

Massiv lungembolism och patientsäkerhet

Har triagesköterskorna adekvat utbildning?

Utnyttjas triagesköterskorna på grund av bristande resurser i vården? Anledningen till frågan är ett fall där en patient med massiv lungembolism blev hänvisad att söka primärvård först följande dag. Patientsäkerheten är hotad, menar författarna.

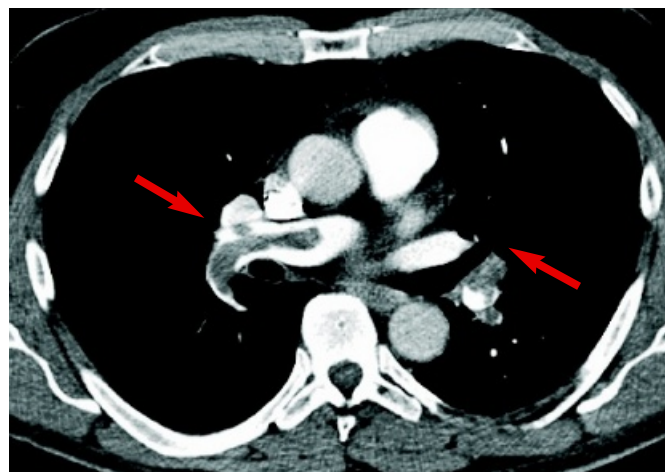
En läkare anmälde förra året en sköterska och en verksamhetschef vid en akutmottagning till HSN (2007/1725:A4), då han upplevde att hans symptom på den egenhändigt miss-tänkta diagnosen lungemboli inte togs tillräckligt på allvar.

Han sökte på förmiddagen. Triagesköterskan gjorde en saturationsmätning och konstaterade att syrgasmättnad och puls var normala. Anmälaren blev då enligt egen uppgift rekommenderad att söka på sitt arbete nästa dag eller på jourcentralen. Vederbörande accepterade inte detta och blev då inskriven men meddelad att han inte skulle prioriteras. Han fick »prio 3«, som enligt sköterskans uppgift innebär att målet för rimlig väntetid är 3 timmar. Efter att ha suttit i väntrummet i 5 timmar med stegrad oro blev han, efter att själv per telefon ha kontaktat jourhavande medicinläkare, omhändertagen. En datortomografi av lungartärerna utfördes först

nästa dag. Samtidigt som patienten inom ramen för det lokala vårdprogrammet sitter i ett samtal med en kurator för att lära sig stresshantering med anledning av den primärt diagnostiserade tysta hjärtinfarkten får han beskedet att det trots allt var lungembolism, en massiv sådan med engagemang av samtliga segmentartärer (Figur 1).

Den springande punkten i detta fall är att patienten initialt blir hänvisad att söka primärvården eller kollega nästa dag. Både den anmälda sköterskan och verksamhetschefen glider i sina svar på HSN-anmälan förbi detta initiala råd. Verksamhetschefen svarar att han »på intet sätt har något att erinra mot sköterskans sätt att medicinskt prioritera patienten utan att sköterskan gjort helt riktigt«. HSN svarar i sin bedömning att »det inte är visat att det anmälda bemötandet haft sådan betydelse för patientsäkerheten« samt att »Triagesystemet kan givetvis ha vissa svagheter men sköterskans bedömning och prioritering kan inte kritiseras«. Det aktuella fallet väcker i alla fall hos oss en del frågor kring patientsäkerheten i dylika fall.

En tidigare hjärt-lungfrisk individ, som i det aktuella fallet, med massiv lungembolism (>50 procent av lungcirkulationen engagerad) kan vara



Figur 1. Axialt datortomografisnitt från det aktuella fallet med kontrastursparningar som tecken på lungembolier centralt i höger lungartär, interlobarartärerna bilateralt, avgången för artärerna till mellanlob och lingula. Dessutom fanns embolier i segmentartärerna till ovanlob och underlob bilateralt.

helt symptomfri i vila men bli kraftigt andfädd och takykard vid minsta ansträngning, i det aktuella fallet vid golfspel. Ytterligare en emboli kan i det läget vara dödlig. Är det då inte av betydelse för patientsäkerheten om patienter med en sådan symptomatologi blir rekommenderade att söka kolleger på sin arbetsplats eller primärvården nästa dag?

Med kännedom om symtomatologin vid massiv lungembolism, att patienten själv tipsade om diagnosen och risken för mors subita kan man fråga sig om det var adekvat med »prio 3« för att sedan låta patienten vänta i 5 timmar (eller längre om vederbörande inte själv på ett okonventionellt sätt skyndat på handläggningen) med damoklessvärdet hängande över huvudet?

Sköterskan motiverar »prio 3« med att »patienten var symptomfri (i vila), avsaknad utav smärta samt att vidare samtal ej belyste några allvarigare symptom«, vilket kan tyda på en viss brist i kunskaper

om lungembolismens lömska natur. Missad lungemboli klassificeras av vissa som en av de sju internmedicinska dödssynderna [1], det vill säga sjukdomar som kan ha deletära konsekvenser för patienten om de missas – en av de vanligaste anledningarna till anmälan till HSN eller enligt Lex Maria.

Lungemboli är en erkänt svår diagnos att både misstänka och ställa kliniskt, även för erfarna läkare. Symtomen är ospecifika i så måtto att de kan likna en rad andra sjukdomstillstånd inklusive psykiska besvär [2]. Har då triagesköterskorna vid den aktuella akutmottagningen fått den utbildning i den gäckande symtomatologin vid akut lungembolism som krävs så att inte patientsäkerheten äventyras? Eller utnyttjas de i triagearbetet på grund av bristande resurser i sjukvården? Är ett års erfarenhet från akutkliniken, intern triageutbildning och en tvådagars regional certifieringskurs



ULF NYMAN
docent, överläkare,
röntgenavdelningen,
Lasarettet Trelleborg
ulf.nyman@skane.se



CHRISTER HELLEKANT
docent, f d överläkare,
och chef för Thorax-
divisionen, Karolinska
Universitetssjukhuset,
Stockholm

»Triagehandboken verkar överhuvudtaget inte ge någon vägledning om hur man ska tolka andnödssymtom som kan vara sekundära till massiv lungembolism.«

(enligt vårdcentralschefens svar på HSAN-anmälan), varav en dag ägnas åt det regionala sjukvårdssystemet, tillräcklig när det krävs fem års specialutbildning för en läkare att självständigt gå jour och bedöma fall av akut lungembolism?

Vad ger triagehandboken

<www.skane.se/triage> sköterskan för stöd vid detta tillstånd med risk för plötslig död? Under rubriken »Symtombeskrivning – Andnöd utan andra symtom« kan man antingen söka primärvården akut eller akutmottagning på sjukhus, speciellt »om påtaglig andnöd redan vid obetydlig ansträngning«. Sedan ska man efterfråga »när andnöden uppträder«, om den »begränsar vardagsgörömlig« och om det föreligger »samtidiga symtom som inger trombos-

misstanke, till exempel ensidig bensvullnad (lungembolismisstanke)«. Hur man ska göra om patienten inte har symtom på bentrombos, det vill säga den vanligaste situationen vid akut lungembolism, framgår inte. Triagehandboken verkar överhuvudtaget inte ge någon vägledning om hur man ska tolka andnödssymtom som kan vara sekundära till massiv lungembolism.

Sammanfattningsvis: En läkare söker för andnöd vid minsta ansträngning och misstänker själv lungemboli. Blir enligt egen utsaga först rädd att söka annan instans nästa dag och sedan inskriven då han inte accepterar detta råd. Först ett dygn senare ställs diagnosen massiv lungembolism. Inget ansvar anses ha brustit. Ingen ursäkt har framförts. Besynnerligt!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Persson J, Kjellström T. Internmedicin och de sju dödssynderna. Kliniska misstag och beteenden som kan leda till patientskada/anmälan. Läkartidningen. 2005;102:2552-7.
2. Skoglund K, Trimpou P, Eriksson H. ABC om akut lungemboli. Läkartidningen. 2007;104:1148-53.

Fullt så illa var det inte

■ Pouya Ghelichkhan skriver i LT 21/2008 (sidorna 1597-8) att psykiatern Alfred Petrén la fram förslag till riksdagen om att avliva handikappade barn.

Fullt så illa var det inte! Som hans sentida efterträdare som inspektör för sinnesslövarlden måste jag få försvara honom.

Det var i debatten om en motion (protokoll 42, 1:a kammaren 1922) som han sa att han alltid svarade personer som »efter ett besök i en anstalt för obildbara sinnesslöa givit uttryck åt den tanken: vore det inte bättre att beröva dessa hjälplösa individer, som en-

dast äro en tunga för samhället, deras liv? – Mitt svar är, att det reser sig dock ett bestämt hinder för en sådan tanks realiserande och det är föräldrakärleken. Föräldrarna äro nämligen i allmänhet varmt fästade vid dessa barn.«

Kanske hade denna insikt sitt ursprung i att hans bror i Lund, medicinprofessorn Gustaf Petrén, hade en dotter på en anstalt just för »obildbara sinnesslöa«.

Karl Grunewald
f d medicinalråd, Saltsjö-Duvnäs
karl.grunewald@swipnet.se

Läkemedelsinformationen – nationellt beslut behövs

■ I Läkartidningen 21/2008 (sidorna 1549-50) skriver sex kliniskt verksamma läkare, tillika ledamöter i Läkemedelsförmånsnämnden (LFN), att LFNs beslut om begränsning i subventionering av läkemedel mot högt blodtryck ställer nya krav på förskrivarna. De menar att det finns en ovilja hos läkarkåren att ta ekonomiska hänsyn i mötet med patienten. De efterlyser ett medicinskt kvalitetssäkrat och producentbundet beslutsstöd som på ett smidigt sätt gör det möjligt att följa förmånsbegränsningarna.

Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) är ett sådant stöd som redan nu används i bl a Landstinget i Jönköpings län, delar av Västra Götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Region Skåne och Gotland. SIL är, precis som artikelförfattarna skriver, resultatet av ett samarbete mellan Sveriges landsting och regioner. Alla landsting med Medidoc-journal, Profdoc Medical Office (PMO) eller Infomedix är uppkopplade mot SIL. Under året kommer SIL att bli tillgängligt via ytterligare journalsystem. För att den enskilda läkaren ska få tillgång till SIL är det dock avgörande att landstingen ställer krav på sina journalsystemleverantörer att dessa integrerar SIL i journalen.

Genom SIL får läkaren tillgång till information om förmånsbegränsning vid patientmötet när läkemedlet ska skrivas ut. I ett pressmeddelande skriver LFNs generaldirektör Ann-Christin Tauberman att ett upgraderat journalsystem med SIL integrerat kan spara 250 miljoner kronor per år åt landstingen bara på läkemedel mot högt blodtryck. Hon understryker: »Vi samarbetar med Svensk Informationsda-

tabas för Läkemedel för att journalsystemen ska uppdateras och innehålla denna information som är gratis. En sådan uppdatering kan ge stora besparingar och vi vill rekommendera landstingen att prioritera detta.«

Vi delar helt hennes uppfattning och vill poängtera att det är upp till de enskilda landstingen att verka för att ett sådant arbete blir gjort. Genom SIL får förskrivaren samlad kvalitetssäkrad information i ordinationsögonblicket via journalen och behöver inte söka information på olika ställen. Även landstingens rekommenderade läkemedel blir tillgängliga via SIL och kan anges som första-, andra- eller tredjehandsval samt som icke-rekommendation. Alla rekommendationer kan kompletteras med en motivering.

Alla landsting står bakom SIL genom avtal och gemensam finansiering. Dock saknas ett nationellt genomförandebeslut. Ett sådant skulle underlätta arbetet betydligt i respektive landsting. Vi hoppas att de landsting som ännu inte har beställt SIL-integration av sina journalsystemleverantörer nu samverkar för att snabbt skrida till verket.

Under 2008 övergår vi från projekt till förvaltning i Sjukvårdsrådgivningens regi. När SIL blir tillgängligt via journalsystemet blir vinsterna tydliga genom en ökad trygghet för förskrivare och patient – både ur ett medicinskt och hälsoekonomiskt perspektiv.



Ulf Öhman
projektchef, Svensk informationsdatabas



Anders Nilsson
specialist i allmänmedicin; SILs medicinska rådgivare

Mer information på <www.silinfo.se>