



Inspirerande röster *om säkrare vård*

30 nov–2 dec 2011



Svenska Läkaresällskapet

**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**

S T O C K H O L M 2 0 1 1

*Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.*

Innehåll:

- 4** *Margareta Troein Töllborn om Riksstämman*
Engagemang som skapar hopp för framtiden
- 6** *Generalsekreterare Nils Conradi*
Glad över livfulla och nyttiga debatter
- 9** I vimlet på Medicinska riksstämman
- 10** *Ida Sundberg, läkarkandidat*
”Riksstämman är som en Aladdin-ask”
- 12** *Patientsäkerhetens lysande stjärna Peter Pronovost*
En stilla uppmaning till ödmjukhet i läkarkåren
- 14** *20 år av patientsäkerhet*
Har patienterna blivit säkrare?
- 16** Medarrangörernas röster på Riksstämman
- 18** Rätt vård = säkrare vård
- 21** I vimlet på Medicinska riksstämman
- 22** *Anmärkningsvärd rapport från Försäkringskassan*
Sjukskrivning – en livsfarlig ordination?
- 24** *Sjukvården för de allra mest utsatta*
Gäller säkrare vård även flyktingbarn?
- 27** På spaning med Edward Kelley från WHO
- 28** Politiker på plats
- 30** Måste cancervården vara farlig?
- 32** *Sanningar om överbeläggningar i vården*
Vårdens ”mission impossible”?
- 33** Röster från Riksstämman
- 34** *Patienter som saknar beslutskompetens*
Sjukvården bryter mot lagen varje dag
- 36** *Barn i skärningspunkten:*
Pediatrik och psykiatri i nära samarbete behövs
- 40** *Rationell antibiotikaanvändning*
Livräddaren – en säkerhetsrisk för patienterna?
- 42** *Säkerhetsexperter med olika infallsvinklar diskuterade*
Är självmord ett systemfel?
- 44** Det goda samtalet
- 45** Röster från utställarna
- 46** Ordförande har slutordet
- 47** Framtidens hälsa



Bästa läsare,

När **Thomas Nordegren** i sin talkshow den 30 november refererade från Medicinska riksstämman i Sveriges Radios P1, inledde han (förutom att spela en Lady Gaga-låt) med att man skulle passa sig för att söka vård de kommande tre dagarna ”då flera tusen av Sveriges mest ambitiösa läkare och vårdpersonal är samlade för att tillsammans diskutera Vårdsveriges mest angelägna frågor.”

Cirka 8 000 besökare deltog i 2011 års Riksstämman. Och det fanns 700 olika program-punkter att ta del av. Naturligtvis kom det fram mycket nytt i symposier, debatter, utställningen och seminarier som behöver leva vidare även efter stämman. När så mycket erfarenhet och kompetens samlas – då skapas framtid och förhoppningsvis insikter som kommer att komma de vårdbehövande till godo. Oss alla till nytta.

I **denna rapport** kommer några av de röster som fanns med på Medicinska riksstämman till tals. Inlägg som såväl ur ett etiskt, forsknings-, utbildnings- som politiskt perspektiv ger synpunkter på hur vi för patienternas skull kan skapa en säkrare vård i Sverige.

Hoppas inläggen och referaten ska väcka aha-upplevelser till liv igen och inspirera dig att boka in årets Medicinska riksstämman den 28–30 november i Stockholm.

Trevlig läsning!



Ansvarig utgivare: Mats Bauer, vd Svenska Läkaresällskapet, 08-440 88 88, mats.bauer@sls.se, www.sls.se, www.riksstamman.se

Produktion: InPress; Ulrica Segersten, redaktör. **Texter:** Sofia Hillborg, Sven-E Lindberg, Maija Axelsson

Form: Sara Norkvist, Karin Söderström **Illustrationer:** Stina Wirsén/Woo agentur **www.inpress.com**

Medicinska riksstämman 2011:

Mäktig manifestation med bredd och djup

”Drygt 700 programpunkter under tre dagar med bredd, djup, engagerade föreläsningar, livlig debatt och berikande möten över specialitets- och professionsgränserna blev en mäktig manifestation av den kompetens och det engagemang som finns inom vårdprofessionerna”, skriver Margareta Troein Töllborn, Svenska Läkaresällskapets ordförande 2011.

Arets Medicinska riksstämma erbjöd en fantastisk mångfald av programpunkter och, som alltid, unika möjligheter till djupdykningar i aktuella och angelägna medicinska frågor.

Det är med både glädje och stolthet vi kan summera 2011 års Medicinska riksstämma. Drygt 8 000 besökare deltog i detta Sveriges största tvärvetenskapliga möte och Riksstämman blev en mäktig manifestation av den kompetens och det engagemang som finns inom vårdprofessionerna.

RIKSSTÄMMAN HAR, glädjande nog och helt i enlighet med Svenska Läkaresällskapets intentioner, i allt högre grad blivit en mötesplats där alla vi som på något sätt samlas kring patienten – läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, administratörer, ekonomer och politiker – deltar i kunskapsutbytet och medverkar i diskussionen. Därmed skapas en unik plattform för att i bred samverkan stärka och utveckla den svenska sjukvården med patienten i fokus.

Årets tema på Riksstämman, Säkrare vård, låg helt rätt i tiden. Professor Peter Pronovost, en av världens främsta forskare inom patientsäkerhet,

svarade för årets starkaste upplevelse. Med stor ödmjukhet och pedagogisk finess fick han oss att inse att vi alla kan göra skillnad i arbetet för att skapa en säkrare vård genom att arbeta mer gränsöverskridande och systematiskt. Oerhört imponerande och inspirerande!

Samtidigt såg vi många goda exempel från den svenska vården på hur vi bättre kan hantera det ständiga dilemman – att väga nytta mot risk. Exempel som jag är säker på att många har tagit med sig hem för att diskutera och eventuellt implementera i den egna verksamheten.

JUST MÖJLIGHETEN ATT HÄMTA inspiration och kunskap från andra, inte bara inom den egna specialiteten eller professionen, är en av Riksstämmans viktigaste funktioner.

I en tid när läkaryrket i allt högre grad handlar om att ompröva kunskap och lära nytt hela tiden, behövs Riksstämman mer än någonsin. Här kan vi ta del av nya forskningsresultat och ny praxis, resonera kring vad vi gör, lära av varandra och debattera hur vi går vidare i stora och viktiga frågor, som säkerhet, etik och organisation.

”Vi såg många goda exempel från den svenska vården på hur vi bättre kan hantera det ständiga dilemman – att väga nytta mot risk.”

Margareta Troein Töllborn



Foto: T Busch-Christensen

Margareta Troein Töllborn

Ordförande Svenska Läkaresällskapet 2010/2011
Professor i allmänmedicin, Lunds universitet

Debatten över specialitets- och professionsgränserna är viktig. Debatt och kontrovers skärper tanken och argumenten, och banar väg för nya och bättre lösningar på de utmaningar den svenska sjukvården står inför.

EN ANNAN SAK jag tar med mig från 2011 års Riksstämma, är engagemanget och energin hos våra unga kollegor. Jag gick runt under fredagen och möttes av en fantastisk aktivitet hos de unga läkarna/läkarstudenterna med allt från spännande forskningsprojekt till högtintressanta symposier. Att fånga upp och stödja våra unga läkares engagemang är en av Svenska Läkaresällskapets viktigaste uppgifter och utmaningar. Det jag såg på Riksstämman

2011 ger mig hopp inför framtiden. Det finns ett engagemang och en vilja hos de unga att ta sig an inte bara den egna karriären, utan också de stora, viktiga frågorna.

MED DENNA RAPPORT vill vi lyfta fram några av alla de viktiga och inspirerande röster som präglade Medicinska riksstämman 2011. Nu går diskussionen och arbetet vidare ute i vårdens vardag och verklighet.

2012 års Medicinska riksstämma arrangeras den 28–30 november i Stockholm. Då hoppas jag att vi är ännu fler deltagare och ännu fler medverkande aktörer som samlas för att fortsätta den viktiga dialogen, den här gången med Framtidens hälsa som huvudtema. ■

”Det jag såg på Riksstämman 2011 gav mig hopp inför framtiden. Det finns ett engagemang och en vilja hos de unga att ta sig an inte bara den egna karriären utan också de stora, viktiga frågorna.”

Margareta Troein Töllborn

Generalsekreterare Nils Conradi: "Vi fick igång debatten"

2011 års Medicinska riksstämma riktade strålkastarljuset mot en av vårdens verkliga utmaningar – att minska risken för att patienter dör eller kommer till skada i vården. Riksstämmans generalsekreterare Nils Conradi om valet av tema och intrycken från Riksstämman.

■ **Varför valde ni att fokusera på patientsäkerhet just nu, Nils Conradi, generalsekreterare för Riksstämman?**

– Helt enkelt för att frågan om säkerhet i sjukvården har hamnat lite i skuggan, såväl i den allmänna debatten som i diskussionerna inom professionen. Genom att ha Säkrare vård som huvudtema för 2011 års Riksstämman, ville vi få upp patientsäkerheten på agendan igen på allvar.

Säkerheten är en central och ständigt aktuell fråga inom vården.

Ingen människa som får vård ska behöva drabbas av skador som kan undvikas. Men riktigt så är det dessvärre inte i dag. Det görs mycket bra och det finns många som engagerar sig i patientsäkerhetsarbetet, men det finns fortfarande stora brister som vi måste arbeta vidare med.

Där har vi nog ruskat om lite i det kollektiva medvetandet genom att på Riksstämman fördjupa debatten och öppna upp diskussionen om säkerhetsarbetet inom vården på ett bra sätt.

■ **Vad är då ditt samlade intryck av 2011 års Medicinska riksstämma?**

– Helhetsintrycket är mycket positivt. Det är fantastiskt att se det engagemang som finns för att förbättra vården och göra den säkrare. Det finns många kollegor som brinner för patientsäkerhetsarbetet och som driver på i frågan. Det såg jag många goda och inspirerande exempel på under Riksstämman, och det är sådant som många tar med sig hem till sina egna verksamheter.

Dessutom tycker jag att vi fick i gång många bra och viktiga debatter och diskussioner som rör patientsäkerheten – och det är ju ett av huvudsyftena med Riksstämman. Vi ska lyfta fram särskilt angelägna frågor som vi inom professionen behöver engagera oss i och arbeta vidare med. Patientsäkerheten är en typisk sådan fråga, där vi behöver ett brett och starkt engagemang från många parter för att nå fram.

■ **Riksstämman är en mötesplats för olika specialiteter, men har i allt högre grad också blivit en mötesplats över professionsgränserna. Hur ser du på den utvecklingen?**

– Det kommer alltid att finnas



"Ingen annan kommer att göra arbetet åt oss."

Nils Conradi

behov av möten inom specialiteterna, men det är också viktigt att vi möts över verksamhets- och professionsgränserna för en dialog om hur vården ska utvecklas och förbättras. Där är Riksstämman unik med sin bredd av deltagare, från läkare och sjuksköterskor till verksamhetschefer, näringslivsrepresentörer och politiker.

Riksstämman ska inte bara vara en mötesplats för redan frälsta och insatta. Här ska man också kunna diskutera och debattera angelägna vårdfrågor över specialitets- och professionsgränserna.

Det finns en tendens i dag att läkarkåren ägnar sig åt sina egna frågor alltmer och att man håller sig inom sin egen specialitet. Jag ser en klar risk med det, eftersom man då lätt tappar helhetsperspektivet.

■ **Hur illa ställt är det då med patientsäkerheten inom den svenska vården?**

– I många avseenden ligger Sverige mycket väl till internationellt när det gäller att erbjuda en högkvalitativ och säker vård. Men det finns också stora brister, exempelvis när det gäller tillgängligheten, och det finns mycket som behöver göras såväl ute i de enskilda verksamheterna som på ett mer

övergripande plan i ledningen och styrningen av vården.

Varje människa som skadas eller avlider på grund av misstag eller bristande rutiner i vården, är ju ett stort misslyckande och det är allvarligt att vi fortfarande har så många vårdrelaterade skador och dödsfall. Därför måste vi fortsätta prioritera säkerhetsfrågorna och arbeta systematiskt för att så långt som möjligt minimera riskerna i vården.

■ **Borde vi, precis som inom trafiken, ha en nollvision för vårdrelaterade dödsfall?**

– Nej, det är inte realistiskt eftersom det inte går att undvika risker i samband med vård och behandling av sjuka människor. Det skulle leda till orimliga överväganden, exempelvis i samband med stora operationer, som ju alltid är riskfyllda. Men vi bör absolut ha konkreta och mätbara säkerhetsmål inom olika verksamheter och arbeta systematiskt för att föra in ett kritiskt säkerhetstänkande, såväl på individnivå i den enskilda verksamheten som i den långsiktiga planeringen av vården.

■ **Vilka är då de stora utmaningarna för att förbättra säkerhetskulturen inom vården?**

– Det finns utmaningar på många olika plan. Ska vi lyckas måste vi bli bättre på att göra riskanalyser inom alla delar av vården och inte bara analysera riskerna strikt inom den egna verksamheten, utan också i överlappningen till andra specialiteter/verksamheter och göra det utifrån ett tydligt patientperspektiv. Vi är väldigt duktiga inom enskilda öar i vården, men mellan dem finns fortfarande vita fläckar på kartan. För att identifiera och åtgärda dem behöver vi höja blicken och föra en aktiv dialog även med andra specialiteter/verksamheter.

■ **Hur ska det gå till i en vårdverklighet där patienttillströmningen fortsätter öka, där patienterna blir allt äldre och därmed allt mer vårdkrävande och där kraven på effektivisering hela tiden växer?**

– Patientsäkerheten kan aldrig prioriteras ned eller bort. Det är och förblir en högprioriterad fråga och den måste ständigt finnas med

NILS CONRADI:

Docent Nils Conradi är generalsekreterare för Medicinska riksstmman. Han är i vardagen också chef för Regionalt cancercentrum väst.



Foto: T. Busch-Christensen

”Varje verksamhet måste hela tiden utvärderas ur ett säkerhetsperspektiv. Vad åstadkommer vi – och till vilket pris i form av risker eller biverkningar?”

Nils Conradi

i såväl den dagliga verksamheten som i den långsiktiga planeringen. Varje verksamhet måste hela tiden utvärderas ur ett säkerhetsperspektiv. Vad åstadkommer vi – och till vilket pris i form av risker eller biverkningar?

Ett framgångsrikt säkerhetsarbete bygger på kunskap och på att vi ständigt, i allt vi gör, frågar oss: är detta säkert? Grunden i säkerhetsarbetet är ett kritiskt förhållningssätt, att vi ifrågasätter alla åtgärder och att vi gör det inte bara inom den egna verksamheten, utan även i förhållande till andra länkar i vårdkedjan. Ingen kedja blir starkare än sin svagaste länk.

■ **Vilket programinslag gjorde starkast intryck på dig 2011?**

– Utan tvekan gästföreläsningen av Peter Pronovost. Det var en verklig aha-upplevelse. Han visade på ett slående sätt hur det faktiskt går

att åstadkomma drastiska förbättringar i patientsäkerheten. Hans checklistor kanske inte kan direkt översättas till alla verksamheter, men hans förmåga att sätta sig in i patientens roll och ta riskerna på allvar stämmer till eftertanke.

Samtidigt visade Peter Pronovost på ett väldigt övertygande sätt hur viktigt det är att engagera alla medarbetare i säkerhetsarbetet, och att skapa olika administrativa funktioner och rutiner som involverar alla berörda yrkesgrupper. Vi kan inte sitta och vänta på att någon annan ska lösa problemet åt oss. Vi har alla ett ansvar för att engagera oss i patientsäkerheten.

■ **Nu har patientsäkerheten stått i fokus under tre intensiva dagar på Riksstämman. Hur går arbetet med att skapa en säkrare vård vidare?**

– Många har säkerligen tagit med

sig nya idéer och ny inspiration hem till sina egna verksamheter, och det finns många spännande projekt runt om i Sverige för att förbättra säkerhetskulturen.

Samtidigt intensifierar vi från Svenska Läkaresällskapets sida arbetet i Kommittén för säker vård, där representanter för olika specialiteter bedriver ett viktigt och långsiktigt arbete för att i samverkan med andra aktörer ta fram riktlinjer och guidelines för olika verksamheter. ■

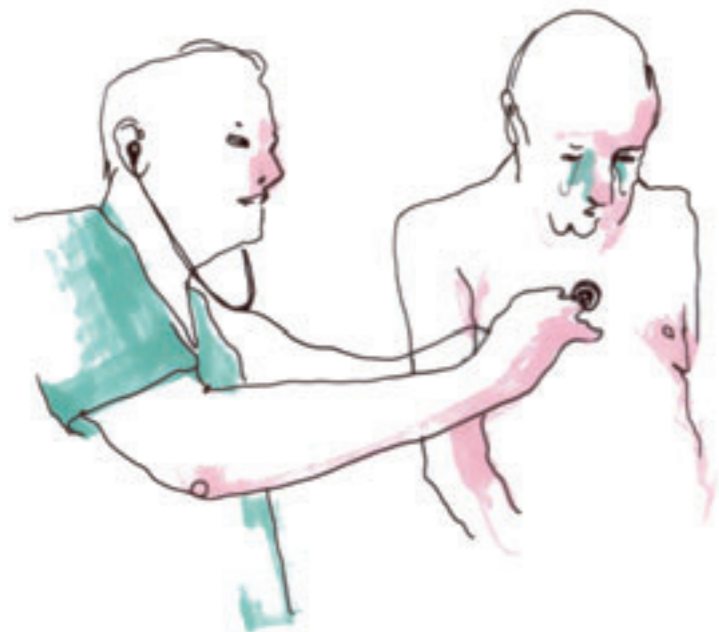
IPULS-GRANSKADE ST-KURSER

Ipuls har granskat och godkänt Medicinska riksstämman som utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på: www.ipuls.se

Symposier som ST-kurser:

- Autonomins gränser (ST-kurs del 1)
- Respekt för patientens autonomi (ST-kurs del 2). Målet var att ge ST-läkaren en god kunskapsgrund när man i det kliniska arbetet ställs inför situationer som rör patientens autonomi. Symposierna var givetvis av intresse också för specialister.

ST-kurser arrangerades även inom Hjärta/kärl, psykiatri och etik.



I rimlet på Medicinska riksstämman

Medicinska riksstämman är Sveriges största tvärvetenskapliga mötesplats för alla som ingår i vårdteamet. Vi intervjuade några av deltagarna för att höra vad som fångat deras intresse.

Johanna Berg

AT-läkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.
Medlem i Kvinnliga läkares förening.

”Allmänt känns det som spännande program, men det verkar vara fler kommersiella aktörer i år än tidigare, som till exempel bemanningsföretag, och inte så mycket olika landsting. Jag har tillsammans med Märta Segerdahl deltagit i ett symposium som heter ”Kvinnan – en historia om blod och våld men med ett lyckligt slut?” Vi hade också debatt kring surrogatmödraskapet, ett intressant ämne.”

”Jag är här alla dagarna. I kväll ska jag gå på kvällsaktivitet, och i morgon finns det ett spännande föredrag om hur långt doktors ansvar sträcker sig. Det har Kandidatföreningen arrangerat.”



Roland Lodnert

Distriktsläkare, Mariehems Hälsocentral, Umeå.

”Jag har fokuserat på diskussioner, debatter och sådant som har anknytning till allmänmedicin, till exempel på Försäkringskassans seminarier. Debatten om surrogatmödrar var väldigt ”mot”, så jag saknade argument från ”för”-sidan. Det hade behövts till exempel en filosof som hade problematiserat frågeställningen på ett annat sätt. Det är intressant med djuplodande diskussioner, så i stället för att bara titta på det ekonomiska skulle det vara bra att ha med några filosofer.”

”Det är ett fantastiskt smörgåsbord, oerhört mycket att välja mellan! Jag har också stött på någon gammal kursare, vilket är väldigt trevligt.”



Bert Järsvall

Frilansande ögonläkare, Oftav AB.

”Jag har besökt dels Läkaresällskapets egen monter, dels olika bemanningsföretags montrar, eftersom jag fortfarande jobbar en del fast jag är pensionär. Vi ögonläkare hade också ett symposium och årsmöte i samband med Riksstämman.”

”Sedan har jag lyssnat på en väldigt givande diskussion om medicinsk etik där Nils Conradi var moderator.”



Läkarkandidat Ida Sundberg, 21 år: ”Riksstämman är som en Aladdin-ask”

Sonden, medlemstidningen för Medicinska Föreningen i Lund, besökte Medicinska riksstämman i Stockholm. Ida Sundberg var en av kandidaterna som var på plats och berättade om sina intryck i en artikel.

Jag har bäddat där uppe, så det är bara att hoppa in!”

Busschauffören som mötte oss på Universitetssjukhuset i Lund klockan 23.50 torsdagen den 1 december gjorde detta med ett stort leende. Hans glada uppsyn gjorde mig om möjligt på ännu bättre humör. Vi tog plats, vi rullade iväg och åtta timmar senare väcktes vi brutalt till tonerna av The Pogues ”A Fairytale Of New York” från busshögtalarna på högsta volym. Lund hade bytts ut mot Stockholm och Stockholmsmässans spexigt inglasade entré – och där inne fanns den, Medicinska riksstämman 2011.

Så, vad är nu detta? Stämman består av en salig blandning av gästföreläsningar, symposier, semina-

rier, diskussionsforum och utställare som med sina montrar i de kolossalt stora hallarna skapar en mycket festlig stämning. Med runt 700 programpunkter befann vi oss på Sveriges största medicinska möte, där personal (aktiva som pensionerade) och studenter inom vårdrken kan mötas för att samtala, diskutera, inspirera och lära av och med varandra. Programbladet i min hand kändes lite som Aladdin-askens pralinöverblicksbeskrivning. Det kunde liksom inte gå fel.

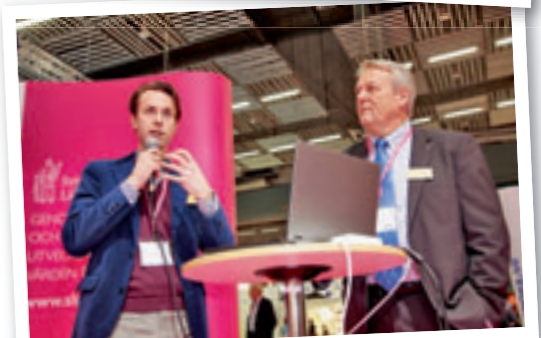
På en mässa med sådan vidd står det rätt klart att det finns något för alla. Här fanns ett symposium om död och döende i sjukvården, där publiken bjöds in att samtala kring verklighetsförankrade texter skrivna av yrkesverksamma inom detta

ämne. Här fanns en föreläsning om våld och våldrelaterat sex, dess orsaker och åtgärder, samt vilket medicinskt intresse som går att finna i det hela. Här fanns en diskussion mellan en läkare, en filosof och en psykolog angående hur mycket ansvar en doktor kan ta vad gällande rättigheterna att påverka en annan individ. Utöver detta fanns drygt 695 programpunkter till plus en imponerande mängd utställare. Bland deras montrar kunde man spendera en avsevärd mängd tid genom att orientera sig mellan allt från vårdutrustningsföretag och olika medicinska tidskrifter till vårdrelaterade organisationer och företag man inte visste fanns. Ett besök på denna stämma skulle omöjligt kunna förlikas med sysslolöshet.

Temat på årets stämma var ”Säkrare vård”. Ett relevant och högst aktuellt tema som vi alla, vårdpersonal, patienter, blivande patienter och anhöriga givetvis är

”Programbladet i min hand kändes lite som Aladdin-askens pralinöverblicksbeskrivning. Det kunde liksom inte gå fel.”

Ida Sundberg



ytterst angelägna om.

Personligen prickade jag kanske inte in just de programpunkterna med tydligast anknytning till temat. Samtidigt kan jag dock se hela stämman i sig, oavsett tema, som ett främjande arbete för just säkrare vård. För vad handlar egentligen ”Säkrare vård”? Självklart finns här många faktorer som spelar in, men en del handlar om att rannsaka systemet, identifiera problemen och sedan ha viljan att göra något åt dem. En självklar förutsättning för detta är att vi pratar med varandra, lyssnar på varandra, reflekterar tillsammans, utbyter erfarenheter, tankar och ideer. Detta kan, och bör, man såklart göra varje team för sig på respektive sjukhus. Detta kan, och bör, man också göra mer gränsöverskridande, till exempel på en träffpunkt som Medicinska riksstämman.

Få grupparbeten går framåt om dess gruppmedlemmar håller sina tankar för sig själva. Likaså kommer vi inte att kunna skapa en säkrare

vård genom att sitta tysta. På så vis ser jag stämmor av det här slaget som främjande i sig för att förbättra vården, utveckla den och göra den mer säker.

Med dessa funderingar i mitt huvud lämnade jag medicinska riksstämman bakom mig medan bussen i gemytlig takt rullade hemåt i Stockholmskvällen.

En dag är egentligen två dagar för lite på denna stämma, men detta till trots kändes det ändå som att jag varit borta på ett kortare sortens läger på grund av dagens intensitet. ■

Text: Ida Sundberg, 21 år, går termin två på läkarprogrammet i Lund.

Peter Pronovost:

”Utan ödmjukhet kommer vi ingen vart”

Peter Pronovost, professor och anestesilog vid Johns Hopkins University Hospital. Utnämnd av Time Magazine till en av de 100 mest inflytelserika personerna i världen 2008. Som en av världens internationellt sett klarast lysande stjärnor just nu fick Peter Pronovost inleda Medicinska riksstämman 2011.

Både Aktuellt, Sveriges Radio, Läkartidningen, NetdoktorPro och flera andra tidningar tog intryck och lyfte fram Peter Pronovosts öppningstal den 30 november i intervjuer och artiklar.

Peter Pronovost uppmanade till ödmjukhet och eftertanke. Han utmanade de församlade läkarna att tänka till vilken skillnad de kan göra för att rädda liv och öka patientsäkerheten.

– Ödmjukhet är alldeles för sällsynt inom medicinen. Men utan ödmjukhet kommer vi inte att göra framsteg inom patientsäkerhet, sa han och gav prov på sitt eget mod när han visade en bild på en liten flicka:

– Mitt sjukhus dödade den här flickan. En flicka som kunde ha varit i samma ålder som min egen dotter. Och när flickans mamma ställde frågor efter att en kateterinfektion hade släckt hennes dotters liv, överöste jag henne med ord och förklaringar. Hon frågade: ”Kommer det här att ske igen, kommer ett nytt barn råka ut för samma sak om ett

år?” Och mitt i mina förklaringar om allt vi gör för att undvika den typen av infektioner som hade dödat flickan, insåg jag att mamman förtjänade något bättre. Vi gjorde egentligen inte vårt bästa. Vi var för stolta för att erkänna det. Och ändå dog tusentals patienter per år på grund av kateterinfektioner.

Det var starten på den numera berömda checklisten som i utgångs-

”We used to kill an awful amount of people each year.”

Peter Pronovost

punkten var ett dokument på 200 sidor med 100 rekommendationer, med andra ord ett dokument som alldeles för få vårdteam följde. Man kokade då ner det till fem punkter.

Systemfel i vården

Att bara 30 procent följt rekommendationerna innan berodde också, enligt Peter Pronovost, på att sjuk-

husen ofta präglas av ett systemfel som handlar om att det är mer lönsamt att ta itu med en patient med ett synbart fel, i stället för att gå två steg extra för att undvika en osynlig och ännu inte inträffad infektion. Till exempel att tillåta sig de tio minuter extra det tar att hämta skyddskläder från ett avlägset förråd, än att snabbt utföra jobbet och skynda vidare till nästa patient som behöver hjälp. Och därför befinner vi oss i en situation där var tionde patient dör från något annat än den sjukdom de ursprungligen kommit in för att få hjälp för.

Kateterinfektioner dödar till exempel lika många som dör i prostatacancer varje år.

– Vi har naturligtvis inte för avsikt att döda patienter, men det är det vi de facto gör genom att sakna systematiserade rutiner, sade Peter Pronovost.

Som att starta ett tredje världskrig

När han införde sin enkla checklista på fem punkter startade Peter Pronovost, som han själv säger,

”Jag insåg ganska snart att vi egentligen hade hittat ett enormt viktigt botemedel.”

Peter Pronovost



tredje världskriget på Johns Hopkins Hospital. Läkaregon fick sig rejäla smällar när sjuksköterskorna fick rätt att ifrågasätta läkare som inte följde checklistans enkla punkter.

– Men vi har ingen rätt att skada våra patienter på grund av sårad integritet.

Det dröjde inte länge innan antalet kateterinfektioner gick ner efter att man började följa checklisten. Man har nu sett en sextio procentig minskning av kateterinfektioner. Mortaliteten sjönk med tio procent jämfört med stater runt omkring. Det betydde alltså att risken att dö var tio procent mindre om man kom till Michigan, där man alltså har lyckats rädda över 1 500 liv och sparat 200 miljoner dollar tack vare att infektioner i samband med kateterrelaterade

infektioner minskade så drastiskt.

– Jag insåg ganska snart att vi egentligen hade hittat ett enormt viktigt botemedel, säger Peter Pronovost.

Även om Pronovosts checklista inte var särskilt välkommen i början, har checklisten nu implementerats på sjukhus i hela USA och även andra delar av världen. Han hoppas att även Sverige kommer att ta till sig checklisten och i alla fall inspireras av den.

– Det är inte våra regeringar som kan göra så mycket åt patientsäkerheten, utan det är vi som sitter här. Vi är de enda som kan lösa de här problemen, sade Peter Pronovost till Riksstämmans besökare.

Så varför lyckades checklisten, trots att den trotsade inbiten kultur, integritet och den hierarki som

sjukhusen ofta präglas av?

– Checklisten i sig var viktig, ja, men det allra viktigaste var att läkarna verkligen trodde att listan kunde göra skillnad, säger Peter Pronovost och jämför med Roger Bennister, som 1954 blev den förste på 2 000 år att springa drömmilen (en engelsk mil) under fyra minuter. Sedan dess har tusentals människor sprungit lika snabbt och snabbare. Det var något så enkelt som tron på att det gick att spränga en ouppnåelig gräns som förändrade prestationerna.

– Så jag ber er, tro på att ni kan bryta den där fyraminutersgränsen ... ■

SKÄL TILL ATT CHECKLISTAN LYCKADES:

- Baserad på vetenskap. (“Mycket viktigt”, säger Pronovost)
- Det fanns en tydlig teori om vad som behövde förändras.
- Åtgärderna stämde med vad klinikerna tyckte var giltigt och rimligt.
- Checklisten anpassades lokalt för att passa sammanhanget.
- Fokus på att förändringarna anpassades till det dagliga arbetet.
- Ingripanden skedde på enhetsnivå med stöd från ledningen.
- Kampen mot CABS (Catheter Associated Bloodstream Infection) utformades som ett socialt program som gick att lösa.
- Det skapades en gemenskap på kliniken kring programmet.

PETER PRONOVESTS CHECKLISTA FÖR KATETERPATIENTER:

1. Tvätta händerna.
2. Tvätta patientens hud med antiseptisk lösning.
3. Undvik att sätta katetern i ljumsken.
4. Använd skyddskläder.
5. Fråga dig varje dag om katetern behöver sitta kvar.

20 år av patientsäkerhet Är patienterna säkrare i dag?

Patientsäkerhetsarbetet är betydligt mycket mer komplext och långsiktigt än de flesta av oss inser. Det belyste Charles Vincent, professor i Clinical Safety Research vid Imperial College, London, i sitt föredrag "20 years of patient safety – are patients any safer?".

Det finns i princip två sorters människor som arbetar med patientsäkerhet – evangelister och sniglar. Entusiasmen för patientsäkerhet är uppenbar, vi möter många evangelister. Men frågan är: hur arbetar vi med patientsäkerhet på ett systematiskt sätt?

– Om man tittar på två forskningsrapporter – *Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review (2001)* och *Is healthcare getting safer? (2008)* så kan man dra vissa slutsatser. Ungefär hälften av de avvikande händelserna (adverse events) var möjliga att förebygga. I Sverige var den siffran 12,3 procent 2006.

Att fela är mänskligt

"To err is human" var en rapport som skakade om många. Den visade att 100 000 amerikaner dör varje år på grund av medicinska misstag. Efter rapporten sattes det upp ett mål: att reducera dem med hälften. Men det är inte så enkelt, anser Charles Vincent.

– Snarare kan man dra vissa lär-

domar av Richard Nixons krig mot cancer, när han på 1970-talet sade att målet var att utrota cancer. I dag har vi fortfarande inte lyckats med det, fastän vi har satsat på massor av forskningsprojekt om cancer. Har vi lyckats utrota cancer? Nej. Har vi lärt oss något? Absolut. Vi börjar förstå hur komplex sjukdomen är och vi börjar förstå varför saker går fel.

– Lite så är det också med patientsäkerhet. Vi börjar förstå varför saker går fel. Det är oftast väldigt obetydliga saker, som att något saknas, som kan göra att patienter skadas.

Varför har det tagit så lång tid innan vi började arbeta med patientsäkerhet?

– Kanske för att det är väldigt obehagligt att erkänna misstag, att vi kanske orsakar skada. Om man ser till trafikolyckor – hur många dödas i trafiken varje år i Sverige? Det är många. Men ändå har de flesta av oss inte någon egen erfarenhet av trafikolyckor. Samma sak är det med vårdrelaterade misstag.

Vi vet inte hur många det handlar om förrän vi börjar räkna.

Charles Vincent säger att de flesta av oss tror att god vård handlar om duktiga yrkespersoner som gör sitt bästa – men att detta inte alltid är fallet.

– Faktum är att systemet kan vara farligt i sig självt. Vi behöver bli medvetna om problemen i systemet. Ofta är informationsöverföringen i vården otroligt dålig. Det saknas en organiserad process för informationsöverföring.

– Nu har vi checklistor för kirurgi, tack vare Pronovosts arbete som bland annat visade att en tredjedel av den kirurgiska utrustningen inte kontrollerades. Han lyckades minska tiden den genomsnittliga patienten blev kvar på sjukhuset från 2,5 dagar till 1,3 dagar.

Inspiration från Formel 1

– Ken R. Catchpole utvecklade en metod för överlämning av hjärtoperationspatienter (små barn) som hämtade inspiration från Formel 1-världens pit stops.

Charles Vincent ger ett konkret



förslag för att öka säkerheten i operationssalar ytterligare och samtidigt få in säkerhetstänkandet i ryggmargen på blivande läkare.

– Varför inte utveckla säkerhetsövningar där studenter kan vara med i operationssalar och se till att alla checklistor och standardförfaranden följs?

Men kan det vara så att vi redan har alltför många checklistor och formulär i vården?

– Checklistor är ungefär som att sätta på ett plåster när problemet egentligen är större än så. Ett problem är att de flesta säkerhetskampanjer drivs av evangelister. Jag önskar att man kunde behålla entusiasmen för patientsäkerhetsarbetet, men ta in ett lite mer vetenskapligt förhållningssätt.

– I Storbritannien hade vi ett stort patientsäkerhetsarbete för att minska andelen avvikande händelser med 50 procent på 24 sjukhus. Men resultatet visade absolut ingen skillnad. Att förändra en organisation är svårt.

– Vi famlar i mörkret. Många sjukhus har lite eller ingen aktuell säkerhetsinformation. Därför kan vi inte bedöma läget. Därför kan vi inte få i gång någon förändring. Och om man gör förändringar vet man inte om de har någon effekt.

Charles Vincent betonar att förbättringsarbete går långsamt. Att förändra människors beteende är en stor uppgift.

– För tio år sedan kunde man inte tala om medicinska fel på grund av rädsla för stämningar. En mycket viktig förändring var att börja inse att det var fullständigt meningslöst att skylla på männis-

kor, eftersom det är omöjligt att sparka alla och alla någon gång gör ett misstag. Vi måste vara toleranta när det gäller misstag, men mindre toleranta när det gäller slarv.

Tvätta händerna

– för patienternas skull

När det gäller handhygien är det ett större tryck i USA än i Storbritannien. Man har uppnått att personalen tvättar händerna i 60 procent av fallen.

– Men det är faktiskt ändå inte särskilt bra. Blanketter är det däremot noga med. För om jag inte fyller i blanketterna kan jag få sparken. Om jag inte tvättar händerna på fem år så händer däremot ingenting.

– Hur seriösa är vi egentligen när det gäller patientsäkerhet? Är det värt att kontrollera oss själva mer? Kan vi tänka oss att filma handfaten på avdelningarna till exempel? Man skulle kunna tänka sig ett system som inte inriktar sig på enskilda medarbetare, utan bara ger information om att på den här avdelningen tvättar si och så många procent av sjukvårdspersonalen händerna innan de träffar patienter. ■

OM FÖREDRAGSHÅLLAREN

Charles Vincent har en bakgrund som klinisk psykolog och är i dag professor i Clinical Safety Research vid Imperial College i London. Charles Vincent har utvecklat en gedigen och djup kunskap om säkerhetsarbete i klinisk verksamhet med speciellt fokus på kirurgi.

Fakta: 1843 började läkaren Oliver Wendell Holmes förespråka handtvätt för läkare för att förebygga barnsängsfeber hos nyförlösta kvinnor. 169 år senare tvättar fortfarande inte alla läkare händerna innan de träffar sina patienter.



I vimlet på Medicinska riksstämman

Vid 2011 års Medicinska riksstämma medverkade flera medarrangörer. Vi frågade några som var på plats om de spontana intrycken och om vilka önskemål det finns på Riksstämman framgent.



Siwert Gårdestig,
programdirektör Försäkringskassan.

Vilket är ditt intryck från Medicinska riksstämman 2011?

” Det fanns en nyfikenhet och ett lärandeintresse runt de ämnen vi diskuterade under våra seminarier och i vår monter. Behovet av att lyssna och resonera med varandra är stort. För att lyckas med de utmaningar som finns behöver Försäkringskassan och läkarkåren mötas i en konstruktiv dialog. Här är Riksstämman ett viktigt forum.

Hur skulle du vilja se att Medicinska riksstämman utvecklas framgent?

” Det som är intressant med Riksstämman och som skapar unika förutsättningar är det tvärssektoriella arbetet, gemensamma frågor som kan diskuteras och spridas över gränserna. Behovet av kunskap är stort. Och jag tror att Riksstämman har en unik ställning där viktiga kunskapsområden kan lyftas. Men minst lika viktigt är att belysa områden som idag inte är särskilt beforskade, ett exempel är försäkringsmedicin. Här finns stora behov.



Ania Willman,
ordförande svensk sjuksköterskeförening.

Vilket är ditt intryck från Medicinska riksstämman 2011?

” Intrycket var att det var bra och viktiga symposier med bra diskussioner, men eftersom det är så många olika aktiviteter samtidigt är det gles med folk på en del föredrag.

” Hur skulle du vilja se att Medicinska riksstämman utvecklas framgent?

Medicinska riksstämman borde kunna spela en viktig roll som informationsförmedlare och kanske främst som kontaktyta mellan de professionella inom gruppen, mellan olika professionella grupper och mellan de professionella och vårdens politiker. Jag skulle utveckla stämman till en vårdpolitisk arena i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Torbjörn Larsson,
vd Vårdalstiftelsen.

Vilket är ditt intryck från Medicinska riksstämman 2011?

” Det var första gången jag var där, både som utställare och som arrangör av ett seminarium. Jag är väldigt positiv. Alla vi pratade med var väldigt intresserade och engagerade och det fungerade väl kring de praktiska detaljerna. Tyvärr var upplevelsen att det var för lite folk på plats. Kvaliteten på innehållet var hög, det var rätt människor som vi träffade, men det var för få som kom dit.

Hur ser du på framtiden för Medicinska riksstämman?

” Potentialen för Riksstämman är stor. Den skulle kunna vara den stora mötesplatsen för sjukvården och sjukvårdens politiker och tjänstemän. Vi saknar en sådan idag. För att lyckas skapa denna mötesplats krävs en vettig ekonomi, det är inte rimligt att ansvaret läggs på en enda organisation. Rimligt vore att socialdepartementet tillsammans med SKL tog ansvar för finansieringen och att Svenska Läkaresällskapet får vara det naturliga navet. Där finns kompetensen som man bör ta tillvara.



SJUKSKÖTERSKORNA PÅ PLATS

Från och med 2011 är Svensk sjuksköterskeförening adjungerad i Riksstämmedelegationen och är med och utformar programmet för riksstämman. Riksstämman erbjuder forskande sjuksköterskor en möjlighet att synliggöra sig och diskutera forskningsresultat för en säkrare vård.

Sjuksköterskeföreningens närvaro och engagemang är också en markering av vårdteamets betydelse. För att kunna erbjuda en god vård krävs samarbete mellan professionerna och insikt i teamets olika kompetenser. Svensk sjuksköterskeförening med 76 000 medlemmar arbetar enbart med frågor kring professionen och är därmed en motsvarighet till Svenska Läkaresällskapet. Symposier med Svensk sjuksköterskeförening under Riksstämman 2011:

- Multisjuklighet hos äldre. Betydelsen av ett personcentrerat och teamorienterat arbetssätt för äldre.
- Bättre metabol kontroll vid typ 1 och typ 2-diabetes.
- Sociala medier i hälso- och sjukvården – en utmaning för professionernas etiska förhållningssätt.
- Specialiserad palliativ vård i hemmet.
- Hemmet som vårdplats – en självklar rättighet eller exklusivt erbjudande några få utvalda?



Rätt vård = säkrare vård

Under Riksstämman redovisades tre projekt om patientsäkerhet som har genomförts tillsammans med Patientförsäkringen LÖF: Säker förlossningsvård, Protesrelaterade infektioner ska stoppas (PRISS) och Säker bukkirurgi. För LÖF är projekten mycket viktiga. Om bara några patienter kan räddas räcker det för att projekten ska vara lönsamma.

Charlotta Grunewald, projektet *Säker förlossningsvård*:
– 35 barn per år föds med svåra förlossningsskador. 20 fall av dessa får ersättning från LÖF eftersom de var möjliga att undvika.

Jon Ahlberg, Patientförsäkringen LÖF:
– Vi ställde oss frågan varför dessa barn skadades och hur skadorna kunde undvikas.

– I 98 procent av fallen fann vi bristande fosterövervakning, i 71 procent försummelse vid tecken på syrebrist och i 52 procent felbehandling.

”I hela världen är det en tendens att infektionerna sakta ökar. Vi måste göra något för att bryta trenden.”

Tore Dahlén, projektet Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS

– Vårt övergripande mål är att förbättra patientsäkerheten inom förlossningsvården och minska undvikbara skador. Detta resulterade i ett program för att förbättra patientsäkerheten med frågeformulär för självrevision, ett webb-baserat träningsprogram och en kollegial revision av samtliga 56 förlossningskliniker i Stockholm. Revisorerna är barnmorskor, barnläkare, förlossningsläkare – alltså kollegor.

Tore Dahlén, projektet Protesrelaterade infektioner ska stoppas (PRISS):

– Vi har i princip kopierat projektet om säkrare förlossningsvård, men tillämpat det på vårt eget område, protesrelaterade infektioner.

– I genomsnitt orsakas reoperationer till 0,6 procent av djupa infektioner. För knän orsakas 1 procent av reoperationerna av djupa infektioner.

– Det här handlar om cirka 300 djupa infektioner per år. Det klart viktigaste skälet till reoperation är

infektioner, enligt Svenska knäregistret. Och i hela världen är det en tendens att infektionerna ökar sakta. Vi måste göra något för att bryta den trenden. Målet är att minska antalet infektioner med minst hälften.

– Arbetet bygger på ett frågeformulär för självvärdering samt kollegial revision. Frågorna handlar om rutinerna och den springande punkten är ofta: hur ser ni till att rutinerna följs? Ett exempel: bara 53 procent av de opererade fick förebyggande antibiotika i rätt tid, då den faktiskt skulle ha gett effekt.

Per-Olof Nyström, projektet Säker bukkirurgi:

– Surgical safety checklist från WHO används över hela världen. Vi översköljs ständigt av nya tips om hur man kan förbättra säkerheten och undvika infektioner. Så hur kommer det sig att det ändå inte blir bättre?

– Vi tog fram ett frågeformulär med 23 frågor. ”Hur säkerställer ni att ...” inleder alla frågor, eftersom



”Det är bedrövligt. Vi registrerar inte infektioner, så vi vet inte hur många vi har. Det är som i Alice i Underlandet där kaninen frågar ”Vart ska du?”. ”Jag vet inte vart jag ska”, säger Alice. ”Då spelar det heller ingen roll åt vilket håll du går.”

Tore Dahlén, projektet Protesrelaterade infektioner ska stoppas, PRISS

just efterlevnaden är det svåraste. Tre sjukhus är pilotsjukhus för projektet. Vi använder befintliga databaser för att mäta resultatet och begränsar oss till vissa diagnoser.

Charlotta Grunewald:

– Vi ser självvärderingen som oerhört värdefull. Självvärderingsinstrumentet kan inte besvaras av en enda person, det är uppbyggt så att det krävs att flera olika professioner hjälps åt. Revisioner som inkluderar många innebär samtidigt ett brett lärande och erfarenhetsutbyte.

– Patientförsäkringen LÖF:s insats ekonomiskt och administrativt, var helt avgörande för projektet. Tack vare projektet har vi fått ett omfattande förbättringsarbete inom förlossningsvården under kort tid, tre till fyra år. Metoden med självvärdering skulle också

kunna användas för att förebygga förlossningsskador på kvinnorna.

Tore Dahlén:

– PRISS-utvärderingen är inte klar än, vi har samarbete med kvalitetsregister, men operationer följs i allmänhet upp dåligt. Det finns inget fungerande nationellt register över infektioner.

– Vissa saker kan vi dock säga. Det har skett en förbättring av antalet opererade som fick förebyggande antibiotika i rätt tid.

– Andra åtgärder som har effekt är bland annat att rökande patienter tar ett rökuppehåll under en period före och efter operationerna, att undvika bilaterala operationer, screena för prediabetes och undvika att operera gravt överviktiga.

– På avdelningen ska strikta hygienrutiner gälla alla. I operationsalen gäller: Stäng dörren, lås den!

Vi har också en checklista för timing av antibiotika och vi vinnlägger oss om att sy noggrant. Postoperativt gäller tidig intervention.

Jon Ahlberg:

– Vi är väldigt dåliga på att mäta att man följer riktlinjerna. Varför är det viktigt? Jo, vi på sjukhusen är experter på innovation på fel sätt.

”På sjukhusen är vi experter på innovation på fel sätt. På varje avdelning finns en hemlig låda med kopplingsmunstycken och silvertejp, så att man kan gå förbi problemet om en slang inte passar till apparaten.”

Jon Ahlberg, Patientförsäkringen LÖF

På varje avdelning finns en hemlig låda med kopplingsmunstycken och silvertejp, så att man kan gå förbi problemet om en slang inte passar till apparaten.

– Det är ett problem att vi är så kreativa när det gäller att lösa praktiska problem, för vi ska ju följa de regler och riktlinjer som finns. Inte skulle en ingenjör på ett kärnkraft-

verk koppla in en slang som egentligen inte passar i en apparat? För att få flyt i arbetet passerar vi gärna barriärer. Oftast händer det ingenting negativt. De flesta patienter har tur. Men det är inget skäl att acceptera risken som suboptimal vård innebär.

– Att förbättringsarbetet drivs av yrkesorganisationerna innebär en potential; det är de som äger och driver projekten.

Tore Dahlén:

– Det är bedrägligt. Vi registrerar inte infektioner, så vi vet inte hur många vi har. Det är som i Alice i Underlandet där kaninen frågar

”Vart ska du?”. ”Jag vet inte vart jag ska”, säger Alice. ”Då spelar det heller ingen roll åt vilket håll du går.”

Jon Ahlberg:

– När man har områden där man ser allvarliga problem, då måste man fortsätta, så det här projektet är ingen engångsföreteelse. Vi ser de här projekten som väldigt viktiga investeringar ur försäkringsbolagets synpunkt. Kostnaden för hela projektet kring förlossningsvård är 8–10 miljoner kronor, men det räcker att ett enda barn räddas för att det ska vara lönsamt för försäkringsbolaget. Och naturligtvis är det värt ännu mer för samhället. ■



RÄTT VÅRD = SÄKRARE VÅRD

På symposiet: **Charlotta Grunewald**, docent, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, **Elisabeth Höög**, doktorand Epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet, **Tore Dahlén**, docent i ortopedi vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå, **Per-Olof Nyström**, professor, överläkare Gastrocentrum Kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, **Jon Ahlberg**, chefläkare, skadeförebyggande arbete, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF.

Mer information om projektet finns på www.patientforsakring.se/Patientsakerhet-LOF.html

”Vi ser de här projekten som väldigt viktiga investeringar ur försäkringsbolagets synpunkt. Kostnaden för hela projektet för säkrare förlossningsvård är 8 till 10 miljoner kronor, men det räcker att ett enda barn räddas för att det ska vara lönsamt för försäkringsbolaget. Och naturligtvis är det ännu mer värt för samhället.”

Jon Ahlberg, Patientförsäkringen LÖF

I vimlet på Medicinska riksstämman

Elisabeth Tysk

presschef vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, är på Medicinska riksstämman för tredje gången.

”**Jag är här i första hand för att** omvärldsspana och för att lyssna in det senaste som är på gång inom forskning och utveckling, säger Elisabeth Tysk. Patientsäkerhet är en mycket viktig och aktuell fråga för Akademiska sjukhuset, menar Elisabeth.

– Det är intressant för mig att få reda på vad som är i frontlinjen just när det gäller patientsäkerhet.

Elisabeth tycker att öppningskonferensen var givande och speciellt då professor Peter Pronovosts exempel på hur sjukhus systematiskt och praktiskt kan arbeta med patientsäkerhet.

– Det var väldigt inspirerande att lyssna till honom som en föregångare som nått väldigt långt i sitt arbete för att förbättra säkerheten för patienter.

En av debatterna som Elisabeth i förväg hade bestämt sig för att gå på handlade om sociala medier.

– Det var en bra debatt med många olika röster som kom till tals. Till exempel lyfte en journalist fram hur patienter använder bloggar i rehabiliteringssyfte och det blev en diskussion om huruvida man kan skapa strikta regelverk kring sociala medier eller inte. Just den debatten gav mig väldigt mycket eftersom sociala medier i vården är en spännande och samtidigt svår fråga att hantera för vården.

Enligt Elisabeth Tysk är det viktigt att man i förväg har bestämt sig för några punkter eller föredrag man

vill gå på under Riksstämman. Man kan inte bara botanisera på plats.

– Men det är också oerhört värdefullt med alla spontana möten som inträffar. Jag har träffat många intressanta personer på Hälsotorget och fått en del värdefulla uppdateringar till exempel om användning av väldigt dyra cancerläkemedel inom andra landsting. Sådana snabba uppdateringar och kontakter betyder mycket. Det är lite Almedalen över det hela.

Finns det något på din önskelista till nästa Riksstämman?

– Jag tycker personligen att det vore intressant om man kunde skapa en debatt där riksdagspolitiker deltar och att det skulle hetta till lite mer i debatten. Eller att någon passar på att lansera något som berör hela Sjukvårdssverige lagom till själva Riksstämman.

– För min egen del hoppas jag att kunna delta under två dagar nästa gång, säger Elisabeth Tysk.



Sjukskrivning – livsfarlig ordination?

Varje år sjukskrivs ett stort antal människor i Sverige. Men nu visar en stor studie som presenterades för första gången på Riksstämman av Kristina Alexanderson, professor i socialförsäkring vid Karolinska Institutet, att sjukskrivning i sig sannolikt medför allvarliga risker för hälsan.

Fram till början av 1980-talet såg vi ingen skillnad i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor. Nu är det stor skillnad. Varför?

– Sjukfrånvaro är en mycket vanlig ordination inom vården. Vård ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Men faktum är att det inte finns så mycket kunskap om effekterna av sjukskrivning.

– Vilka är konsekvenserna av att vara sjukskriven? Vi har tittat på vad det innebär för risken att få sjuk- eller aktivitetsersättning (SA) eller att dö i förtid. Det har nästan inte gjorts några sådana studier i

Sverige eller i andra länder. Vi har gjort en kohortstudie av alla de som bodde i Sverige 1995 och var 16 till 64 år gamla då.

– Även de som bara var sjukskrivna en månad 1995 hade dubbelt så stor risk för att få SA under de kommande 14 åren. Den som då var sjukskriven ett halvår hade fem gånger så stor risk att få SA.

– Samtliga dessa resultat har vi kontrollerat statistiskt för de skillnader som beror på skillnader i ålder, utbildning, familjesituation, sjuklighet, var man bor, etcetera. De som hade varit sjukskrivna hade också en fördubblad risk för förtida död. Lite förvånande såg vi högre relativ risk för yngre och för välutbildade.

Kraftigt förhöjd risk för förtida död

– För personer som hade fått sjuk- och aktivitetsersättning var risken för förtida död 70 procent respektive 80 procent högre än för övriga. Vi såg inga könsskillnader.

– För dem som var sjukskrivna

i en psykiatrisk diagnos 2005 var risken för SA nästan sju gånger så stor under de kommande åren. Inte heller här fanns det skillnader mellan kvinnor och män.

– Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser innebar även en förhöjd risk att dö i cancer. Kan det vara så att man inte tas på allvar i vården eller inte uppfattar tecknen i tid? Eller är det så att dessa personer helt enkelt inte orkar söka vård?

Ökad risk för självmord

– Redan vid kort sjukfrånvaro finns en kraftigt förhöjd risk för självmord. Risken ökar sedan med antalet sjukpenningdagar.

De kvinnor som blev sjukskrivna i en psykisk diagnos 2005, löpte tre gånger så stor risk att dö i självmord under de kommande tre till fyra åren, än de som inte var sjukskrivna då.

– Ett annat problem är att många av de personer som har psykiska besvär inte får optimal behandling. Vi behöver mer kunskap om detta, om konsekvenserna av att vara

”Redan vid kort sjukfrånvaro har man en kraftigt förhöjd risk för självmord. Risken ökar sedan med antalet sjukpenningdagar.”

Kristina Alexanderson, professor i Socialförsäkring vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

sjukskriven. När kommer eventuella biverkningar, och hur kan vi identifiera och motverka dem? Vi bör vara mycket uppmärksamma på hur vi hanterar personer med psykiska besvär i vården. Och även vara mer medvetna om eventuella risker med sjukskrivning samt sjuk- och aktivitetsersättning.

Staffan Marklund, professor, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet:

– Vi frågade oss om det fanns könsskillnader bland långtidsjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning? Vi gick igenom åren 1998–2007, totalt

1 006 personer i Stockholms län. Vi tittade på om det fanns skillnader mellan kvinnor och män när det gällde diagnosförändringar, de åtgärder Försäkringskassan vidtog samt i de fall ersättningen förändrades efter försäkringsmedicinsk utredning. Vi tittade också på vilka faktorer som påverkade återgång i arbete.

– I medierna talas det mycket om könsdiskriminering i sådana här sammanhang, men det vi har kommit fram till talar för att det inte stämmer. Vi har kommit fram till att det var väldigt små könsskillnader och definitivt inga systematiska. ■

SAMMANFATTNING

Sjukskrivning är en av sjukvårdens vanligaste ordinationer. Men de medicinska konsekvenserna av sjukskrivning är lite kända. I en stor kohortstudie, ”Kvinnors och mäns sjukfrånvaro”, har forskare vid Karolinska Institutet studerat vilka konsekvenser sjukskrivning får när det gäller ökad risk för sjuk- eller aktivitetsersättning och förtida död. Studien visar kraftigt förhöjda risker för de sjukskrivna.

Studien Kvinnors och mäns sjukfrånvaro är en stor kohortstudie som omfattar hela Sveriges befolkning 1995. Forskarna har kunnat använda Försäkringskassans egna register.



”I medierna talas det mycket om könsdiskriminering i sådana här sammanhang. Men det vi har kommit fram till talar för att det inte stämmer.”

Staffan Marklund, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet

”De som hade varit sjukskrivna hade också en fördubblad risk för förtida död. Lite förvånande såg vi högre relativ risk för yngre och välutbildade.”

Kristina Alexanderson, professor i Socialförsäkring vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

Sjukvård för flyktingbarn

I vården arbetar läkare och andra yrkesgrupper för ständigt säkrare vård. Men hur ser sjukvården ut för en av samhällets svagaste grupper, flyktingbarnen? I symposiet "Säkrare vård för alla – gäller det flyktingbarn också?" framkom allvarliga uppgifter.

Henry Ascher, docent i barnmedicin och medicinskt ansvarig för Rosengrenska stiftelsen:

– Kommunikation är på många sätt en förutsättning för en säker vård. Att till exempel få en tillförlitlig sjukhistoria, ett säkert underlag för behandling och diagnos, att kunna informera barn och föräldrar så att de kan följa behandlingen och så att vården kan göra en uppföljning.

– I det ljuset kan man fråga sig om tolk är en service eller en patientsäkerhetsfråga? Bara tre landsting ger vårdråd på andra språk än svenska. Antalet tolkar med utbildning som sjukvårdstolk är bara 130 i hela landet. Tolkarna som används har varierande utbildning och kompetens.

"Antalet tolkar med utbildning som sjukvårdstolk är bara 130 i hela landet."

Henry Ascher, docent i barnmedicin

– Om man använder okvalificerade tolkar kan problem med sekretess och potentiella konflikter uppstå. Vissa manliga tolkar är inte heller så kunniga när det gäller terminologi om barn, amning och kostfrågor. Ofta används anhöriga och vänner som tolkar på grund av bristande tillgång på tolkar. Men det finns problem med detta; risken är att inte all information kommer fram i samtalet med patienten. Ofta används också barn som tolkar och det är helt olämpligt.

Erna Zelmin, generaldirektör Rättsmedicinalverket:

– Situationen för flyktingbarn i vården i dag är inte optimal. Barn far illa, vårdpersonal känner sig frustrerad. Vem har rätt till vård? Det är inte alltid som flyktingbarn har en vuxen i sitt sällskap. Får man den behandling man behöver? Följs den upp?

– Jag har haft regeringens uppdrag att utreda vård för papperslösa. Jag utreder också nu frågan om hälsoundersökning för invandrare. Lagstiftningen kring pappers-

lösas rätt till vård är väldigt otydlig. En dold sjukvård pågår just nu runt om i Sverige. I den vård som ändå ges förekommer naturligtvis brister i dokumentationen.

– Sjukvårdspersonal försöker hjälpa och stötta så bra man kan, men det finns många barriärer som gör att de papperslösa inte får vård: ekonomiska, språkliga och kulturella. Bristande kunskap om den svenska vården. Och hur hanterar man patientens rädsla?

– Min slutsats i utredningen är att det enda rimliga är att ge alla samma tillgång till vård i Sverige, det vill säga vård efter behov. Vi måste följa Barnkonventionen, den är faktiskt svensk lag.

– Det finns vårdrisker med att man inte kan dokumentera. De här personerna har inte ett svenskt personnummer – men det i sig är inte någon förutsättning för vård, även om någon form av identifikation är önskvärd av kvalitetsskäl, för exempelvis uppföljning. Däremot är det viktigt för en vårdgivare att veta vem man har framför sig. Att känna till behandlingshistorik,



"2010–2011 undersöktes endast 10 procent av de asylsökande barnen av BVC. Inte undra på att sjukvården missar saker. Under de senaste fem åren har exempelvis fem hiv-positiva barn missats av sjukvården."

Margareta Blennow, Södersjukhuset

medicinsk historik och att kunna följa upp är viktigt. Identifikation är också viktigt för att kunna komma i åtnjutande av sjukvårds-subventioner. Hur ska vi se till att nödvändiga uppgifter följer med patienten? Människor flyttar runt, men dokumentationen gör det inte.

Margareta Blennow, barnhälsovårdsöverläkare, Södersjukhuset:

– Asylsökande barn och före

detta asylsökande har rätt till sjukvård, gömda barn har det inte. Detta är vansinnigt, alla barn ska naturligtvis ha rätt till vård. Vad asylsökande barn erbjuds för undersökningar och provtagningar varierar kraftigt mellan olika landsting. Vilka är då vårdbehoven?

– Det här är en grupp med en utsatt ekonomisk och social situation, och starkt ökad risk för

"Min slutsats är att det enda rimliga är att ge alla tillgång till samma vård i Sverige, det vill säga vård efter behov. Vi måste följa Barnkonventionen, den är faktiskt svensk lag."

Erna Zelmin, generaldirektör Rättsmedicinalverket, regeringens utredare om vård för papperslösa

psykosocial ohälsa. Hiv, hepatit B och tbc är vanligare på vissa håll.

– Vi gjorde en undersökning och kom fram till att av 340 asylsökande barn var det endast 22 procent som nådde BVC, och av dessa hade endast fyra undersökts för tbc.

2010–2011 undersöktes endast tio procent av barnen av BVC. Inte undra på att sjukvården missar saker. Under de senaste fem åren har exempelvis fem hiv-positiva barn missats av sjukvården.

– Ett problem är att många barn inte kommer till undersökning om de kallas av BVC. Kommunikationen mellan landstinget, patienterna och andra myndigheter är usel. Kallelsebreven bör vara på patientens språk – det är de inte i dag. Ett nyanlännt barn ska ha lika mycket kontakt och tid som en nyfödd får på BVC – det ska få ta tid.

Anneli Schumauch, skolläkare Umeå:

– Skolan har en oerhört viktig uppgift för de här barnens hälsa. I Umeå, där jag arbetar, har vi som målsättning att skolhälsovården ska träffa alla nyanlända barn. Vi kollar syn, hörsel, längd, vikt och frågar om de har syskon. Det är en bedömningsfråga hur bråttom det är

”Enligt Migrationsverket är det barnets plikt att bevisa att det är ett barn. Tjänstemän på Migrationsverket gör åldersbestämningar, ofta efter en så kallad okulär besiktning.”

Henry Ascher, docent i barnmedicin

med hälsoundersökningen. Skolsköterskans uppgift är att hitta barn med problem. Vi använder alltid tolk – men det blir dyrt, särskilt för att det är ganska vanligt att elever inte dyker upp. Undersökningen som skolsköterskan gör motsvarar BVC:s arbete. Ett problem är att skolsköterskan inte har rätt att ordinera vaccination. Ett annat

vanligt problem är att man inte hittar journalerna, så det är mycket vanligt att skolsköterskan tillbringar timmar i telefon med att jaga journaler.

Henry Ascher:

– De flesta ensamkommande flyktingbarn är tonåriga pojkar. För flyktingbarn finns det två viktiga

åldrar. Den första är 14 år – för om man är över 14 år är man skyldig att lämna fingeravtryck. 18 år är en annan viktig ålder. Under 18 år ska man behandlas som ett barn, ha en god man, kan inte avvisas utan vuxen, har rätt till skolgång och boende (till exempel familjehemsplacering) och möjlighet till återförening med sina föräldrar. Är man över 18 år förändras allt det.

– Det finns två system för åldersbedömning. Enligt Socialstyrelsen finns ingen säker metod att fastställa om någon är under eller över 18 år. Röntgenundersökningar av skelett och tänder ger ingen säker bedömning. Men enligt Migrationsverket är det barnets plikt att bevisa att det är ett barn. Tjänstemän på Migrationsverket gör åldersbestämningar, ofta efter så kallad ”okulär besiktning”. Dock är Migrationsverkets bedömning inget beslut i förvaltningsrättslig mening och beslutet kan därför inte överklagas. När ensamkommande flyktingbarn av Migrationsverket förklaras vara vuxna, får det omfattande konsekvenser för barnen. ■



I vimlet på **Medicinska riksstämman**

Sverige har mycket att lära av utländska patientsäkerhetsexperter. Svenska Läkaresällskapet bjöd in namnkunniga experter från England, Frankrike och Edward Kelley från Världshälsoorganisationen WHO. Vi fångade Edward Kelley i vimlet och det visade sig att han tyckte att Riksstämman var ett bra tillfälle för WHO att fånga upp lärdomar när det gäller säkerhet och kvalitet.

Edward Kelley,

Chef och samordnare WHO:s strategiska program kring patientsäkerhet i Genève.

Vad tycker du om den här konferensen?

– Jag tycker att den är mycket imponerande. Jag var här för några år sedan och det har hänt saker; konferensen har verkligen växt och kvaliteten på föreläsningarna är mycket hög. Jag har själv talat om den globala utvecklingen när det gäller patientsäkerhet och vårdkvalitet från WHO:s perspektiv.

Finns det något som är av särskilt intresse för dig här?

– Det här är ett bra tillfälle för WHO att fånga upp lärdomar från länder som är världsledande när det gäller säkerhet och kvalitet. Sverige är definitivt ett av de länderna, även om det fortfarande finns utrymme för förbättring inom vissa områden.

Är det något som du kommer att ta med dig tillbaka?

– På WHO är vi intresserade om frågor som gäller infektioner i vården, inklusive kirurgisk säkerhet och kirurgirelaterade infektioner. Läkemedelssäkerhet är ett annat viktigt område. 2012 är det tio år sedan WHO agerade för att starta ett program för säkerhet

och kvalitet och vi kommer att göra ett antal viktiga ansträngningar. Bland annat att lansera vår tredje globala patientsäkerhetsutmaning.

Första gången vi hade en sådan här utmaning, 2005, handlade den om handhygien och vårdrelaterade infektioner, den andra, 2008 handlade om kirurgisk säkerhet och nu samlar vi information inför den tredje. Vi träffade bland annat det svenska socialdepartementet i går för att tala om deras prioriteringar.

Är det några särskilda föreläsningar som du inte vill missa?

– Jag vill delta så mycket som möjligt, även om min bristande svenska inte gör det möjligt att förstå allting. Jag tyckte mycket om Peter Pronovosts föreläsning.



Röster från Riksstämman

Politiker på plats



Foto: Krisdemokraterna

Göran Hägglund (KD), socialminister

” Vilken roll och betydelse tycker du att Medicinska riksstämman har?

– Jag tror att den typ av träffpunkter som stämman har är otroligt betydelsefulla. Man får fördjupa sig i sådant som man redan är intresserad av och lära sig mer om sådant som man har mindre kännedom om. Behovet av nya tankar och påfyllnad av idéer är stort.

Varför är det viktigt att medverka?

– För min del handlar det om att finnas där professionens företrädare finns. Jag lär mig mycket och tycker det är kul med alla informella kontakter.

Göran Hägglund talade själv under rubriken "Krämpa eller sot – vem får bästa bot?" och tog upp frågan om det finns en målkonflikt mellan god evidensbaserad vård vid kroniska folksjukdomar och tillgänglighet i svensk primärvård.

Maria Larsson (KD), Barn- och äldreminister:

” Vilken roll och betydelse tycker du att Medicinska riksstämman har?

– Stämman är både en mötesplats och en kunskapsförmedlare. Utbudet av såväl utställare som seminarier är fantastiskt stort.

Varför är det viktigt att medverka?

– Möjlighet till dialog med forskarvärlden och professionen inom vård och omsorg är viktig för mig.

Maria Larsson deltog bland annat i symposium om: "Hög tid att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre."



Foto: Krisdemokraterna

Lars-Erik Holm, Generaldirektör för Socialstyrelsen:

” Vilken roll och betydelse tycker du att Medicinska riksstämman har?

– Riksstämman är en viktig arena och mötesplats för erfarenhetsutbyte mellan professionen och beslutsfattare om alla de utmaningar vården står inför.

Varför är det viktigt att medverka?

– Socialstyrelsen ska såklart medverka där våra viktiga målgrupper finns. Det är ett sätt att mötas. Vår medverkan brukar vara uppskattad och efterfrågad.

Hur kan Medicinska riksstämman utvecklas?

– Läkaresällskapet bör locka fler specialistföreningar att ha sina egna möten under stämman, för att ge större möjligheter till utbyte mellan specialiteterna. Annars blir det ett generalistmöte, som inte kommer att locka läkarna. Socialstyrelsen bör hitta andra dialogformer än de som finns idag. Exempelvis vill vi bygga upp vårt deltagande mer i workshopform och rundabordssamtal. Våra ämnen passar bra för detta och vi kan då ta tillvara den kunskap och erfarenhet som finns på plats för att få synpunkter och input i vårt eget arbete. Stockholmsmässan är för stor och anonym. Det borde vara mindre lokaler och konferensrum överlag. Alla rummen på mässan var för stora och därmed långtifrån halvfylla.

Lars-Erik Holm deltog bland annat i symposium om Överbeläggningar i vården: mäta, jämföra, förhindra, där man diskuterade hur hälso- och sjukvården ska komma tillrätta med vårdplatsbristen och överbeläggningarna. Brist på resurser eller systemfel?



Foto: Ann-Sofi Rosenkvist

Mötesplatsen

Cirka 8000 deltagare och 700 programpunkter engagerade läkare, läkarkandidater, sjuksköterskor, utställare, politiker och journalister. Informella möten och samtal mellan föredragen är också en viktig del av Riksstämman.



Måste cancer-vården vara farlig?

Kjell Bergfeldt, biträdande verksamhetschef vid Radiumhemmet, med övergripande ansvar för patientsäkerhetsarbetet, höll i ett sektionssymposium med återblick på första året med ny patientsäkerhetslag.

Allmänt sett kan man säga att de patienter som i dag vårdas på sjukhus är väldigt sjuka och därför är säkerhetsrisken hög. Patienterna i slutenvård har nästan alltid katetrar eller infarter som i sig är säkerhetsrisker.

– Det betyder att i all cancervård utsätts patienten för risker, säger Kjell Bergfeldt som svar på sektionssymposiumets fråga om cancer-vården måste vara farlig.

När började man prata om patientsäkerhet?

– På 1930-talet inträffade flera dödsfall på Maria sjukhus i Stockholm, dödsfall som orsakades av förväxling mellan ett läkemedel och ett rengöringsmedel. Efter den tragiska händelsen stiftades en lag om att alla olyckshändelser och skador som inträffat på sjukhus

måste anmälas till polisen, Lex Maria. Lagen har sedan dess arbetats många gånger, men har behållit sitt namn.

Från den 1 januari 2011 kom den nya patientsäkerhetslagen, som bland annat innebär att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har fått en ny roll och att hanteringen av patienters klagomål på vården tagits över av Socialstyrelsen.

Från syndabockstänkande till systemanalys

Ett exempel är Kalmarfallet, där en sjuksköterska efter felmedicinering dömdes för vållande till annans död, efter att ha feltolkat handskrivna ordination till ett spädbarn. Ett annat uppmärksammat fall var dialysfallet i Linköping 1982, då en sjuksköterska fälldes fast man efteråt kom fram till att det handlade om systemfel.

– Vi ska gå från syndabockstänkande till systemanalys. Vi måste se om det finns något i systemet som kan förbättras. Vi ska skapa system som gör det svårare att göra misstag. I dag fokuserar man mer på säkerhet. Medicinska riksstämman med säkerhet i fokus och att Sverige har fått sin första professur i patientsäkerhet ("systemsäkerhet i vårdorganisationer" red.anm.) vid KTH är exempel på detta, säger Kjell Bergfeldt.

Vårdskada som är undvikbar eller biverkning som är förutsägbar?

Man definierar en del vårdskador som undvikbara patientskador, där riskområden är hantering av läkemedel, katetrar och stress som bidrar till försämrade arbetsmiljö, dålig kommunikation eller bristen på densamma. Eller administrativa system som inte direkt skadar, men där man kanske tappar bort en patient och därmed indirekt bidrar till lidande.

Enligt Socialstyrelsen får omkring 100 000 patienter en skada eller sjukdom till följd av brister i svensk hälso- och sjukvård – varje år. För cirka 3 000 patienter i studien

"...det är vid varje enskilt möte (cirka 220 000 vårdkontakter vid Radiumhemmet per år), som risken för en skada uppstår."

Kjell Bergfeldt, Radiumhemmet

kan vårdskadan ha medfört eller bidragit till att de avled.

– När dessa siffror presenterades väcktes mitt intresse för patientsäkerhet. Om vi på Onkologiska kliniken på Radiumhemmet skulle räkna enligt dessa siffror, skulle det innebära 435 vårdskador varav 12 skulle leda till döden – varje år. Det här är en grovt tillyxad jämförelse, men jag vill ändå göra något mer konkret av Socialstyrelsens siffror.

Varje vårdkontakt innebär en risk för skada

Radiumhemmet vid Karolinska Sjukhuset och Danderyds sjukhus har knappt 600 anställda, varav nästan 150 är läkare. Det finns öppenvårdsmottagningar, fyra vårdavdelningar, fyra behandlingsavdelningar och två strålbehandlingsenheter. Årligen handlar det om 220 000 vårdkontakter, varav ungefär 55 000 är läkarbesök.

– Det som utmärker säkerhetsarbetet inom vården är att det är vid varje enskilt möte som risken för en skada uppstår. Det gör att vi inte rakt av kan översätta kunskapen från andra typer av säkerhetsarbete, till exempel från kärnkraften

eller trafiken. Vi kan lära oss av dessa, men inte direkt applicera den kunskapen i vården.

Cheferna är centrala

– Vi arbetar mycket aktivt med avvikelserapporter. Vi samlar in dem, redovisar och diskuterar dem vid chefsmöten. Cheferna i sin tur ansvarar för att sammanställa, analysera och återföra rapporterna tillbaka till sina verksamheter och verkställa åtgärder man beslutar utifrån de här incidenterna. Cheferna är otroligt centrala för att man ska få till stånd en fungerande säkerhetsorganisation. Arbetsplatsträffar är också ett viktigt forum för patientsäkerheten.

– Vi har webbaserade avvikelssystem för rapportering, där man kan vara anonym. Vi har också precis börjat att med hjälp av automatisk journalgranskning hitta markörer i journaler, som kan indikera en vårdskada. Där kan vi få fram en del saker som inte kommer fram genom den vanliga rapporteringen. Det hela syftar till två saker: Vad var det som hände och vad ska vi göra för att förhindra att det händer igen?

– Vi anser att det är en viktig del



i patientsäkerhetsarbetet att ut-sätta sig för den granskning som en Lex Maria-prövning utgör.

Vårdrelaterade infektioner

– Katetrar som vi hanterar dagligen är en riskfaktor. Vi ska försöka gå från syndabockstänkande till analys (i dag kan också den som anmäler ses som syndabock).

– Vi måste skippa "vi har gjort samma sak massor med gånger" och fokusera på vad som går fel när det blir fel (just 1 000:e gången) – inte på vem som gjorde fel.

– Och vi måste skapa en lärande miljö. Det är viktigt och vår skyldighet att ta kontakt och tala med patienten om något har gått fel. Det är också patientens rättighet att ta del av detta. Det uppfattas i regel som positivt av patienten. ■

"Enligt Socialstyrelsen får omkring 100 000 patienter en skada eller sjukdom till följd av brister i svensk hälso- och sjukvård varje år. För cirka 3 000 patienter kan vårdskadan ha medfört eller bidragit till att de avled."

Kjell Bergfeldt, Radiumhemmet

RISKER INOM CANCERVÅRDEN

Cytostatika – handskrivna ordinationer innebär enorma risker, eftersom tiopotensfel är letala.

Behov: Digitaliserad ordination i framtiden minskar riskerna.

Radioterapi – kraftfullt skadevapen vid felanvändning. Dos, target-definition, positioner; funge-

rar som på flyget, det finns checklistor med många punkter.

Läkemedel – allvarliga biverkningar vid överdosering av smärtlindring, ångstdämpande.

Kontroll: rimligheten i dosen/styrkan!

Sanningar om överbeläggningar i vården

Vårdens ”mission impossible”?

Vården har till synes ett ”mission impossible”. Fler patienter – men färre vårdplatser. Resurserna verkar aldrig räcka till. SKL och Socialstyrelsen har med Margaretha Rödén som ledare, inlett ett projekt som syftar till att fastställa definitioner och ta fram en modell för utvärdering av överbeläggningar i vården.

Att överbeläggningar leder till sämre patientsäkerhet och dålig arbetsmiljö för dem som arbetar inom vården, säger sig självt. Det har gått så långt att Arbetsmiljöverket lagt sig i och kräver vissa landsting på höga vitesbelopp för de risker överbeläggningar orsakar både för personal och patienter.

Inom vissa regioner kommer behovet av antalet vårdplatser öka med flera hundra de kommande fem åren, det vill säga motsvarande flera nya mindre sjukhus. Så frågan om det betyder att man alltid måste leva med överbeläggningar inom vården.

I ett **debattforum** med Margaretha Rödén, utredare på SKL, och Lars-Erik Holm, GD på Socialstyrelsen, presenterades det arbete som gjorts under 2011 för att kartlägga och utreda överbeläggningar i vården. Socialstyrelsen ville genom utred-

ningen skifta glasögon från administratörens perspektiv till ett med patientsäkerhet och arbetsmiljö i fokus.

Socialstyrelsens och SKL:s utredning visade att 80 procent av de svenska sjukhusen hade dagliga överbeläggningar.

– Men egentligen handlar det inte om att vårdplatserna var för få eller att antalet invånare per vårdplats stigit och gett överbeläggningar, sade Margaretha Rödén.

– Exempel från landsting visar att det snarare handlar om att patienterna ska hamna på rätt plats från början och slippa flyttas runt.

En viktig fråga i utredningen var själva definitionen av disponibel vårdplats. Från att med ”vårdplats” mena en plats som är belagd eller kan beläggas, till att det nu handlar om fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Enligt Margaretha Rödén kan överbeläggningarna minskas genom att en del av vårdplaneringen görs i hemmet i stället för på sjukhuset. Att skapa en trygghet för

patienter att våga stanna hemma, men ändå med tillgång till hög medicinsk kompetens.

Man märker också att ST- och AT-läkare lägger in mer patienter än mer erfarna. Därför är det enligt Margaretha Rödén viktigt att akutmottagningar har hög kompetens och erfarna läkare på plats.

Margaretha lyfte fram Gävleborgs landsting som ett bra exempel hur man lyckats lösa en del av problemet med överbeläggningar. Gävleborgs landsting har fler invånare per vårdplats än andra landsting utan att ändå ha fler antal överbeläggningar.

– Det handlar också om att sluta mota bort patienter eller gräla om vems avdelning som har ansvaret. Vi ska ta emot dem och få patienterna till rätt plats med en gång. ■



”80 procent av svenska sjukhus har dagliga överbeläggningar.”

Margaretha Rödén, SKL

I vimlet på Medicinska riksstämman

I 68 år har Medicinska riksstämmans besökare fått ta del av ett vetenskapligt program, ST-utbildningar, föredrag, posters samt lyssna till svenska och utländska gästföreläsare. Besökare möts även av utställare som visar det senaste inom behandling, läkemedel, utbildning, bemanning och medicinteknisk utrustning. Vi fångade några besökare i vimlet.

Cecilia Rydén

Överläkare vid Infektionskliniken, Helsingborgs lasarett.

” Jag har deltagit i ett symposium inom reumatologin om ledsmärta och ledinflammation, och var lite av ”en hemlig gäst” där, det vill säga, jag fanns inte med i programmet, men ingick i en panel som diskuterade ledsvullnad ur olika aspekter. Mycket givande och trevligt även för oss i panelen, och ett välbesökt symposium, vilket var roligt. Jag var med som infektionsspecialist, med särskilt intresse för ortopediska infektioner.

I egenskap av infektionsläkare tycker jag att Peter Pronovosts föredrag vid det allmänna mötet var väldigt intressant, eftersom han har visat hur man kan minska kateterrelaterade infektioner på sjukhuset, och över huvud taget minska vårdrelaterade infektioner. Där Provonost arbetar, har de med mycket enkla medel fått ner dessa infektioner med mer än hälften jämfört med tidigare.

Provonost poängterade att det är viktigt att se till att alla är med på banan, och att man förstår att det inte är integritetskränkande, personliga påhopp eller något att bli arg över om man påpekar för någon när han/hon inte följer checklistans punkter.

Vi kommer säkert att dra nytta av det här i vår verksamhet, eftersom jag som biträdande chefsläkare precis har fått uppdraget att titta på patientsäkerheten ur infektionssynpunkt, och se vad vi kan göra för att förbättra det. Så det var väldigt stimulerande att höra honom.”



Gunnar Hellsten

Specialist i allmänmedicin, Järnlodets Doktor AB, Stockholm.

” Jag har varit på Försäkringskassans presentation av sjukskrivningsregler och tittat på registrering av arytmier – en enkel lösning för förmaksflimmer. Kanske blir det något symposium. Det är roligt att gå här utan att ha någon förutfattad mening och bara ”plocka blommor”. Utställarna är här för att visa nyheter som de tror på. Jag är inte ute efter något speciellt, utan försöker ha ett öppet sinne och se vad mina patienter kan ha nytta av.”



Cecilia Chrapkowska (med sonen Edvin 4, månader)

Föräldraledig ST-läkare i barnmedicin, Drottning Silvias barnsjukhus i Göteborg.

” Jag har precis kommit hit, men om någon timme tänkte jag gå på ett symposium om kostbehandling vid neuropsykiatrisk funktionshinder. Det tycker jag verkar jättespännande.”



Patienter som saknar beslutskompetens

Sjukvården bryter mot lagen varje dag

Frågorna om vård för patienter som saknar beslutskompetens är svåra och viktig lagstiftning saknas. Därför bryter man mot lagen i vården varje dag. På ett välbesökt symposium med bland andra Elisabeth Rynning, Johan Herlitz och Gunnar Eckerdal gick debattens vågor höga.

Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt, Uppsala universitet:

– Det här är en ganska stor fråga, och viktig. Mest fokus är på vuxna med nedsatt beslutsförmåga. I teorin ska vi ha god vård på lika villkor för alla och den som har störst behov ska gå först. Vården ska vara sakkunnig, präglas av respekt och ske i samråd med patienten. Information och samråd är grundläggande krav på vården. Men vad gör vi när det inte går? Vad säger lagen?

– Beslutskompetens kan definieras som förmågan att tillgodogöra sig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. Vuxna

antas vara beslutskompetenta, om inte särskilda skäl talar för motsatsen. Det kan handla om en tillfällig oförmåga. Men det finns ingen rättsligt reglerad procedur för bedömningen. Vem bestämmer när patienten inte kan? Närstående ska informeras, men har ingen beslutanderätt. En god man har endast begränsad behörighet i vårdfrågor.

– När kan alltså vård ske utan giltigt samtycke? Det handlar om hypotetiskt samtycke, akut nödsituation och särskild tvångslagstiftning.

Vad säger lagen?

– Men vad säger lagen om tvång och frihetsberövande av dementa/funktionshindrade? Det finns ingen lagstiftning som tillåter tvång, bara allmänna regler om nöd. I Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin finns krav på system för ställföreträdande beslutsfattande. Sverige lever ännu inte upp till kraven. Därför har vi i dag en biobankslag där det inte är möjligt att bevara vävnadsprover utan samtycke.

– Vad händer nu? När det gäller

skyddsåtgärder för dementa finns ännu ingen proposition.

I dag håller Sverige inte en minimistandard. Det finns inga regler om skyddsåtgärder med inslag av frihetsberövande och tvång. Det innebär att det bryts mot lagen varje dag i vården. Lagstiftningen i andra länder är inte perfekt, men i Sverige har vi låtit det bästa bli det godas fiende, eftersom vi inte har förmått att ta fram någon lagstiftning.

Johan Herlitz, professor i kardiologi samt prehospital akutsjukvård, Sahlgrenska universitetssjukhuset:

– Frågan är om etikprövningslagen i sin nuvarande form är tillämpbar på patienter i svensk akutsjukvård? Personer som exempelvis drabbas av akut hjärtinfarkt har ofta svåra symtom och är medvetna om att livet är i fara. Är det då etiskt försvarbart att tillfråga dem om de vill delta i forskning? Och om det är det, ska man i så fall ge informationen muntligt eller skriftligt?

– Kliniska randomiserade studier på hjärtinfarkt har gett stora förbät-

”I dag finns inga regler om skyddsåtgärder med inslag av frihetsberövande och tvång. Det innebär att det bryts mot lagen varenda dag inom vården.”

Elisabeth Rynning, professor i medicinsk rätt, Uppsala universitet



ringar av vården. Bara i Sverige räddas 1 000–1 500 till livet årligen, människor som för 30 år sedan hade dött. Varje år sker omkring 10 000 plötsliga, oväntade hjärtstopp i Sverige. Antalet som överlever skulle kunna öka med bättre behandlingsmetoder.

”Är etikprövningslagen etiskt försvarbar, med tanke på att brist på vetenskapligt underlag innebär att patienterna utsätts för risk?”

Johan Herlitz, professor i prehospital akutsjukvård

Ingen forskning på medvetlösa

– Vi ville göra en randomiserad studie där patienterna skulle ha upplyfta ben under behandlingen. Men Centrala Etikprövningsnämnden avtog ansökan med motiveringen att ”etikprövningslagen ger inget utrymme för forskning på medvetlösa”. Då är frågan: Är etikprövningslagen etiskt försvarbar för dessa patienter, med tanke på att brist på vetenskapligt underlag innebär att patienterna utsätts för risk?

Gunnar Eckerdal, överläkare, Hallands sjukhus, Kungsbacka:

– Vad gör man när patienter inte vill ta emot vård? Exemplet med ett Jehovas vittne som inte vill ta emot blodtransfusion är välbekant för de flesta. Patienten tackar nej och läkaren respekterar ställningstagandet. Och om patienten förlorar medvetandet innebär det inte att läkaren kan åsidosätta patientens ställningstagande.

– Men hur ser vi på andra patienter som tillfälligt eller permanent saknar beslutskompetens? Ta exemplet med en äldre patient som har uttryckt att han inte vill vårdas

på sjukhus. Respekteras denna önskan av vården även när patienten inte kan tala för sig själv?

– När patienten inte kan delta i planeringen av vården ska läkaren försöka ta reda på patientens eventuella önskemål. Vad har patienten uttryckt tidigare? Vad skulle patienten ha svarat på min fråga om han hade kunnat? Fråga inte dig själv: Vad skulle jag själv ha velat? Det är faktiskt irrelevant. ■

PATIENTER SOM SAKNAR BESLUTSKOMPETENS

Vem bestämmer när jag inte kan? Hur företräds mina intressen och när uppstår problemen? Det kan handla om forskning på patienter som inte kan lämna sitt samtycke. Eller vid akut medvets-

löshet och när de anhöriga inte går att nå. Frågan om vem som ska bestämma för patienter som saknar beslutskompetens är komplicerad och än så länge saknas viktig lagstiftning.

Barn i skärningspunkten:

”Barn behöver möta många kompetenser”

– ett organisatoriskt nytänkande krävs

När det gäller barnpsykiatri finns det ett stort behov för barnmottagningar med många kompetenser under ett och samma tak, så kallade ESSENCE-team, i stället för dagens kliniker och mottagningar som enbart specialiserar sig på till exempel adhd, autism eller logopedisk verksamhet. Det framhölls i ett symposium om barn i skärningspunkten mellan pediatrik och psykiatri.

Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet:

– Tillstånd som adhd, autismspektrumtillstånd, ticssyndrom, språkstörningar, motoriska och generella utvecklingsstörningar kan sägas utgöra en grupp av ”Early Symtomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations” (ESSENCE).

Tillstånden missas i de tidiga åren

– De tidiga symtom som visar sig hos dessa barn under fem år, handlar generellt om försenad språkutveckling – inte bara i Sverige utan i de flesta länder i Europa gör man språkscreening. Barnen har problem med motorik och kommunikation, och man tar hand om de här barnen som om de hade ett logopediskt problem, fast det nästan alltid är mer än logopedträning de behöver. Sällan eller aldrig kopplas barnläkare, barnpsykiater eller psykolog in i det här skedet.

– Föräldrarna till de här barnen under fem år, söker ofta för barnens aktivitet, sociala interaktion och impulsivitet, och inte sällan undrar de om det kan vara adhd eller autism.

– I Stockholm hade 208 barn diagnostiserats med någon autismspektrumstörning av Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Barnen, som då var mellan två och fyra år, fick göra ett funktions- och språktest. Två år senare följdes barnen upp och 90 procent av dessa hade kvar autismspektrumdiagnosen, och i stort sett ingen var utan allvarliga problem, det vill säga de hade någon form av ESSENCE-problematik. Nästan alla inom den ursprungliga gruppen med diagnos inom autismspektrum uppfyllde

dessutom vid varje uppföljningstillfälle kriterier för andra ESSENCE-diagnoser, såsom adhd, olika epilepsiformer, genetiska avvikelser eller psykisk utvecklingsstörning.

– Det här betyder att alla barn som screenas positivt vid språkförseeningen när de är i tvåårsåldern, borde få en mycket bredare bedömning än vad de får hos en logoped. Det är i dag ofta det enda de får.

Tidiga symtom på autism

– Under de första åren är motorik-kontrollproblem bland det första barnet signalerar, kombinerat med underlig ansiktsmotorik och perceptionsstörningar. Det finns kvar hela livet, eller åtminstone upp till 30–35 års ålder. Tal- och språk-

”Alla barn som screenas positivt vid språkförseening vid tvåårsåldern, borde få en mycket bredare bedömning än vad de får hos en logoped.”

Christopher Gillberg, professor vid Göteborgs universitet



”Vi har haft en benägenhet att vänta med insatser tills vi fått den definitiva diagnosen.”

Björn Kadesjö, överläkare

svårigheter, samt pragmatiska svårigheter är vanliga.

– Oförmåga till delad uppmärksamhet är troligen specifikt och typiskt för autism. Det är viktigt att tänka att adhd inte nödvändigtvis är det första man ska diagnostisera i en sådan här grupp, utan autism och adhd i kombination när barn är extremt hyperaktiva från tidig ålder. Sömnproblem och hypoaktivitet är också vanliga signalsymtom på autism.

– Massor av studier visar att ungefär vart tionde barn har den här typen av problem. Jag vill betona att siffran för intellektuell funktionsnedsättning är snarare två än en procent, och det över hela världen. Därför är det besvärligt när man säger att alltför många barn i dag

skrivs in i särskolan när det fortfarande är alldeles för få barn. Trenden internationellt är att man glömmer bort en eventuell utvecklingsstörning och hellre tittar efter autism och adhd.

Tidiga insatser ger bättre prognos

– Tidiga insatser ger bättre prognos, det är väldokumenterat. I klinisk vardag innebär detta att alla ”barnspecialister” måste samarbeta med öppna ögon om att det de själva är satta att diagnostisera och behandla ofta bara är en del av helheten. Barn och familj måste få hjälp med både det som gäller autismin, adhd och språkstörningen. Det krävs ett utvecklingsarbete inriktat mot barncentra, snarare än endast mot

överspecialiserade autismcentra, adhd-kliniker och logopedcentraler.

– ESSENCE är inte en diagnos utan en grupp av tillstånd som alla som sysslar med barn måste känna till. De här barnen behöver följas upp, och de kan inte lämnas i händerna på icke-medicinska verksamheter. Och man måste sluta att ha inställningen ”han växer ifrån det”, för det finns ingenting som tyder på det, menar Christopher Gillberg.

Björn Kadesjö, överläkare vid Drottning Silvias Barnsjukhus i Göteborg:

– Det är viktigt med insatser tidigt när man upptäcker problem. Dessa åtgärder/insatser måste ske utifrån barnets och familjens situation och behov. Vi har haft en benägenhet att vänta med insatser tills vi har fått den definitiva diagnosen.

Hur ser det ut runt omkring de barn som har den här problematiken?

– Återigen, neurologen tittar på epilepsi eller konstig motorik, logopeden på språket etcetera, men

SYMPOSIUM – DELTAGARE

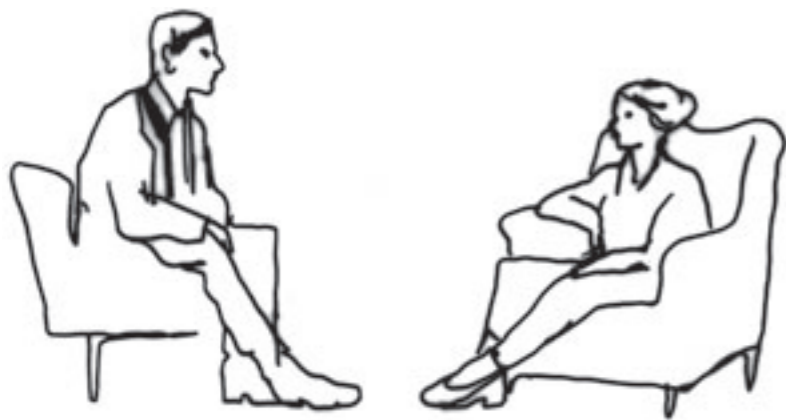
Moderator: Kerstin Dahlström

Deltagare: Christopher Gillberg, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Göteborgs universitet, överläkare, Barnneuropsykiatriska kliniken Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Björn Kadesjö, överläkare vid Drottning Silvias Barnsjukhus i Göteborg.

Elisabeth Fernell, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Gillbergcentrum, Göteborgs universitet, barnhabiliteringsläkare Skaraborgs sjukhus.

Magnus Landgren, barnneurolog och överläkare inom barn- och ungdomssjukvården i Skaraborg, Västra Götalandsregionen.



nästan alltid finns det flera samtida tecken eller flera riskfaktorer ifrån barnets perspektiv, men också utifrån dess uppväxtsituation, föräldrars bemötande eller barnets situation i förskolan. Barnet är även mer sårbart för bristande förhållanden i miljön runt omkring. Och när vi väl har identifierat ett hjälpbehov så är det inte någon annan som ska ta hand om det.

– Hälsoövervakning är ett ändamålsenligt begrepp hur vi kan tänka kring detta med att utreda och uppmärksamma problem. Den bör vara en självklar del i alla våra vardagskontakter med barnet, inte bara inom barn- och skolhälsovården, utan överallt.

Hälsoövervakning

Enligt den amerikanska barnläkarföreningen är det ett arbetsätt/en process där man följer barnets hälsa i hälso- och sjukvårdskontakter, och uppmärksammar riskfaktorer. Målet är att kontinuerligt

uppmärksamma barnets hälsa, utveckling och beteende.

Själva arbetsmetoden handlar om att ta vara på föräldrars observationer och frågor. Det är ändå föräldrarna som först uppmärksammar när något inte stämmer. Ställ frågor om barnets utvecklingshistoria till föräldrarna, men ta också hjälp av mer strukturerade möjligheter att kartlägga hur barnets utveckling ser ut med andra informanter, som förskolepersonalen. Och utvärdera utifrån detta hur barnets utvecklingssituation ser ut.

– När vi har identifierat avvikelser, dokumentera! Var ordentlig med detaljer, även små avvikelser kan vara av betydelse senare. Inget ”vänta och se”-tänkande.

– ESSENCE-tänkandet ger ett stort utvecklingsbehov: det behövs mer strukturerade kartläggningsfrågor. I varje kontakt behövs det utvecklade instrument för att ställa relevanta frågor om barnets utveckling. Vi behöver också mer genomtänkta, strukturerade undersökningsmoment för att värdera motorik, samspel och barnets sätt att kommunicera vid mottagningsbesöket. Och systematiska metoder för att identifiera hur livssituationen och riskfaktorer ser ut för just det här barnet. Glöm inte den pedagogiska delen med lättillgänglig information.

Elisabeth Fernell, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Gillberg-

centrum: Om vi ska kunna bilda ESSENCE-team behöver vi organisatoriskt nytänkande. Vilken organisatorisk hemvist skulle ESSENCE-teamet ha? Kan vi starta pilot-ESSENCE-team? Räcker det med omfördelning av resurser?

– Frågan är vad som kännetecknar en bra verksamhet som kan möta den stora gruppen barn som finns i skärningspunkten mellan pediatrik och barnpsykiatri?

– Jag utgår ifrån ”developmental pediatrics” eller ”utvecklingspediatrik” som omfattar barn med olika typer av svårigheter, och är ett stort område som överlappar barnneuropsykiatri och utvecklingspsykiatri.

– På sjukhusnivå har vi två stora organisationer som träffar de här barngrupperna: barnmedicin/ barnneurologin och barnpsykiatri. Vi måste samverka kring de här barnen, och komma ifrån uppdelningen mellan det psykiatriska och det somatiska. Det somatiska startar inte från halsen och ner, utan hjärnan är också i allra högsta grad en del av kroppen.

ESSENCE-begreppet

En mängd olika prevalensstudier visar att cirka tio procent av alla barn har olika utvecklingsrelaterade problem och att de behöver en bedömning. Det skulle underlätta väldigt om det fanns ett team som utreder barn som avviker i utveckling eller beteende, ett team

som alltid tänker på att barnet behöver följas över tid. Sedan behöver vi förstås en stark barnhälsovård och elevhälsa, som ger stödet på den nivån. Funktionsproblemen uppträder inte isolerade, utan är ofta tätt sammanvävda.

Visionen om ESSENCE-team

– Det borde underlätta att ha ett team att remittera till, något som benämns som ett ESSENCE-team. Kan vi bilda sådana team? Jag tror det. Vi behöver organisatoriskt nytänkande och behöver öppna upp organisationsgränserna. I teamet skulle barnläkare, barnneurolog och barnpsykiater arbeta sida vid sida, och förstås andra yrkeskompetenser som också behövs.

Fördelar med ESSENCE-team

Det blir ett team och det spar tid. Personer som tar emot en remiss behöver inte fundera om det är de som ska ta hand om barnet. Det skulle minska överremitteringar, minska väntan, det borde ha hälsoekonomiska aspekter, öka teamets kompetens och förbättra samverkan mellan BVC, skolhälsovården och enheten inom sjukvården.

Magnus Landgren, barnneurolog och överläkare inom barn- och ungdomssjukvården i Skaraborg, Västra Götalandsregionen: Vi behöver tänka mer i termer ”Adjö revir, hej kompetens och samverkan!”

”Nothing makes sense in pediatrics except in the light of neurodevelopmental awareness.”

– BUP, barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicin samt barn- och ungdomshabilitering har en gemensam nämnare: de här patienterna finns i öppenvård. Barn och ungdomar med svårigheter har alltid rätt till utredning, och eventuell diagnos och behandling inom rimlig tid.

”Riv murarna!”

– När vi arbetade med att få i gång ett barn- och ungdomscentrum i Mariestad, hade vi fokusgrupper med barnens föräldrar. Problem de upplevde var brist på samordning och barnen slussas mellan enheterna, det är dålig tillgänglighet, långa väntetider för utredning, informationsöverföringen fungerar inte; det är svårt att veta vem man ska vända sig till. Samtidigt är det viktigt att få en diagnos och kontaktpersoner.

– Barn med neurologiska funktionsstörningar har ofta barnpsykiatriska problem. Barn med depression och ångest har ofta adhd, och psykosomatiska besvär i form av huvudvärk och magsmärter. Medarbetarna i dag tittar på utvalda symtom för sig. Så ser specialistvården ut i dag.

– Därför behöver vi en helhetsyn, där vi specialister fokuserar på det som vi kan, men gör det tillsammans. Vi skulle samlokalisera i barn-

”Vi behöver föra fram barnen. Nu blir de bortprioriterade och bortglömda, trots att alla vill fokusera på barn.”

Magnus Landgren, barnneurolog och överläkare i Skaraborg

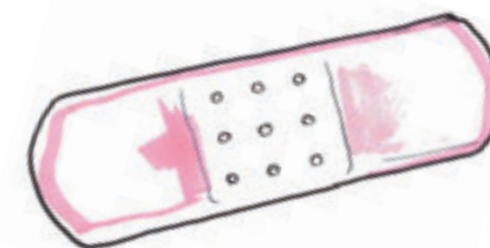
och ungdomscentra, och skapa team, ESSENCE-team.

En gemensam förvaltning lösningen?

– Hur ska detta administreras? Kanske kunde man ha en gemensam förvaltning för öppenvårdsverksamheten som gäller barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshälsan. Vi behöver föra fram barnen. Nu blir de bortprioriterade och bortglömda, trots att alla vill fokusera på barn.

– Vem som ska betala? Vem ska stå för läkemedelskostnaderna? Det måste lösas med gemensamma utvecklingsbudgetar och gemensamma läkemedelsbudgetar. Samma förvaltning skulle kunna gynna samverkan mellan verksamheterna och barnperspektivet skulle hävdas bättre.

– Här behövs politisk kraft, för vi tenderar att bevaka våra revir och behöver ett yttre tryck på oss. Förhoppningen är att det kommer, sade Magnus Landegren. ■



”Vi måste samverka kring de här barnen, och komma ifrån uppdelningen mellan psykiatri och det somatiska. Det somatiska startar inte från halsen neråt, utan hjärnan är också i allra högsta grad en del av kroppen.”

Elisabeth Fernell, professor vid Gillbergscentrum

Rationell antibiotikaanvändning:

Livräddaren – en säkerhetsrisk för patienterna?

Symposiet "Varför är rationell antibiotikaanvändning en patientsäkerhetsfråga" var välbesökt. Göran Stiernstedt, vid SKL och Eva Melander, ordförande för STRAMA i Skåne fick igång diskussionen om antibiotikaförskrivning och problemet med multiresistenta bakterier.

Antibiotikan har livräddande effekt vid bakterieinfektioner som hjärnhinneinflammation, blodförgiftning, rosfeber och nedre luftvägsinfektioner. Men det behövs större återhållsamhet vid – eller avstå helt från – antibiotikaförskrivning vid till exempel akut bronkit

(när det inte finns en förhöjd snabb-sänka), akut öroninflammation, bihåleinflammation, luftvägsinfektioner och halsfluss med mer än tre centorkriterier (mer än 38,5 graders feber, ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna och beläggning på tonsillerna, red.anm.), sade Eva Melander,

verksamhetschef vid Vårdhygien inom labmedicin i Skåne.

När det gäller förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier har Sverige låga siffror i ett internationellt perspektiv, till exempel MRSA (Meticillinresistenta stafylokocker) lägre än en procent. Det är lägst av alla medlemsländer i ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Förekomsten av E.Coli var 1–5 procent år 2010; i Sydeuropa är förekomsten av E.Coli väsentligt högre.

– Värsta hotet nu är K.pneumoniae, där Grekland och Italien har störst förekomst. Vid K.pneumoniae finns inga behandlingsalternativ kvar, vilket ställer frågan på sin spets.

Stora kostnader med multiresistenta bakterier

Antibiotikaresistenta bakterieinfektioner kostar människoliv; de kostar att behandla och tar längre vårdtid. Man måste isolera patienterna, stänga avdelningar. Fördubblad kostnad för vård av patienter



"Vårdpersonalen får inte tveka att ge patienter och besökare information om god handhygien."

Eva Melander, verksamhetschef vid Vårdhygien inom Labmedicin Skåne

med MRB (multiresistenta bakterier) både i form av extra behandling och vård, isoleringsvård, smittspårning, screening och inställd elektiv verksamhet.

– För att lyckas med behandlingen är det viktigt att snabbt få en korrekt diagnos med hjälp av screening av bakterier. Framför allt måste vi undvika bredspektrumantibiotika. Om vi lyckas förkorta tiden för MRB-isolering, förebygger vi också smittspridning.

Förebygg smittspridning

Goda basala rutiner är viktiga för att förebygga smittspridning även om de många gånger är självklara:

Grundläggande hygienrutiner, adekvat städning inte minst av toaletter. Andra enkla, men viktiga åtgärder är att inte flytta patienter i onödan. Ha optimerade vådrutiner och rutiner för att hitta patienter som bär på resistenta bakterier.

– Tveka inte att ge information om god handhygien till både patienter och besökare, sade Eva Melander.

Viktigt med stark organisation för vårdhygien

I en stark vårdhygienorganisation ser man till att all vårdpersonal får både rådgivning, riktlinjer, utbildning och övervakning av just vårdhygien. Förvaltningsledningar, pa-

tientsäkerhetsansvariga och chefer måste också få stöd i frågan.

– Vårdhygien bör organisatoriskt vara placerad nära högre chefer och patientsäkerhetsansvariga och riktlinjer måste vara förankrade hos dessa.

Enligt Eva Melander finns ett stort hinder i dag för att komma åt resistensproblematiken.

– Alla har inte tillgång till vårdhygienisk expertis i våra län och kommuner.

Ett sista, men inte desto mindre viktigt upprop från symposiet. När det sker utbrott av multiresistenta bakterier kostar behandlingen. Och måste få kosta! ■

RISKFaktorER FÖR ÖKAD FÖREKOMST AV MRB

- Brist på enkelrum – de behövs för patienter med de värsta bakterierna.
- Det finns för få toaletter = riskmiljö: multiresistenta tarmbakterier är nu volymmässigt och behandlingsmässigt det största problemet.
- Relativ personalbrist leder till stress/slav med

- basala hygien- och andra rutiner och begränsar möjligheterna att isolerings- eller kohortvård.
- Överbeläggningar: Trängsel gör att smittan sprids lättare.
- Bristande kvalitet på städning gör att bakterier överlever.



I det välbesökta symposiet diskuterade bland andra Eva Melander och Göran Stiernstedt problematiken kring multiresistenta bakterier (MRB) och antibiotikaförskrivning, -användning.

– Slutenvården är mycket viktig i sammanhanget liksom hygienfrågan. Men jag är ändå optimistisk när det gäller utvecklingen på fem års sikt, sade Göran Stiernstedt, direktör SKL.

Själv mord – ett systemfel?

Hur förebygger vården självmord? Kan man anlägga ett systemtänkande på problemet? Symposiet "Suicidprevention som patientsäkerhetsproblem" samlade ett antal av Sveriges främsta experter, bland andra Jan Beskow, Marion Lindh och Ullakarin Nyberg. Dessutom deltog säkerhetsexperten Erik Hollnagel, som bland annat har erfarenhet från kärnkraftsindustrin.

Jan Beskow, professor och läkare, specialist i psykiatri och socialmedicin:

– Först 1990 började man anlägga ett systemtänkande på säkerhetsfrågor. Varje år dör 1 500 svenskar i självmord, ett tecken på att vi inte har lyckats konstruera ett samhälle som är psykosocialt bra. Tiden är mogen att anlägga ett systemtänkande också på självmord. Orsakerna till att människor mår dåligt finns mellan oss. Vi måste ta ansvar för det system vi har skapat.

Erik Hollnagel, professor emeritus vid Linköpings universitet och expert på säkerhetsfrågor:

– Den första definitionen av säkerhet är: När inget går fel. Man

tittar på det som går fel och försöker undvika det. Varför inte i stället titta på det som går rätt? En av 10 000 händelser går fel, 9 999 går rätt – varför inte titta på dem i stället? Det är mycket enklare att få fram data för det som går rätt, också betydligt enklare att prata om det.

– Det handlar inte om en enkel orsakskedja på grund av en individ, man måste se i hela system och beroendeförhållanden. I stället för att ta bort det som är dåligt: lägg till något bra i stället och bli bra på det som fungerar bra. Då får man ett resilient system.

Jan Beskow:

– Vi måste vara ödmjuka. Det är normalt att tänka på suicid, det gör vi alla när vi står högt uppe på en balkong. Det är nyttiga tankar eftersom det hjälper oss att fokusera på den omedelbara livsfaran och undvika den. Vi har friheten att skapa våra egna liv.

– Suicidaliteten är mycket platsberoende, därför kan man anlägga ett olyckspektiv på suicid. Om man ser på orsaker till olyckor, så har vi först ödet eller slumpen, att

orsaken finns utanför människan. Därefter individen, att orsaken finns inom människan. Jag anser att det är dags att börja tänka på systemet – allt det som är mellan människor.

Marion Lindh, sakkunnig i patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor i Stockholms läns landsting:

– Tio procent av självmorden skedde på akutmottagningar, de var väldigt plötsliga händelser. Hur ska man förebygga att de inträffar? Här finns olika infallsvinklar: Evidensbaserade åtgärds paket – att göra rätt från början. Rapportering av avvikelser. Händelseanalys – en ganska resurskrävande metodik där man letar efter orsaker. Riskanalys – att ligga steget före.

– Strukturerad journalgranskning är viktigt. Upp till 30 procent av patienterna råkar ut för någon negativ händelse, varav 14 till 18 procent är allvarlig. Vi ser bara toppen på isberget och det är den vi analyserar – i bästa fall. (Bara 20 procent av Lex Maria-anmälningarna analyseras.)

– Miljöerna inom vården kan ha betydelse för antalet självmord. Veteransjukhusen i USA har desig-

"Miljöerna inom vården kan ha betydelse för antalet självmord. Veteransjukhusen i USA har designats om för att göra det svårare att hänga sig."

Marion Lindh, Stockholms läns landsting

"Förutsättningen för arbetet är att personalen hela tiden känner att de har stöd. Och om det sker ett självmord: en omtänksam, ömsint återkoppling till de inblandade."

Ullakarin Nyberg, cancerläkare och överläkare i psykiatri vid S:t Görans Sjukhus

nats om för att göra det svårare att hänga sig (den vanligaste självmordsmetoden).

– Vi behöver mäta patientsäkerhetskulturen. Vad behöver utvecklas inom vård och psykiatri? Enligt en personalenkät handlar det främst om: överbeläggningar av patienter, samarbete mellan vårdenheter, att högsta ledningen ger sitt stöd till patientsäkerhetsarbetet, arbetsledning och personaltäthet samt benägenhet att rapportera händelser. Cheferna tror i allmänhet att vårdmiljön är säkrare än vad medarbetarna skattar.

Ullakarin Nyberg, cancerläkare och överläkare i psykiatri vid S:t Görans Sjukhus:

– Jag är onkolog i botten och har sett hur död i suicid skiljer sig jämfört med död i cancer. Död i självmord är mer laddat. Det finns också ett syndabockstänkande. Men självmord är en komplex händelse.

– Går det att angripa problemen

med suicid systematiskt? Det gäller att identifiera svagheter som går att åtgärda och är kliniskt betydelsefulla. Hur kommunicerar vi med varandra? Utbildning och kompetens är viktigt. Liksom arbetsmiljön – att personal inte blir lämnad ensam. Teknik och utrustning är också viktigt (till exempel teknisk utrustning för hjärt-lungräddning som personalen kan hantera). Det ska också finnas rutiner och riktlinjer.

– Förutsättningen för arbetet är att personalen hela tiden känner att de har stöd. Och om det sker ett självmord: en omtänksam, ömsint återkoppling till de inblandade.

Panel samtal

Ullakarin Nyberg:

– Min uppgift är att hjälpa patienten att välja livet, och förr eller senare kommer patienten sedan över sin suicidalitet.

Erik Hollnagel:

– Man talar mycket om att det är

mänskligt att fela, human error, men jag är lite trött på det. De flesta vårdanställda försöker faktiskt göra rätt. Det är en svår avvägning mellan grundlighet och effektivitet, det blir alltid en kompromiss.

Jan Beskow:

– Tvåforskarmodellen, att se människan som en fullt värderad partner i det gemensamma arbetet att bekämpa patientens suicidalitet. Använd olycksfallsprincipen. Undvik skuldbeläggning i onödan. ■

"Suicidaliteten är mycket platsberoende. Därför kan man anlägga ett olyckspektiv på suicid."

Jan Beskow, professor och läkare, specialist i psykiatri och socialmedicin



SAMMANFATTNING

Själv mord är ett av psykiatriens svåraste problem, som också innebär mycket skuldbeläggning hos personalen. Själv mord är mycket platsberoende och en stor del av självmorden sker på sjukhus. Bland annat sker tio procent av alla självmord på akutmottagningar. Kan man se på suicid som patientsäkerhetsproblem och kan man anlägga ett systemtänkande på problemet? Och hur stöder man personalen på bästa sätt?

På symposiet: Erik Hollnagel, expert på säkerhetsfrågor, professor bl a vid MINES ParisTech.

Marion Lindh, sakkunnig i patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor i Stockholms läns landsting

Jan Beskow, professor och läkare, specialist i psykiatri och socialmedicin

Ullakarin Nyberg, cancerläkare och överläkare i psykiatri vid S:t Görans sjukhus

Läs mer: www.suicidprev.com

Det goda samtalet

Trots alla avancerade, högteknologiska diagnosmetoder är det mänskliga samtalet fortfarande ett oöverträffat diagnosverktyg. Därför måste samtalet mellan läkare och patient få ta tid. Men just tid är en bristvara i dagens svenska vård, där läkarna blir allt mer pressade. Under Medicinska riksstämman diskuterades det goda samtalet mellan läkare och patient som en säkerhetsfråga.

Ar det så att det goda samtalet mellan patient och läkare är hotat, och på väg att trängas undan i dagens sjukvård? Trots alla nya högteknologiska diagnosmetoder är det vanliga mänskliga samtalet fortfarande ett oöverträffat sätt för läkaren att få viktig information som kan ge pusselbitar om patientens hälsotillstånd.

Sjukvården blir allt mer pressad på de flesta håll, och med ständiga besparings- och effektiviseringskrav blir det allt mindre tid för läkaren att lyssna och samtala med patienten. Men med allt för lite tid riskerar mötet mellan läkaren och patienten att bli ett icke-möte, med en stressad läkare som har blicken på datorn. I ett sådant opersonligt och faktainriktat samtal kommer viktig information kanske ändå inte fram.

Riskabelt med tidsbrist

Det behövs helt enkelt tid. Tid för patienten att reflektera och tid för läkaren att verkligen lyssna så att han eller hon kan ställa relevanta frågor, och därigenom ställa rätt diagnos. Därför innebär brist på tid

i mötet mellan patient och läkare risker för en försämrad vårdkvalitet.

Samtal skapar delaktighet

Det goda samtalet behövs också för att få patienten att förstå sin hälsosituation och bli delaktig i sjukdomsbehandlingen.

– Ett patientsamtal är som en improviserad dialog som syftar till att ge oss så mycket information som möjligt. Ett samtal har en alldeles egen rytm där tystnaden kan

vara lika viktig som det som sägs. Det finns studier som visar att femton procent av alla diagnoser är felaktiga, och vid 30–40 procent av alla obduktioner görs oväntade fynd av saker som kan ha bidragit till dödsfallet. Inget av detta tros bero på bristande medicinsk kompetens, utan snarare på att läkare inte har lyckats få patienten att öppna sig och berätta, säger Astrid Seeberger, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. ■



”Tystnaden kan vara lika viktig som det som sägs.”

Astrid Seeberger, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Röster från några av utställarna:

”En bred mötesplats för hela sjukvården”

Mikael Nestius,
chefredaktör Dagens Medicin.

” Hur upplevde du som utställare Medicinska riksstämman 2011?

– Jag anser att Medicinska riksstämman har en mycket viktig uppgift som en mötesplats där sjukvården kan samlas för att utbyta kunskap och för att diskutera viktiga sjukvårdsfrågor. Det som skiljer Riksstämman från andra konferenser är att den samlar många professioner, olika specialiteter, organisations- och Myndighetsverige och en hel del politiker och andra beslutsfattare.

– Det är en bred mötesplats för hela sjukvården. Det som händer just nu är att Sjukvårdssverige håller på att glida i sär. Kliniker, specialister och forskare möts på specialistföreningarnas kongresser, medan politiker och beslutsfattare träffas i Almedalen. Det är viktigt att medverka på Riksstämman så att inte den enda breda mötesplatsen försvinner. Den behövs!

Hur skulle du vilja se att Riksstämman utvecklas framgent?

– För att bli den breda mötesplatsen behöver den bli spetsig i båda ändar. Alltså att det presenteras spännande ny och högkvalitativ forskning och att man lyckas samla de tunga beslutsfattarna för viktiga, spännande och utmanande debatter, men kanske framförallt skapar möten mellan de två. Sedan tror jag att Riksstämman behöver en nystart i nya lokaler, med nya idéer. Att vara kvar på Stockholmsmässan där lokalytan krymper för varje år och alla jämför med glansdagarna för femton år sedan är förödande.

Håkan Hultberg

HR-konsult, Landstinget Östergötland:

– Den övervägande känslan är att Riksstämman är mindre, det är inte samma tryck som tidigare och inte lika många utställare.

Samtidigt vill jag understryka att arrangemanget är proffsigt och för vår del flöt det på bra.

– Hög klass på föreläsarna och ett lockande program är det som drar publik, inte utställarna.

Daniel Karlsson

rekryteringskonsult Agito:

– Som bemanningsföretag har vi som uppgift att attrahera läkare på olika sätt. Vi upplevde att det tidigare var mer folk. Det positiva är att de som var på plats visade ett stort intresse.

– Riksstämman är en viktig mötesplats, men då måste det till en del förändringar. En aspekt är kostnaden. Vi betalar ganska mycket för vår monter.



Foto: Dagens Medicin

Ordförande Peter Friberg

Uppladdning pågår

– Riksstämman öppnar upp mot hela Vårdsverige

Peter Friberg, nyttillträdd ordförande för Svenska Läkaresällskapet, är mycket nöjd med 2011 års Medicinska riksstämman. Men han har redan börjat ladda för nästa Riksstämman som har temat Framtidens hälsa.

Riksstämman har utvecklats till en unik plattform där olika kompetenser samlas, diskuteras och utbyter kunskap och erfarenheter om vetenskap och vårdrelaterade frågor på ett väldigt bra och berikande sätt, säger Peter Friberg.

– Dessutom tycker jag att vi träffade alldeles rätt med temat "Säkrare vård", där besökarna kunde ta del av allt från verkligt besjälade föredragshållare som Peter Pronovost till goda exempel från den svenska sjukvården, säger Peter Friberg, som är överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och professor i klinisk fysiologi vid Sahlgrenska Akademin i Göteborg.

Svenska Läkaresällskapet har arbetat aktivt för att bredda Medicinska riksstämman och det arbetet kommer att fortsätta, förklarar Peter Friberg.

– Ska vi kunna lösa de stora och viktiga frågorna inom sjukvården

krävs det att vi samarbetar över specialitets- och professionsgränserna. Därför är det logiskt att vi öppnar upp Riksstämman mot hela kedjan av vårdrelaterade verksamheter.

– Socialstyrelsen tog en väldigt aktiv roll vid 2011 års Riksstämman och det kändes som ett viktigt steg på samma sätt som exempelvis Försäkringskassans och SBU:s medverkan, säger Peter Friberg. Till 2012 års Riksstämman hoppas jag att ännu fler av aktörerna inom sjukvården är med som aktiva partners.

Fortsatt patientsäkerhetsfokus

Temat för 2012 års Medicinska riksstämman är "Framtidens hälsa". Programarbetet pågår och Peter Friberg ser temat som en logisk fortsättning på 2011 års patientsäkerhetsfokus.

– Med en befolkning som blir allt äldre och därmed mer vårdkrävande, ställs frågan om hur vi fördelar resurserna i vården alltmer på sin spets. För att garantera bra vård åt de grupper som behöver den bäst, exempelvis barn och gamla, måste vi värna om hälsan hos alla som är friska och arbeta för att förebygga ohälsa.

Peter Friberg är starkt engagerad i folkhälsofrågor och han ser fram emot att få lyfta en av sina hjärtefrågor, förebyggande hälsovård, på 2012 års Riksstämman.

– Vi vill fördjupa diskussionen



Foto: Samuel Unehus

om hur vi förebygger ohälsa, men också om hur vi hanterar de svåra men viktiga prioriteringsfrågorna. Vi måste orka och våga diskutera vem som ska få vilken vård och varför, och vi måste göra det i en bred dialog.

Vill engagera de yngre

En annan fråga som Peter Friberg vill fokusera på under sitt ordförandeskap i SLS och inför 2012 års Riksstämman är att fånga upp och engagera de yngre läkarna.

– Där har vi ett gap i dag som vi måste fylla. Därför kommer vi att satsa speciellt på aktiviteter och kurser med lite bredare anslag för ST-läkare i samband med Riksstämman 2012. Det finns ett starkt engagemang för global hälsa hos många unga läkare som vi också kommer att ta fasta på, dels i samband med Riksstämman, dels genom att verka för fler internationella utbytesprogram. ■



Framtidens hälsa

Temat för Medicinska riksstämman 2012

Hur ska ny kunskap bättre tas till vara i vården? Kommer framtidens hälso- och sjukvård att på allvar sätta patienterna i fokus? Hur kan vården bli bättre på att stödja människor i ansvaret för den egna hälsan?

Politiken har Almedalen. Hälso- och sjukvården har Medicinska riksstämman, den viktigaste mötesplatsen för vårdens anställda, politiker, tjänstemän, myndigheter, organisationer och näringsliv. Hit kommer även internationella gästföreläsare som delar med sig av senaste nytt inom olika forskningsfält.

Medicinska riksstämman är unik. Ingen annanstans i Sverige får du en lika stor möjlighet att påverka utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård. Behovet av möten över gränser är större än någonsin. Oron över en alltmer fragmentariserad hälso- och sjukvård där helhetsperspektiven går förlorade är stor. Den utvecklingen vill vi tillsammans med dig motverka.

I år arrangeras Medicinska riksstämman för 69:e året. Temat är "Framtidens hälsa". Vården ska inte bara bota, utan också förebygga hälsoproblem innan de leder till sjukdomar och skador. Att arbeta för framtidens hälsa innebär att stödja människor i ansvaret för den egna hälsan, och att vara delaktig i beslut och planering av den egna vården. Med årets tema vill vi stimulera till samtal och lärande med ett brett anslag som belyser såväl lokala som globala perspektiv. Tillsammans kan vi utveckla en bättre sjukvård och höja livskvaliteten för dagens och morgondagens patienter. Du är en viktig länk i ett större sammanhang.

Välkommen till Medicinska riksstämman 2012!

28–30
november
i Stockholm

"Vi måste orka och våga diskutera vem som ska få vilken vård och varför – och vi måste göra det i en bred dialog."

Peter Friberg, Ordförande för Svenska Läkaresällskapet

"Inspirerande röster om säkrare vård" är en rapport från
Medicinska riksstämman 2011.
Finns även som pdf www.riksstamman.se



Svenska Läkaresällskapet
**MEDICINSKA
RIKSSTÄMMAN**
S T O C K H O L M 2 0 1 2

*Genom kunskap och dialog
utvecklar vi vården tillsammans.*

www.riksstamman.se

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm
08-440 88 60

ISSN-nr: 0349-1722, band 121, häfte 1, 2012.