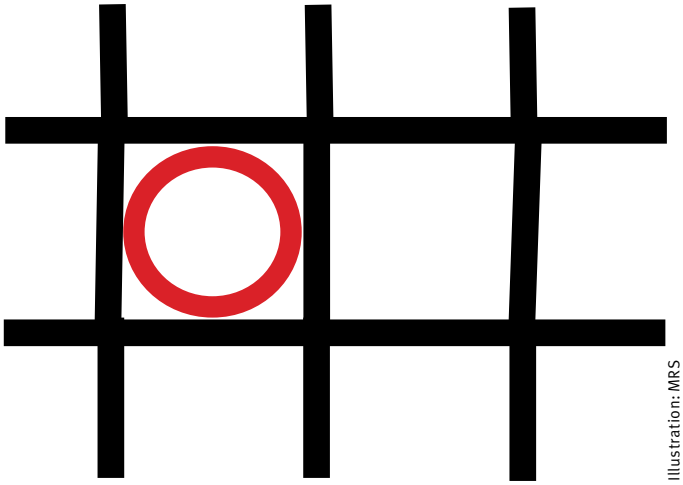


Illustration: MRS

Nollvisionen har ännu inte påverkat självmordstalen.

Ännu ingen effekt av nollvision

I Sverige har regering och riksdag beslutat om en nollvision både för självmord och dödsfall i trafiken. Men utfallen är helt olika. Medan det svenska trafiksäkerhetsarbetet är en framgångssaga, så har nollvisionen inte påverkat självmordstalen.

För fyrtio år sedan, i början av 1970-talet, dog cirka 1 300 människor per år i trafikolyckor i Sverige. I dag är dödssiffran nere i knappt 300 personer per år – en minskning till mindre än en fjärdedel.

Denna utveckling, som ses som ett föredöme i många andra länder, är resultatet av en långvarig, påkostad och uthållig satsning med många olika inslag: mötesfria vägar, fler rondeller, fartkameror, krocksäkrare bilar och så vidare. När riksdagen 1997 beslutade om en nollvision för trafikdöden, var det en bekräftelse av ett trafiksäkerhetsarbete som redan hade pågått i flera årtionden.

Utvecklingen av självmordstalen ser annorlunda ut. För fyrtio år sedan dog cirka 2 200 människor per år i självmord i Sverige. I dag ligger dödssiffran på cirka 1 400 personer per år, alltså en minskning med cirka en tredjedel.

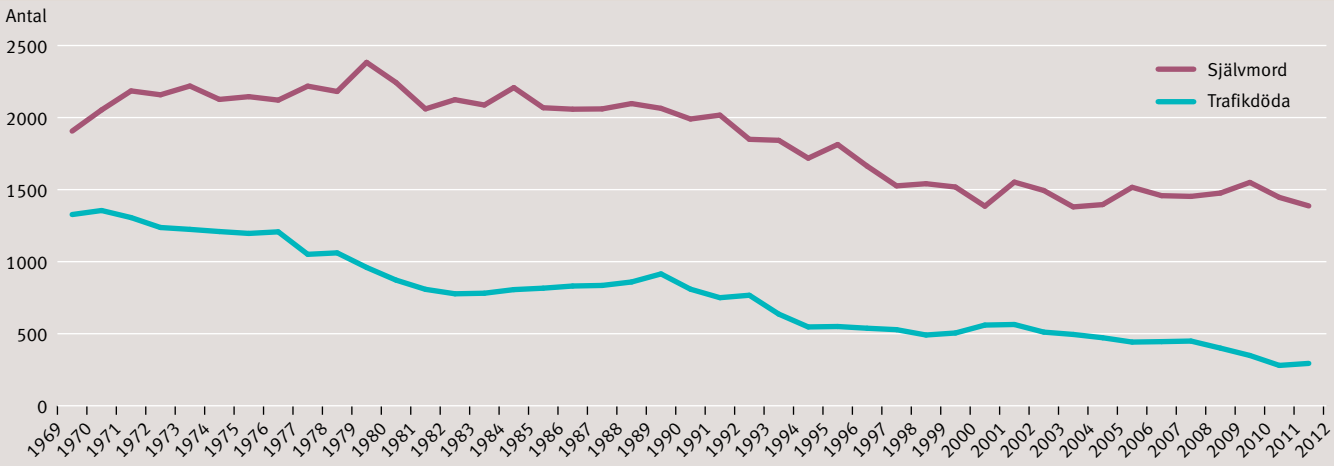
Huvuddelen av denna minskning ägde rum under 1990-talet, och den hade inget med politiska beslut att göra. Enligt de flesta bedömare var den viktigaste orsaken introduktionen av SSRI och andra nya antidepressiva läkemedel – vilket ledde till att många fler svenskar fick medicinsk behandling för sina depressioner.

Att Sverige har en nollvision för självmord slogs fast 2008 i regeringens folkhälsopolitiska proposition. Någon effekt på antalet självmord syns inte – i varje fall inte än. Under hela 2000-talet har självmordstalen pendlat runt 1 400–1 500 per år, utan någon tydlig ökning eller minskning.

Varför går det så bra för trafiksäkerheten och så dåligt för självmordsprevention? Det handlar till stor del om pengar, säger psykiatern Herman Holm:

– Man har pumpat in miljarder i trafiksäkerhet, medan självmordsprevention bara har fått en bråkdel. Jag tror dessutom inte att kostnaden för att få ner självmorden behöver bli lika hög. Det handlar mycket om att sprida kunskap. Alla behöver lära sig att känna igen en människa som riskerar att ta sitt liv – och så måste förstås hjälp finnas tillgänglig. ▶

DÖDA I SJÄLVMORD RESPEKTIVE TRAFIK 1969–2011



Källa: Socialstyrelsens dödsorsaksregister.

Herman Holm är ingen anhängare av nollvisionen. Han ser hellre att man sätter operativa mål, som till exempel att minska självmorden med 20 procent på fem år, och så arbetar fram en strategi och en handlingsplan för att nå detta mål. Att det går att få ner antalet självmord radikalt är han övertygad om:

– Som psykiater har jag sett många patienter som tagit sina liv, och jag vet att det i flera av fallen hade gått att undvika. Jag har också sett patienter som varit nära att stryka med i självmordsför-

» ... bakom de allra flesta självmord finns en behandlingsbar, psykisk åkomma.«

sök, och där deras självmordsbenägenhet senare har minskat eller försvunnit.

– Min gissning är att det, med rätt insatser, går att komma ner till 300–400 självmord per år i Sverige. Ungefär så många som i dag dör i trafiken.

Det är en enorm minskning.

– Ja. Men grunden för det är att det bakom de allra flesta självmord finns en behandlingsbar, psykisk åkomma. Vi kan göra mycket mer än vad vi åstadkommer i dag!

Självmordsforskaren Jan Beskow är däremot positiv till nollvisionen, eftersom den kan göra det lättare att få stöd för förebyggande arbete. Men även han pekar ut trafiksäkerhetsarbetet som förebild:

– Man har nått dagens låga dödstal genom att arbeta brett, utifrån systemteori, med hundratals olika studier, försök och både små och stora ingrepp.

I trafiksäkerhetsarbetet används även ekonomiska drivkrafter, berättar Jan Beskow, som också är konsult åt Trafikverket:

– Varje förlust av ett människoliv evalueras ekonomiskt. Värdet av ett räddat liv i trafiken beräknas till 23,8 miljoner kronor, baserat på 2010 års prisnivå. Det innebär, att det är lönsamt att satsa så mycket på att förebygga ett dödsfall i trafiken.

– Motsvarande siffra för att förebygga ett självmord är 18,7 miljoner kronor. Men det är en äldre siffra, baserad på prisnivån 2001. I dag ligger värdet säkerligen på minst 20 miljoner kronor.

– Här i Västra Götalandsregionen har vi omkring 200 självmord om året. Vi skulle alltså kunna satsa fyra miljarder kronor per år på att förebygga självmord. För 2013 satsar regionen dock endast tre miljoner.

Under åren 2007–2011 gjorde regeringen en särskild satsning på psykiatrin. Sammanlagt 3,7 miljarder kronor satsades på en rad olika projekt. Ett av regeringens uttalade mål gällde självmorden: under perioden skulle antalet självmord under pågående vårdkontakt minska med 30 procent.

Regeringen hade gett Statskontoret i uppdrag att utvärdera psykiatrisatsningen. I sin rapport, som kom på hösten 2012, konstaterade Statskontoret att detta mål inte hade uppfyllts. Antalet självmord i befolkningen var i stort sett oförändrat.

För att få en fullständigare bild av självmord i anslutning till sjukvården lät Statskontoret göra en samkörning av Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Även dessa siffror visade att inget hade hänt: antalet självmord inom fyra veckor efter en vårdkontakt var 457 år 2006, och 451 år 2010.

Enligt Statskontoret var detta inte förvånande. Inom psykiatrisatsningen fanns det nämligen inte ett enda projekt, vars huvudinriktning var att förebygga självmord inom vården. Det enda som hade någon bäring på detta var två utbildningsprojekt, som innehöll en bit om suicidologi.

Regeringen har beslutat om en ny, liknande psykiatrisatsning 2012–2016. Även den ska bestå av en rad olika åtgärder som omfattar både vård, behandling och förebyggande insatser. Den ekonomiska ramen är ungefär densamma.

Blir det några projekt inom självmordsprevention den här gången?

Anders Printz på Socialdepartementet är regeringens samordnare för den nya psykiatrisatsningen. Han pekar på »Första hjälpen till psykisk hälsa«, en australisk metod för att via en tvådagars-

»Det behövs ... mer specifika, suicidpreventiva åtgärder.«

kurs öka allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar och självmord. Två pilotstudier pågår i Sverige, och om de går bra ska programmet användas i hela landet.

Men det räcker inte, säger Anders Printz:

– Det behövs också mer specifika, suicidpreventiva åtgärder. När man satsar på att den psykiatriska vården ska få högre kvalitet, så är visserligen det i sig suicidpreventivt. Men i den här satsningen, som jag ansvarar för, kommer vi att landa i att det inte är tillräckligt.

– Vi måste få ut kunskapen i verksamheten, inte bara i den specialiserade psykiatrin, så att man jobbar för att minska självmorden. Det är ett viktigt område, och där tror jag att Statskontoret hade rätt i att man behöver ett annat fokus på det än vad man hade sist.

Miki Agerberg

Snabba åtgärder krävs på akuten i Lund

Arbetsmiljöverket kritiserar i skarpa ordalag den dåliga arbetsmiljön vid akutmottagningen vid Skånes universitetssjukhus i Lund. Man kräver omedelbara åtgärder.

»Det är en helt oacceptabel situation för arbetstagarna«, säger arbetsmiljöinspektör Lise-Lotte Hamfelt.

Skyddsombud från de olika personalorganisationerna har flera gånger slagit larm om den svåra arbetsmiljön vid akutmottagningen i Lund (se LT nr 14/2012, nr 22/2012, nr 34/2012 och nr 48/2012). Efter att man inte sett något resultat av de lokala försöken att få till stånd en förbättring begärde Läkarföreningens skyddsombud i november i fjol att Arbetsmiljöverket skulle gripa in.

Under december har Arbetsmiljöverket gjort en oanmäld inspektion på akutmottagningen och genomfört intervjuer med olika personalgrupper. I en för myndigheten ovanligt skarpt formulerad rapport konstaterar man att det råder en »oacceptabel obalans« mellan uppdrag och personalresurser och att arbetsförhållandena på akutmottagningen inte bara tillfälligtvis utan regelmässigt är så påfrestande att de hotar personalens hälsa.

– Vi har talat med undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, kuratorer och medicinska sekreterare. Den bild man ger oss är enhetlig. Man mår dåligt när man inte hinner med att följa de riktlinjer man har, som hur snabbt en patient med en viss prioriteringsnivå ska bedömas, säger arbetsmiljöinspektör Lise-Lotte Hamfelt.

Precis som Läkarföreningen kopplar Arbetsmiljöverket problemen till bristen på vårdplatser.



Lise-Lotte Hamfelt

– Det blir stopp i flödet eftersom patienter som är färdiga att läggas in måste stanna kvar på akuten eftersom det inte finns några lediga vårdplatser. Det betyder ytterligare arbetsuppgifter för personalen.



Akuten vid Skånes universitetssjukhus i Lund har problem.

NÅGRA AV KRAVEN PÅ SUS FRÅN ARBETSMILJÖVERKET:

- Sjukhuset ska vidta kortsiktiga åtgärder för att anpassa arbetsbelastningen på akuten så att arbetstagarna kan följa riktlinjer för kontroll och bedömning av patienter och så att patienter som blir kvar på avdelningen efter bedömning kan tas om hand utan risk för hög psykisk belastning hos personalen.
- Sjukhuset ska redovisa hur ansvaret för arbetsmiljön ser ut i organisationen från regiondirektören ned till akutmottagningen, och se till att arbetsmiljöproblemen på akuten hanteras på den beslutsnivå som har befogenhet att vidta nödvändiga åtgärder.
- Sjukhuset ska redovisa en handlingsplan för åtgärder på längre sikt för att förbättra arbetssituationen.

Det framgår också av intervjuerna att personalen upplever stödet ovanför den närmsta chefsnivån som mycket bristfälligt. Enligt Lise-Lotte Hamfelt har man både på divisions- och ledningsnivå varit medveten om problemen ända sedan i våras, men ansvaret för att hitta lösningar har lagts på verksamheten. När man nu uppenbarligen inte lyckats komma tillrätta med problemen där måste enligt Arbetsmiljöverket frågan lyftas till en högre nivå, där det finns beslutsmandat och resurser.

– Detta måste sjukhusledningen ta tag i på ett mycket mer kraftfullt sätt, säger Lise-Lotte Hamfelt.

Arbetsmiljöverket har nu skickat en lång lista med krav som man kommer att ställa på sjukhuset i ett föreläggande (se ruta). Kraven kommer att gälla med omedelbar verkan, även om sjukhuset skulle överklaga beslutet.

– Vi anser att detta är en så pass allvarlig arbetsmiljösituation, särskilt när man jobbar med liv och död. Man måste se till att vidta åtgärder så att arbetstagarna mår bra.

Föreläggandet kan komma att kombineras med ett vite. Skånes universitetssjukhus har nu fram till den 30 januari möjlighet att yttra sig innan Arbetsmiljöverket fattar formellt beslut.

Michael Lövtrup

SUS tar helhetsgrepp mot överbeläggningarna

Nu ska akutmottagningarna på SUS slippa ragga vårdplatser på sjukhusets avdelningar. I stället ska klinikerna leverera ett fastställt antal lediga vårdplatser till akuten varje dag. Så hoppas man att överbeläggningarna ska minska och trycket på akuten i Lund lätta.

Genom ett hårt fokus på att korta vårdtiderna har SUS på ett år minskat överbeläggningarna med runt 30 procent och utlokaliseringarna med 20 procent. Detta trots att man samtidigt dragit in 140 vårdplatser.

Fortfarande ligger man dock på ett dagligt snitt på 1–2 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser. Och framför allt i Lund har man fortfarande stora problem på akuten med att hitta vårdplatser till sina inskrivningsklara patienter (se artikel ovan).

För att ytterligare minska överbeläggningarna ska nu hela sjukhuset under vecka 5 och 6 arbeta enligt ett helt nytt arbetssätt, berättar sjukhusdirektör Jan Eriksson.

– Man har prövat ett stort antal arbetssätt för att komma till rätta med överbeläggningar. Men varje metod för sig har ganska liten påverkan. Jag tror inte att man på något sjukhus prövat att arbeta efter gemensamma metoder på hela sjukhuset samtidigt.

Projektet omfattar hela vårdkedjan för akut somatisk vård. Bland annat kommer en allmänläkare på akuten att göra en första bedömning för att skilja ut de patienter som

kan tas om hand i primärvården. Patienter som behöver tas om hand akut ska snabbt träffa en specialist, som fattar beslut om inskrivning och i så fall upprättar en vårdplan för patienten med prognos för utskrivning.


Jan Eriksson

– Man har visat att specialister lägger in färre patienter totalt sett än mindre erfarna läkare, säger Jan Eriksson, som menar att det här arbetssättet kommer att skapa en bättre arbetsmiljö på akuten i Lund.

– Med en allmänläkare på akuten får man dels en extra läkarlinje, dels blir det totalt färre patienter som läggs in eftersom en del kommer att kunna åka hem efter att ha blivit bedömd av allmänläkare.

En annan del i projektet är att klinikerna ska erbjuda vårdplatser till akutmottagningen, i stället för att akuten ska leta vårdplatser. För att säkra tillgången på lediga vårdplatser får varje klinik ett uppdrag att leverera ett visst antal lediga platser varje dag. Det beting som varje avdelning har är beräknat utifrån sjukhusets interna statistik.

Till hjälp ska avdelningarna upprätta listor där patienterna är rangordnade efter prioriteringsgrad.

Finns det inte en risk att en patient som ligger långt ned på listan skrivs ut för tidigt för att man ska klara betinget?

– Risken kan finnas, därför kommer vi att intensifiera uppföljningen av hur många oplanerade återinläggningar som sker inom 30 dagar. Men alla åtgärder som vidtas ska ske inom ramen för god patientsäker vård.

Jens Bernow, biträdande huvudskyddsombud för Malmö läkarförening, säger att ambitionerna med projektet är bra.

– Vi tycker att det är principiellt väldigt intressant att man genomför detta fullskaleexperiment, och vi hoppas att det ska visa sig att det fungerar.

Samtidigt reser han vissa frågetecken.

– Om man sätter de mest kompetenta specialisterna i första linjen, vem ska då vara kvar och handleda på avdelningarna?

Fredrik von Wowern, klinikombud vid Akutcentrum i Malmö, tycker att det verkar lite verklighetsfrånvänt att tro att man ska kunna skriva ut särskilt många fler patienter än i dag.

– Vi försöker redan skriva ut alla som inte nödvändigtvis måste ligga på sjukhus. Det är svårt att tolka på annat sätt än att vi ska ta större medicinska risker för att upprätthålla flödet.

Han konstaterar också att det nya arbetssättet bara gäller dagtid. Resten av dygnet är det »business as usual«.

– Vi som arbetar dygnet runt vet att det ofta är nattetid som det knyter sig med vårdplatserna.

Tanken är att projektet ska utvärderas efter två veckor och sedan upprepas i flera omgångar.

Vad krävs för att det ska fungera?

– Att alla litar på att andra också lämnar sina bidrag. Om inte alla bidrar kommer den avdelning som gör sitt yttersta för att öka flödet och få ned överbeläggningarna bara att »belönas« med fler patienter, säger Jan Eriksson.

Michael Lövtrup

- **Ny ordning för nationella vaccinationsprogram**
- **Upprop kräver öppenhet om kliniska prövningar**
- **Nytt verktyg för att bedöma arbetsförmåga klart**
- **Läkares arbete med sjukskrivningar kartläggs på nytt**

LÄS MER Notiserna finns att läsa på Läkartidningen.se

PATIENTSÄKERHET ÄRENDEN

Allvarliga tillstånd kan missas om triageringsrutinen frångås

Ett sår på underbenet utvecklades till blodförgiftning och patienten avled. Ingen kontroll av vitala parametrar gjordes då patienten sökte akutmottagningen tidigare under dagen. Socialstyrelsen noterar att det inte är första gången som METTS frångås vid mottagningen med en allvarlig vårdskada som följd. (Soc 58153/2012)

En tidigare frisk kvinna i 65-årsåldern fick en sårskada på underbenet. Ett par dagar senare sökte hon vårdcentralens läkare på grund av smärta och svullnad i området. Remiss utfärdades till röntgenundersökning och till sjukhusets akutmottagning. Av remissen framgick att patientens ben svullnat betydligt och inte gick att stödja på. Röntgenundersökningen visade ingen skelettskada.

När patienten efter det kom till akutmottagningen gjordes ingen kontroll av vitalparametrar enligt METTS (metod för dokumenterad prioritering av patienter). En ortoped undersökte patienten och konstaterade hudavskrapningar på vänster underben samt smärta och svullnad från knät och nedåt. Vadmuskeln bedömdes som mjuk. Ingen ytterligare orsak till patientens besvär finns noterade i journalen. Såret gjordes rent och lades om varefter patienten skickades hem. Hon råddes att belasta benet efter förmåga och uppmanades att vända sig till distriktssköterska för fortsatta omläggningar.

På kvällen, sju timmar senare, återkom patienten i ambulans till akutmottagningen. Hon var då generellt marmorerad, hade feber, sänkt syremättnad, hög puls och sänkt medvetande. Såret på underbenet var stort som en enkrona med blåsbildning men utan tydlig rodnad eller värmeökning. I journalen står att patienten varit trött och haft dålig aptit sedan gårdagen och att såret sedan innevarande dag omgivits av tilltagande blåsor och blånad.

Blodprov visade sänkt natrium och förhöjt laktat- och kreatininvärde. Tillståndet bedömdes som svår sepsis med multipel organsvikt. Trots maximala intensivvårdsinsatser försämrades kvinnan och avled på natten i ett behandlingsrefraktärt cirkulationsstillestånd. Blododling visade växt av streptokocker grupp A.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Vårdgivaren skriver att en bidragande orsak till det inträffade är att kvinnans tillstånd inte identifierades som en uppseglande sepsis vid det första besöket på akutmottagningen.

Enligt vårdgivaren har man »i efterhand inte heller kunnat se att det fanns möjlighet eller anledning att identifiera detta«. Orsaken till att verksamhetens riktlinjer avseende METTS frångicks har inte kunnat klarläggas av vårdgivaren. Socialstyrelsen kommenterar också att vårdgivaren inte heller kunnat reda ut varför inte kvinnans sjukdomstillstånd föranledde en mer omfattande dokumenterad läkarundersökning och ställningstagande till den sammantagna sjukdomsbilden.

Enligt Socialstyrelsen drabbades patienten av en allvarlig vårdskada som ledde till att hon avled, då hon inte erhöll den vård som hennes tillstånd krävde. Socialstyrelsen noterar också att det cirka ett år tidigare vid samma akutmottagning inträffade en händelse där METTS också frångicks och där patienten också drabbades av en allvarlig vårdskada på grund av det (Soc 41598/2012).

Socialstyrelsen skriver att vårdgivaren uppenbarligen inte vidtagit de planerade åtgärder som då redovisades för att METTS skulle följas. För att följa upp vårdgivarens patientsäkerhetsarbete öppnar därför Socialstyrelsen ett nytt tillsynsärende.

Sara Gunnarsdotter

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