gande faktor till att det blev akut snitt som inte skulle kunna vänta var att man omprioriterat fallet med ett annat snitt som nu skulle få vänta.

– Gynbakjouren, som kom först i samband med att man börjat nedsövningen, var inte medveten om varför man frångått spinalanestesi och kommunicerade inte heller direkt med narkosläkaren, vare sig före eller under intubationsförsöken.

Hon har dock efter det andra försöket sagt »ska vi inte backa?«, men den informationen går inte fram.

Båda kunde ha dött

Detsamma gäller barnmorskan, som efter försök 2 tydligt säger att »vi ska kalla bakjour«. Det hela avbryts först när den tillkallade CIVA-jouren ber om en skalpell för att göra en koniotomi. Då säger gynbakjouren stopp. Bedömningen i efterhand blir att om han hade använt skalpellen i det läget så kunde både mor och barn ha dött på grund av att vävnaden vid fiberskopintubationen visade sig vara så svullen att det varit ytterst osäkert om man skulle ha lyckats få in en tub med koniotomi.

Ansvarig för händelseanalysen är Anders Fagerlund, själv barnläkare som gjort 34 händelseanalyser av mycket allvarliga händelser. (Se nästa artikel.)

Kommunikationen måste bli bättre

Hans slutsatser i det här fallet är att man måste fundera över hur man kan förbättra kommunikationen mellan narkos- och operationsteam både före och under ingrepp på ett öppet och för varandra stödjande sätt.

Om kommunikationen inom vårdlaget hade fungerat omedelbart hade man undvikit att utsätta mor och barn för risken att dö. Hade man kommunicerat rätt under operationen hade man förkortat skräcktiden betydligt.

Hans förslag till åtgärder:

– Inför varje operation presenterar man sig för varandra och operatören informerar kort om vad som ska göras och välkomnar frågor och iakttagelser av alla (»time out« respektive »speak out«).

– APTT ingår i provpaketet vid preeklampsi.

Intervjuer med alla

Analysen bygger på intervjuer med läkare och övrig personal som varit inblandade samt på information i datajournalen. Elva personer har intervjuats.

Alla som var med vid händelsen har träffats vid ett möte och informerats om analysen. De insåg då att det varken fanns syndabockar eller hjältar och såg fram emot att samarbeta bättre för att öka säkerheten för kommande patienter.

Anders Fagerlund understryker att det var en klar fördel att analysen gjordes snabbt efter händelsen – den var klar inom två veckor. ■

34 mycket allvarliga felhändelser bara toppen av ett isberg vid Akademiska sjukhuset

Händelseanalyser avslöjar stora brister i patientsäkerheten

– De 34 fall där något gått snett med patienten och som vi gjort händelseanalyser på är bara toppen av ett isberg, säger Anders Fagerlund, barnläkare och utredare på Akademiska sjukhuset i Uppsala. De flesta fallen har en sådan svårighetsgrad att de ska anmälas enligt Lex Maria. Bland dem finns flera dödsfall.

Händelseanalyserna går till så att alla som berörs av en negativ händelse, inklusive patienten eller någon anhörig, kallas till intervju.

– Det är självklart att vi i Sverige ska involvera patienter/anhöriga i arbetet med händelseanalyserna. Vi ska ha en helt öppen redovisning av det som kommer fram och vad vi avser att ändra för att minska risken för att det händer igen, kommenterar Anders Fagerlund.

Har givit en annan förståelse

Utifrån intervjuerna och dokumentationen i journalen görs en sammanställning och slutrapport, som presenteras på ett möte för all inblandad personal och berörda verksamhetschefer.

Därefter görs ett åtgärdsprogram för att minska riskerna för att något liknande händer igen. Det är verksamhetschefen som ansvarar för de beslutade åtgärderna.

– Intervjuerna har givit en helt annan förståelse för vad som hänt än det som dokumenterats i journalen. De har på ett avgörande sätt ökat förståelsen för varför något gått snett och därmed visat möjligheter till åtgärder för att förhindra upprepningar, framhåller Anders Fagerlund.

Mår mycket dåligt

De har i många fall också visat sig att patient/anhörig och personalen har mått mycket dåligt av det som inträffat. Avdelningen har inte haft någon plan för att hantera händelsen. Man har inte beklagat och inte bett om ursäkt till patienten, som i stället uppfattat att personalen försökt bortförklara felhändelsen.

Personalen har mått dåligt av att det inte funnits en öppen redovisning och en genomgång av förbättringsåtgärder.

Flera av fallen har varit några månader gamla när de utretts och då har både patient och personal mått dåligt länge. Det har gått betydligt bättre när händelseanalysen gjorts snabbt.

Ibland har personal behövt stöd av kamrater eller kurator eller företagshälsovården.

– Förra veckan skickade vi flera medarbetare dit, kommenterar Anders Fagerlund. När det går illa kommer man att bära det med sig och måste få hjälp att bearbeta det.

Även läkare behöver stöd

– Det gäller läkare också. Flera gånger har läkare som intervjuats även tagit upp årsgamla händelser som inte bearbetades när de inträffade.

Intervjuerna med patienter visar att dessa ofta har haft en helt annan syn än personalen på vad som hänt.

– Detta har gett kraft till förändringar under åtgärdsmötet, menar Anders Fagerlund.

Flera av patienterna har också avstått från den HSAN-anmälan de tänkt göra – de har känt att det äntligen är någon som lyssnar på dem. Patienterna framhåller också ofta att de inte vill att någon annan ska behöva råka ut för samma sak som de själva har gjort.

Varför, inte vem

– Rapportmötet har ofta variten form av debriefing för personalen. Det har givit

en möjlighet att rensa luften, för det finns ofta någon syndabock utsedd i vårdlaget. Och detta är väldigt fel eftersom det är systemen det handlar om och att man ska förstå vad det är som orsakat händelsen.

– Vi är ute efter varför, inte vem, understryker Anders Fagerlund.

Kommunikationsbrister vanliga

Händelseanalyserna har visat sig vara ett bra verktyg för att visa på svagheter. De 34 fall som analyserats är i huvudsak av en sådan svårighetsgrad att de ska anmälas enligt Lex Maria. Bland dem finns flera dödsfall. Ofta har det funnits flera fel i enskilda fall:

Många patienter har fått fel diagnos initialt och sedan har den inte ifrågasatts eller följts upp.

Man har inte velat blanda sig i en annan enhets arbete, fast man har haft den kliniska kompetensen att se att patienten inte får en optimal behandling.

Man har inte tagit sitt ansvar utan hänvisat till att »det är inte mitt bord«. Här har en pressad platssituation spelat in.

Brister i kommunikationen kring patienten är en vanlig orsak till felhändelser och finns med i 23 fall.

Att rutiner inte följs, eller saknas, är också vanligt, och förekom i 15 fall.

Glömt patientperspektivet

Det har även visat sig att kollegiala hänsyn ibland har lett till att man glömt patientperspektivet!

Kulturfrågor kopplade till värderingar och en föråldrad hierarkisk ordning har i flera fall bidragit till att något gått snett.

– Tyvärr har det förekommit bland fallen jag utrett, säger Anders Fagerlund. De läkarna måste veta att till exempel våra sjuksköterskor är kunniga, och det måste även för dem vara självklart att lyssna på vad sköterskorna har att säga.

Vid intervjuer och åtgärdsmöten har det klart kommit fram att personalen mått dåligt av att saker har sopats under mattan med hänvisning till att »sånt händer i sjukvården«.



Anders Fagerlund menar att personalen i sjukvården mår mycket bättre av att både erkänna felen och försöka analysera varför det gick fel.

Många patienter har upptäckt allvarliga fel i bemötandet och inte tyckt att de fått någon ursäkt utan bara bortförklaringar. De känner sig maktlösa. Samtidigt är de ofta rädda för att komma med kritik – de är ju i behov av fortsatt vård!

Du har på ganska kort tid gjort 34 händelseanalyser. Slutsatsen måste bli att det händer många allvarliga saker hos er, för det finns väl ett stort mörkertal?

– Ja, de 34 är bara toppen av ett isberg. Vi skulle kunna göra händelseanalyser hela tiden, men de måste också leda någon vart förstås. Därför måste vi ha en gradering. Nu är det i huvudsak sådana händelser som är Lex Maria-fall som vi har gjort analyserna på. Och det är många dödsfall.

Sjukhusledningen då – har ni stöd, tillräckligt med resurser och möjligheter att vidta uppföljningsåtgärder?

– Det är ledningens uppgift att se till att det här följs upp ordentligt. Det har vi en dialog om. Där skulle jag väldigt tydligt vilja se att man faktiskt visar att man frågar efter de här analyserna och vad de leder till.

Några av händelseanalyserna, som bifogas Lex Maria-anmälningarna, har lett till inspektioner från Socialstyrelsen.

– Visst behövs Socialstyrelsen. Vid sina inspektioner följer de väldigt tydligt vad som står i händelseanalysen. De kan ifrågasätta om våra åtgärdspaket kan förväntas räcka till, och de kan komma och titta att vi faktiskt genomfört de åtgärder som behövs. Men det blir mest spridda skurar och därför tycker jag att det är viktigt att vi själva i första hand står för uppföljningarna.

Vill inte gärna prata ekonomi

Anders Fagerlund vill inte gärna prata om de ekonomiska aspekterna kring felbehandlingarna. Han understryker med stor emfas att han som doktor främst ser till att ta ansvar för patienten, eller för de anhöriga om patienten har dött.

– Det är ett lidande som vi ska minska, är han noga med att framhålla. (Se dock nästa artikel.)

Mer patientsäkerhet i utbildningen

Under intervjun påpekar Anders Fagerlund att den som gör analysen bör komma »utifrån« och inte höra till den berörda kliniken.

Han understryker att läkare och sjuksköterskor redan i sin utbildning måste få lära sig mer om patientsäkerhet än vad de får idag. Och som avslutning säger han:

– I den svenska sjukvården tycker jag att vi ska spela med öppna kort. Vi ska vara stolta över att vi har ett samhälle där vi inte gömmer undan eller bortförklarar. Dessutom mår vi själva mycket bättre av att erkänna felen, att analysera varför det gick fel och att försöka hindra en upprepning. ■

Inte bara lidande – felen kostar jättesummor

En extra kostnad på över 2,7 miljoner kronor – det blev följden av ett fel i ett av de analyserade fallen vid Akademiska sjukhuset.

De allvarliga felen inom vården kostar lidande för patienter och personal.

Men felen kostar också mycket stora resurser – inte minst ekonomiska. Det handlar om jättesummor.

Här ska vi bara ge några exempel på det bland de analyserade fallen vid Akademiska sjukhuset:

– En patient med förträngning på halspulsådern fick en pares vid sotning. Svalgparesen uppmärksammades inte. Kostnaden för den extravård som behövdes blev 353 864 kronor.

2,7 miljoner kronor extra

– En missad peritonitdiagnos efter kejsarsnitt. Kostnaden för vården av kvinnan perioden mellan 13 september och 26 oktober 2006 blev 351 094 kronor. Det kan jämföras med de normala kostnaderna: ett normalt kejsarsnitt kostar 39 122 kronor och medan ett komplicerat drar 50 127 kronor.

– Ett 11-årigt barn med shunt. Fördröjd revidering. Kostnad för perioden 27 juli till 18 december 2006: 2 865 992 kronor. Normalkostnad för en shuntrevidering: 142 368 kronor. ■

Operationer i DRU-leden kräver handkirurgisk kompetens och erfarenhet

»Omdömeslöst utföra ingreppet utan att behärska tekniken«

Operationer i distala radio-ulnara leden (DRU-leden) kräver särskild handkirurgisk kompetens och erfarenhet eftersom tekniken är svår och ingreppen bör göras helt eller delvis med artroskopisk teknik. (HSAN 2021/06)

En 16-årig pojke hade en skada i vänster handled med bland annat instabilitet som följd. Den 29 mars 2005 opererades han av en specialist i ortopedisk kirurgi. Denne avlägsnade stabiliserande strukturer i leden utan att göra någon stabiliserande rekonstruktion.

Pojken fick senare, den 1 juni 2006, genomgå en ny operation på handkirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus.

Ett års väntan

Pojkens mor anmälde den förste operatören. Hon pekade bland mycket annat på att de vid besök på ett universitetssjukhus i början av 2005 fick besked om att väntetiden på den nödvändiga operationen var ett år. Eftersom sonen hade ständig värk var ett helt års väntan katastrofal. Därför opererades sonen i stället av ortopeden.

Resultatet blev dock inte bra, och sonen fick efter lång väntan opereras på nytt. Men han kommer aldrig att få tillbaka full styrka och rörlighet, vilket medför stora konsekvenser för hans livskvalitet. Han var tidigare mycket aktiv och spelade bland annat ishockey.

Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och ett yttrande av operatören samt ett utlåtande av vetenskapliga rådet Göran Lundborg, professor i handkirurgi.

Operatören hävdade att han hade handlat efter medicinskt beprövad metodik. Sammanfattningsvis tyckte han att patienten och hans mamma hade fått en noggrann information före operationen om vad som skulle göras: antingen suturering av ligament och disk eller också borttagande av förstört material.

Han hade inte på något sätt stympat, delat eller tagit bort hela strukturer i handleden utan enbart skadade delar, som inte hade gått att rekonstruera. Således fanns skadan hos patienten redan preoperativt, hävdade operatören.

»Blev primärt bättre«

Patienten blev också primärt bättre, men så fort han började spela ishockey igen blev han sämre på nytt.

Det som man här möjligen kan kritisera är att han inte i samma seans gjorde en ligamentrekonstruktion då han såg hur dålig disken var, menade operatören. Men dels har han tidigare haft god erfarenhet av att ta bort en del av disken och ledband följt av mobilisering, dels anser han att denna typ av kirurgi är så avancerad att den bör utföras av en väl erfaren handkirurg.

Göran Lundborg avgav ett mycket långt yttrande. Här ger vi bara en kort sammanfattning.

Operatören valde en öppen exploration av DRU-leden, vilken emellertid, på grund av de mycket trånga anatomiska förhållandena, inte möjliggör en direkt inspektion av ledens alla komponenter. Därför finns en uppenbar risk att ingreppet blir onödigt omfattande och att även viabla stabiliserande strukturer avlägsnas.

I sådana situationer är en endoskopisk exploration av DRU-leden idag en självskriven teknik, vilken ger bättre möjligheter till inspektion av DRU-ledens detaljer än vad som är möjligt vid ett öppet ingrepp.

En endoskopisk undersökning tydliggör vanligtvis på vad sätt och i vad mån TFCC (discus triangularis) är skadad. I de flesta fall är en reinsertion av disken möjlig, men om detta inte är möjligt bör en rekonstruktion av TFCC utföras.

»Han har också varit omdömeslös då han gett sig på att utföra ingreppet utan att behärska tekniken, artroskopi, för korrekt diagnostisering och de rekonstruktiva ingrepp som kan behövas.«

»Har givit instabilitet«

I det här fallet utfördes aldrig någon artroskopi av DRU-leden, utan explorationen skedde från början med öppen teknik. Icke viabla delar av TFCC har avlägsnats, och sannolikt också delar av de viabla dorsala komponenterna som i hög grad bidrar till DRU-ledens stabilitet. Detta har givit instabilitet i leden, men något stabiliserande rekonstruktivt ingrepp utfördes inte då operatören bedömde att ett sådant ingrepp hör hemma inom den handkirurgiska specialiteten.

Den ursprungliga planeringen vid universitetssjukhuset var att använda rätt teknik. Det är beklagligt att den långa väntetiden, i kombination med det avsevärda lidande som den ursprungliga handledsskadan har vållat patienten, medförde att man gjort avsteg från denna planering.

Behandlingen, såsom den utförts av operatören, kan inte sägas vara förenlig med rådande uppfattningar om hur skador i DRU-leden bäst behandlas, slog Göran Lundborg fast.

Bör vara handkirirurg

Ansvarsnämnden delar Göran Lundborgs bedömning att ingreppet borde ha utförts med endoskopisk teknik och med beredskap för att, vid behov, utföra en rekonstruktion av destruerad TFCC i samma seans. Operatörens behandling kan därför inte sägas vara förenlig med rådande uppfattningar om hur skador i DRU-leden bäst behandlas.

För operationer i DRU-leden bör operatören lämpligen ha handkirurgisk specialistutbildning eftersom tekniken är svår och ingreppen, enligt dagens standard, bör göras helt eller delvis med artroskopisk teknik.

Operatören är specialistläkare inom ortopedisk kirurgi men har inte den särskilda handkirurgiska erfarenhet och kompetens som krävs för operationer i DRU-leden.

Försvårat rekonstruktionen

Genom att välja att utföra en öppen operation, som inte kunnat ge leden erforderlig stabilitet, har han tvärtemot vad han hävdat i sina yttranden försvårat en senare rekonstruktion.

Detta eftersom stabiliserande strukturer har avlägsnats och då varje ingrepp framkallar en ogynnsam ärrbildning.

Han har också varit omdömeslös då han gett sig på att utföra ingreppet utan att behärska tekniken, artroskopi, för korrekt diagnostisering och de rekonstruktiva ingrepp som kan behövas. Han får en varning. ■

Båtbensfraktur kan inte alltid ses vid akut röntgen

MR eller ny röntgen ska ordnas efter 10–14 dagar

Som allmänläkare bör man känna till att båtbensfrakturer inte alltid kan ses vid akut röntgen utan först efter 7–10 dagar. Vid misstanke om en sådan fraktur, och om röntgenundersökningen är normal, ska man därför ordna magnetkameraundersökning (MR) eller ny röntgen efter 10–14 dagar. (HSAN 3163/06)

En 22-årig kvinna föll och skadade höger handled den 13 juli 2006. Hon uppsökte jourläkarcentralen och fick remiss till röntgen vid ett universitetssjukhus där hon samma dag röntgades av en radiolog. Han fann ingen skelettskada.

På grund av fortsatt smärta uppsökte hon den 20 juli vårdcentralen. Hon undersöktes av en doktor, som noterade att smärtan hade tilltagit och fann en distal palpationsömhet. Han ställde diagnosen handledsdistorsion och utfärdade recept på diklofenak.

Kvinnan anmälde de båda läkarna. På röntgenavdelningen sade man att det bara var en stukning och att det skulle ta 4–5 veckor innan hon blev bra.

Gick tre månader med smärtor

En vecka senare på vårdcentralen sa doktorn att det var distorsion och att det skulle ta några månader innan besvären försvann. På grund av fortsatta smärtor uppsökte hon efter tre månader på nytt vårdcentralen. Hon undersöktes av en annan läkare, som ordnade en ny röntgen den 18 september. Hon hade en fraktur. Hon opererades men kommer inte att kunna böja handen helt.

Ansvarsnämnden läste kvinnas journaler och tog in yttrande från de anmälda, som bestred att de gjort fel.

Radiologen hävdade att vid det akuta skadetillfället kunde någon fraktur inte påvisas. I remissen hade primärt inte angetts någon specifik klinisk misstanke om båtbensfraktur.

En fraktur i det akuta skedet i båtbenet kan vara omöjlig att påvisa med röntgen. Om det därför vid en ny klinisk bedömning och bestående besvär kvarstår misstanke ska en remiss för ny röntgen eller ännu hellre för magnetkameraundersökning ordnas, menade radiologen.

Doktorn berättade att vid hans undersökning hade patienten en lindrig svullnad dorsalt som ömmade vid palpation. Det fanns ingen felställning och inga blåmärken. Distalstatus var utan anmärkning.

Med tanke på att patienten en vecka tidigare hade röntgenundersökts utan att man sett någon skelettskada misstänkte doktorn att det rörde sig om en distorsion. Patienten ordinerades diklofenak och fick råd om avlastning. Hon rekommenderades också att återkomma om hon blev sämre.

Kliniskt fanns således inga tecken på fraktur, hävdade doktorn.

Stark misstanke om båtbensfraktur

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten remitterades till röntgenundersökning av höger hand och handled och med frågeställningen skelettskada.

Inga specialbilder har visserligen tagits på båtbenet, men med tanke på frågeställningen var bildmaterialet adekvat. På detta kan man inte ens i efterhand med säkerhet se någon fraktur. Radiologen har således inte begått något diagnostiskt misstag. Han frias.

Som allmänläkare bör man känna till att båtbensfrakturer inte alltid kan ses vid akut röntgen utan först efter 7–10 dagar. Vid misstanke om sådan fraktur, och om röntgenundersökningen är normal, ska man därför antingen göra magnetkameraundersökning eller en ny röntgen efter 10–14 dagar.

I journalen från jourläkarcentralen angavs att patienten till en början hade ont i tenarregionen men att värken sedan mer satt i handleden. Det fanns således stark misstanke om båtbensfraktur.

Borde i vart fall ha frågat om råd

Doktorn har dokumenterat att patienten hade tilltagande besvär och att undersökningen visade smärta vid alla rörelser. Hon ömmade också enligt journalen distinkt vid palpation och hade rörelseinskränkning.

Mot bakgrund av att hon således hade blivit sämre och av vad som framkom vid undersökningen borde han, trots den normala röntgenundersökningen, ha misstänkt att det kunde röra sig om en skelettskada och därför sett till att hon blev röntgad på nytt. I vart fall borde han ha rådfrågat en mer erfaren kollega. Han får en erinran. ■

Borde ha reagerat på att dosen Ebixa blev alldeles för hög

ST-läkaren ordinerade sin patient en fyra gånger för hög dos Ebixa, vilket är lika med dubbla maxdosen. (HSAN 143/07)

Den 79-årige mannen är multisjuk med Alzheimers sjukdom och hade bromsmedicinen Ebixa. Då han skrevs in på sjukhuset den 19 november 2006 skrev ST-läkaren in fel dosering i medicinlistan. Dosen blev fyra gånger högre än avsett – en halv tablett 10 mg två gånger dagligen blev i stället två tabletter två gånger dagligen.

ST-läkaren medgav felet, som upptäcktes på avdelningen den 18 december. Under vårdtiden hade patienten symtom med kräkningar, oro, yrsel, förvirring och muskelkramper där sannolikt överdoseringen påtagligt bidragit. Tillståndet förbättrades då Ebixa satts ut.

Patientens fru anmälde ST-läkaren.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från ST-läkaren, som berättade att hon inte visste av vilken anledning hon skrev in Ebixa 10 mg 2 x 2 på medicinlistan under sin jour på akutmottagningen.

Fick medicinlista

Hon tillstod att hon gjort fel eftersom det i medicinlistan hon fick av patientens fru från föregående vårdtillfälle stod att patienten behandlats med Ebixa 10 mg 1/2 x 2. På avdelningen upprepades hennes fel.

Ändå tyckte hon att överdoseringen inte gjort någon skada på patienten. Denne hade inte heller under vårdtiden de biverkningar som man får (vanliga), till exempel huvudvärk, kramper, rastlöshet, eventuella hallucinationer etc, hävdade hon.

Patienten hade legat på avdelningen en längre tid för att han är multisjuk, bland annat tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, njursvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hjärtflimmer, klaffel på hjärtat, demens etc.

Borde reagerat på den höga dosen

Ansvarsnämnden konstaterar att ST-läkaren trots att hon hade tillgång till den gamla medicinlistan, ordinerade en fyra gånger för hög dos av Ebixa, vilket är lika med dubbla maxdosen, vid inskrivning av patienten. Även om ordinationen varit otydligt inskriven på medicinlistan så borde hon ha reagerat på att dosen blev alldeles för hög. Hon får en varning. ■