

Patientsäkerhet

TEMA

Nr. 4

VÅRDSKADOR

Sidan 3

Förväxling på röntgen

Sidan 4

”Vi måste hitta de djupgående förklaringarna”

Sidan 7

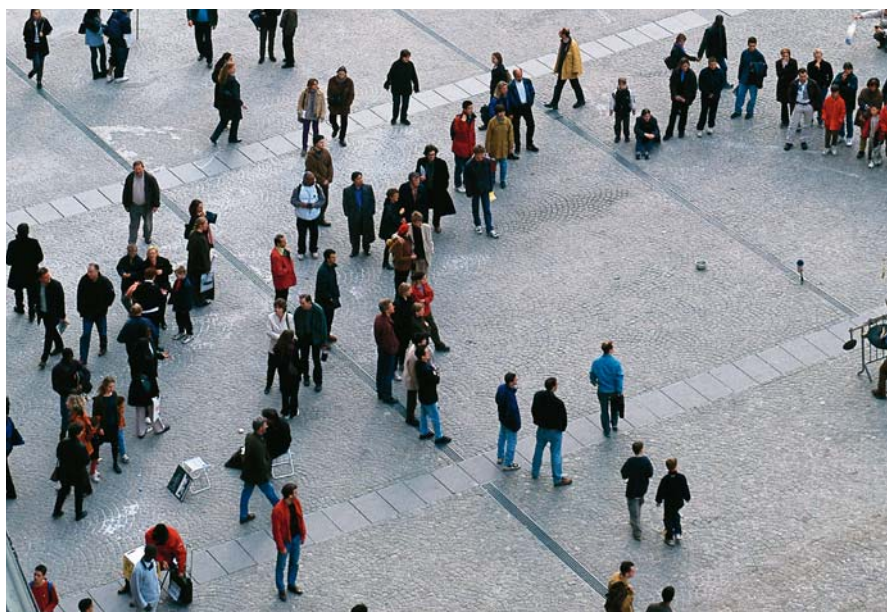
Vårdskada eller komplikation
– en oundvikbar fråga

Sidan 11

Utmaning att bygga en säkerhetskultur

Sidan 13

Redaktörens reflektion



Över 100 000 skadade – tusentals dör varje år

Över hundra tusen skadade per år. Tiotusen människor som har fått bestående skador. Mer än 600 000 extra dagar på sjukhus. Kanske upp till tretusen döda.

Flygolyckor? Pandemi? Krig? Nej – detta är en bild av den svenska sjukhusvården. Närmare nio procent av de patienter som vårdas på sjukhus i somatisk vård (kroppsjukvård) varje år får en vårdskada.

Den slutsatsen kan man dra av Socialstyrelsens nationella studie av vårdskador som publicerades i juni 2008. Eftersom antalet vårdtillfällen per år är 1,2 miljoner, betyder det årligen 105 000 skadade patienter. De flesta av vårdskadorna är dock lindriga och läker relativt

snart. Det måste också påpekas att de allra flesta patienter får en god och säker vård.

Vid operationer

Hälften av alla vårdskador inträffar i samband med operationer eller andra invasiva åtgärder. Den vanligaste typen av vårdskador gäller skador på inre organ. Ett exempel på en sådan skada kan vara att stora gallgången i stället för gallblåsegången skärs av vid en galloperation – en inte ovanlig orsak till att en anmälan enligt lex Maria görs till Socialstyrelsen. Compartmentsyndrom som postoperativ komplikation eller trycksår i samband med ortopediska skador är andra exempel.

forts. sid 2



Vårdskadorna i Sverige leder till ett omfattande mänskligt lidande



Foto: Staffan Larsson, Medifo

Lunginflammation på grund av respiratorvård kan vara en vårdskada.

Den näst vanligaste typen av vårdskador är vårdrelaterade infektioner. Infektioner i operationssår, urinvägsinfektioner vid kateterbehandling, infektioner i centrala venkatetrar och lunginflammation i samband med respiratorvård är välkända typer av vårdskador i den gruppen.

Fel med läkemedel

Felaktig läkemedelsbehandling var bakgrunden till drygt en fjärdedel av alla vårdskador. Överdoser, utebliven behandling och olika biverkningar dominerar skadetyperna.

De kirurgiska specialiteterna (kirurgi, ortopedi, gynekologi m.fl.) är mest skadedrabbade med mer än sextio procent av alla inträffade vårdskador. Internmedicinska specialiteter svarar för en tredjedel av skadorna.

För de skadade patienterna blir ofta sjukhusvistelsen förlängd. På ett år medför vårdskadorna 630 000 extra vårddygn, vilket motsvarar nästan tio procent av alla vårddygn i den somatiska sjukhusvården under ett år. Behandlingstiden kan dock

bli ännu längre för många patienter, med ett eller flera extra besök i den öppna vården efter utskrivning.

Tre procent avled

För tre procent av patienterna i vårdskadestudien bedömdes att vårdskadan ledde till eller bidrog till döden. Det finns en osäkerhet i siffran. Eftersom många patienter hade allvarliga grundsjukdomar gick det inte alltid att avgöra exakt hur vårdskadan hade påverkat patientens sjukdomsförlopp. Omräknat till hela gruppen patienter innebär det ändå att 3000 människors död varje år helt eller delvis orsakats av en skada som de fått i sjukvården, och som hade kunnat undvikas.

Vårdskadorna i Sverige leder till ett omfattande mänskligt lidande. Stora resurser i sjukvården tas i anspråk. Siffrorna måste leda till eftertanke, och ökade satsningar på att förebygga vårdskador. Systematiskt patientsäkerhetsarbete och genomgripande förbättringar av säkerhetskulturen måste bli allas angelägenhet i den svenska hälso- och sjukvården.

Förväxling på röntgen – patient allvarligt skadad

Sofia hade krockat med sin bil och kom in till sjukhuset med svåra smärtor i höger axel.

Röntgen av axeln visade ingen fraktur, och Sofia behandlades för en kraftig stukning, bl.a. med sjukgymnastik. Sofia fick alltmer ont trots starka smärtstillande läkemedel av morfintyp.

Efter tre veckor kom Sofia åter till akuten med mycket svåra smärtor, och hade inte kunnat träna. Då röntgades hennes axel igen. Röntgen visade nu en komplicerad fraktur och Sofia opererades, men fick en bestående skada. Den ursprungliga röntgenbilden hade felaktigt tagits på Sofias vänstra axel.

Felet uppkom eftersom röntgenavdelningens rutiner för sidokontroller var bristfälliga. I detta fall hade också den digitala röntgenutrustningen



Foto: Stefan Larsson, Medifo

I det beskrivna patientfallet röntgades fel axel

hanterats felaktigt. Sofias skada hade kunnat undvikas, och hon blev alltså utsatt för en vårdskada.

123 FAKTA

Vad är en vårdskada?

Socialstyrelsen definierar vårdskada så här:

”Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.”

En komplikation som inte gick att undvika i en viss situation kan alltså ha lett till en skada hos en patient, utan att därför definieras som en vårdskada. Läs mer om skillnaden mellan vårdskador och andra skador till följd av vård och behandling i Medicinskt Fönster på sidan 7.

Så här genomfördes vårdskadestudien

Omkring 2000 patientjournaler inom somatisk sjukhusvård granskades. Journalerna hämtades från ett slumpmässigt urval av vårdtillfällen från den 1 oktober 2003 till den 30 september 2004. Det totala antalet vårdtillfällen under perioden beräknades till 1,2 miljoner.

Journalerna fördelades representativt på de sex sjukvårdsregionerna och granskningarna gjordes på 28 av 72 sjukhus. Sjukhusen delades in i stora, medelstora och små. Granskningarna genomfördes genom att särskilt utbildade sjuksköterskor och läkare bedömde journalerna. De granskade om det fanns kriterier som kunde tyda på skada, om skadan hade något orsakssamband med vården och om skadan i så fall kunde bedömas ha varit undvikbar.

”Vi måste hitta de verkligt djupgående förklaringarna”



Foto: Staffan Larsson, Medifo

Samspelet mellan människa och teknik i vården är ett viktigt område för patientsäkerheten

– Över en halv miljon vårddagar går åt varje år för att ta hand om patienter med vårdskador. Det är i första hand vårdgivarna i landsting och kommuner som har ansvaret för att minska den siffran.

Johan Carlson, avdelningschef på Socialstyrelsens tillsynsavdelning blev inte förvånad över vårdskadestudiens resultat.

– Ingen trodde att våra siffror skulle skilja sig mycket från dem i andra västländer, som har en frekvens av vårdskador på mellan 6 och 10 procent. Möjligen kan det välstrukturerade och tillgängliga journalmaterial som vi har i Sverige ha gjort att vi fångat upp fler vårdskador i vår studie än man gjort i andra länder.

Staten har ett ansvar

– Även om vårdgivarna har det direkta ansvaret för att förebygga vårdskador inom sina verksamheter, så har staten också ett ansvar för att hantera de här frågorna. Vi ska uppmärksamma vårdgivarna på fakta, återföra kunskap från tillsynen och

stödja landsting och kommuner i utvecklingen mot en bättre säkerhetskultur.

Johan Carlson menar att Socialstyrelsens tillsyn framöver måste koncentrera sig ännu mer på att systematiskt hitta de verkligt djupgående förklaringarna till skador och risker i vården.

Särskilt kunskapsområde

– Vi måste våga peka ut de verkliga orsakerna till en inträffad vårdskada. Mot bakgrund av vårdskademätningens resultat skulle jag gärna se att våra erfarenheter om orsaker till vårdskador bidrar till att bygga upp ett särskilt kunskapsområde som gäller säkerheten i vården.

– Jag skulle välkomna ett ökat intresse, framför allt från läkarkåren, för forskning om patientsäkerhet. Kunskap om samspelet mellan människa och teknik i sjukvården eller kommunikationen mellan vårdare och patient, är ju mycket spännande områden med stor betydelse för resultatet av de medicinska insatserna.

forts. sid 5



Johan Carlson

Johan Carlson planerar just nu för att Socialstyrelsens tillsynsavdelning ska börja med ett omfattande utvecklingsarbete om verkningsfulla metoder för att förebygga vårdskador.

Regeringsuppdrag

– Socialstyrelsen har i höst fått i uppdrag från regeringen att arbeta fram ett antal modeller för systematiska

och säkra arbetsmetoder i riskutsatta vårdprocesser, som remisshantering eller läkemedelshantering. De här modellerna ska kombineras med system för egenkontroll på ett antal punkter.

I framtiden måste Socialstyrelsens tillsyn i första hand inriktas på att granska om vårdgivarna själva tar ansvar för egna system för patientsäkerhet, menar Johan Carlson.

Läsa av egenkontrollen

– Socialstyrelsens tillsyn i framtiden kommer i hög grad att handla om att läsa av vårdgivarnas egenkontrollsystem för att kontrollera att vårdrutinerna är säkra, att avvikelser analyseras och tas om hand och att vårdskadorna minimeras. Lex Maria skulle ha betydelse främst för att identifiera de mest allvarliga riskerna och nya riskområden.

– För att följa upp utvecklingen av vårdskadeläget i landet kan vi också tänka oss att göra nya vårdskadestudier, både på nationell och lokal nivå, framhåller Johan Carlson.

Eva Stolpe

Verktyg och inspiration

En fortsatt positiv utveckling av säkerhetskulturen i svensk hälso- och sjukvård kräver engagemang, kunskaper och bra verktyg. Basala verktyg för patientsäkerhetsarbete är avvikelserapportering, händelseanalys och riskanalys – de är som sjukvårdens hammare, skruvmejsel och såg.

Ännu så länge används dessa verktyg inte optimalt, och den svenska hälso- och sjukvården är bara i början av utvecklingen mot att präglas av säkra system och säkerhetskultur. Åtgärder för att skydda patienter från skada betraktas fortfarande ofta som den enskilde yrkesutövarens skyldighet, och inte som en förutsättning som måste byggas in i systemet.

Genom följande länk får du vägledning till att använda verktygen för patientsäkerhet på ett effektivt sätt.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Vagledning/

Ta också del av erfarenheterna från vår tillsyn! Vi publicerar grafiskt illustrerade fall- och riskstudier, och temanummer som detta om olika ämnesområden. I våra tidigare temanummer finns ytterligare en rad fallbeskrivningar av olika vårdskador.

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfarenheter/

Regel nummer ett De sjuka får inte skadas

”Det främsta kravet på ett sjukhus är att det inte skall åstadkomma de sjuka någon skada.” Florence Nightingale skrev dessa ord om säker vård för ungefär hundrafemtio år sen. Men hon var inte den första som funderade över frågan.

Hippokrates sägs redan 400 år före vår tideräkning ha formulerat läkarnas löfte till sina patienter:

”... vad som kan skada eller göra (de sjuka) ont skall jag söka avvärja.”

Viljan att ge en säker vård är alltså inte ny, även om ”patientsäkerhet” just nu har blivit ett ord på allas läppar.

För att återvända till Florence Nightingales tid så har vårdvärlden givetvis totalt förändrats sedan ”damen med lampan” gick runt bland de sårade soldaterna från Krimkriget. Vid den tiden ansåg man att soldater borde ha minimalt med vård för sina skador, så att sjukvården inte skulle



Foto: Corbis / Scanpix

”Damen med lampan” ville ha patientsäkerhet

te sig alltför lockande jämfört med slagfältet. När Florence Nightingale förespråkade hygien och närande kost till patienterna fick hon därför många fiender bland dåtidens militärläkare. Idag har vi andra problem att tackla – men fortfarande mycket att åstadkomma.

Eva Stolpe

Läs mer

Den fullständiga rapporten om Vårdskador i somatisk slutenvård kan du hämta från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10038/2008-109-16.htm>.

På samma plats finns en länk till författarnas artikel om studien i Läkartidningen nr 23 2008.

Runt om i världen publiceras ständigt ett stort antal rapporter, forskningsstudier och artiklar om patientsäkerhet. En lista på internationella webbplatser om patientsäkerhet finns på Socialstyrelsens webbplats:

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Arbete/Internationellt/

En omfattande litteraturlista med grundläggande verk om patientsäkerhet hittar du på den amerikanska webbplatsen Agency for Healthcare research and quality. Du når den via länken:

<http://www.psnet.ahrq.gov/classics.aspx?resourceTypeID=66>.

Vårdskada eller komplikation - en oundvikbar fråga

MEDICINSKT FÖNSTER

Av docent Ulla Fryksmark, medicinalråd, Socialstyrelsen

Är alla komplikationer till vård och behandling att betrakta som vårdskador till dess motsatsen är bevisad? Skall man vid varje uppkommen komplikation ställa sig frågan – hur och med vilka medel hade detta kunnat undvikas?

I den australiensiska vårdskadestudien från 1995, som var den första studie där begreppet undvikbarhet (preventability) förekom om en skada eller komplikation, definierades vårdskada som:

”An error in management due to failure to follow accepted practice at an individual or system level”.

Man talar således om en accepterad praxis på individuell eller systemnivå. De läkare som genomförde granskningen av patientjournalerna instruerades att göra sin bedömning motsvarande ”the current level of expected performance for the average practitioner or system that manages the condition in question”. De instruerades inte att ifrågasätta om rådande omfattning av komplikationer var den optimala ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Beteenden som befästs

Det finns studier bland annat inom sociologi och kriminologi som visar att man genom att betrakta avvikelser eller avvikande beteenden som en naturlig följd av kringliggande omständigheter befäster dessa avvikelser eller beteenden (acceptance of deviance).

Inom hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsforskning återkommer resonemang om att det kan finnas en kultur känd som ”normalization of deviance”, en stegvis växande process genom vilket ett system (vården)



Foto: Maria Ennelors

Ulla Fryksmark, projektledare för vårdskademätningen.

gradvis anpassar sig till ett patientsäkerhetsproblem eller en komplikation. Denna anpassning blir då ett hinder i patientsäkerhetsarbetet.

Registrering påverkar

De nationella kvalitetsregistren som nu funnits i bortåt trettio år, är verktyg i kvalitetsutvecklingen inom sina respektive sjukdoms- och behandlingsområden. Bland de olika komplikationer som har registrerats såsom korttidsödlighet, reoperationer, blödningar och postoperativa infektioner har det i många fall funnits en övertygelse inom de berörda specialiteterna att dessa komplikationer är en oundviklig följd av den givna vården eller behandlingen. Sedan man börjat registrera dessa komplikationer är tendensen mycket tydlig att antalet allvarliga komplikationer sjunker. Det som tidigare betraktats som en komplikation har övergått till att bli en undvikbar skada, dvs en vårdskada.

Vårdrelaterade infektioner

Särskilt tydligt blir detta när det gäller vårdrelaterade infektioner. Som

forts. sid 8



Det måste finnas en medvetenhet om möjligheten att det sker misstag

generell princip bör vårdrelaterade infektioner betraktas som orsakade av vården. Undvikbarheten kan variera, t.ex. bör en sårinfektion efter en elektiv, ren operation av en ung patient i god form bedömas som i hög grad undvikbar. Detta i motsats till en sårinfektion efter ingrepp i redan infekterat område t.ex. perforerad tarm eller andra kontaminerade ingrepp. Undvikbarheten bör bedömas som låg endast vid kontaminerade ingrepp. I övrigt bör undvikbarheten bedömas som hög även vid nedsatt immunförsvar t.ex. diabetes och immunosuppressiv behandling.

Läkemedel till äldre

På motsvarande sätt kan man resonera när det gäller annan vård och behandling, t.ex. läkemedelsbehandling av äldre. Det är numera väl känt att äldre patienter är känsligare än yngre för en lång rad läkemedel. Trots detta finner man vid den ena studien efter den andra att äldre patienter behandlas med i genomsnitt cirka tio olika preparat och att det förekommer ett inte oansenligt antal så kallade D-interaktioner. (Kombinationer av läkemedel som kan ge allvarliga kliniska konsekvenser och därför bör undvikas.) En stor del, kanske en av tio patienter som läggs in på medicinkliniker, bedöms behöva vården på grund av felmedicinering.

Förlossningsskador

Ännu ett exempel på synen på komplikationer är de bäckenbottensskador i form av bristningar och sfinkterrupturer som kan drabba kvinnor i samband med förlossning. Valet av förlossningsmetod kan vara avgörande för risken att drabbas av sfinkterruptur. Flera faktorer såsom barnets storlek, barnets läge och i vilken hastighet förlossningen framskrider, kan bidra till att skadan uppstår och ger bestående men. Genom att tänka efter före hade man kanske kunnat förhindra någon sådan skada och med en annan förlossningsmetod kanske kunnat förhindra sfinkterrupturen helt. Å andra si-

dan kräver detta nya överväganden då det kan finnas risk för att andra skador kan uppstå. Ändå finns det kunskaper om att det med erfarenhet och gamla och nya metoder går att motverka en del av dessa skador, vilket bland annat prövats i Finland.

Medvetenhet

Inställningen till förhållandet mellan komplikationer och vårdskador är något som måste bearbetas i hela organisationen och det gäller alla, från högsta ledningen till alla anställda. Det måste finnas en medvetenhet om möjligheten att det sker misstag och en ständig vaksamhet på att utförda åtgärder är säkra.

Mot bakgrund av de kunskaper, de läkemedel och den utrustning vi har finns det anledning att ställa större krav på patientsäkerheten i vården, så att undvikbara vårdskador verkligen skall kunna undvikas.

Referenser:

1. The Quality in Australian Health Care Study. Wilson RM m.fl. Med J Aust 1995;163:458-71.
2. The Patient Safety Handbook. Youngberg BJ, Hatlie MJ. Jones & Bartlett Publishers, 2003.
3. Key Learning from the Dana-Farber Cancer Institute's 10-Year Patient Safety Journey. Conway JB, m.fl. American Society of Clinical Oncology 2006 Educational Book. 42nd -annual Meeting June 2-6, 2006 Atlanta, GA.
4. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik, Socialstyrelsen 2007.
5. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. En klinisk retrospektiv studie. Paul E m.fl. Läkartidningen 2008, vol 105, 238-42.
6. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsen 2004.
7. Läkemedelsbehandling inom äldre vården – Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen 2004.

Smärtlindring gav ökad hjärtsvikt - olämpligt val av läkemedel



Foto: Maria Emmelors

Äldre patienter får fler biverkningar av läkemedel. (Personen på bilden är inte densamma som i texten.)

En åttioåttårig man hade kroniskt förmaksflimmer och hjärtsvikt. Han hade pacemaker och fick antikoagulerande läkemedelsbehandling med Waran för att förebygga komplikationer av sitt förmaksflimmer. Vid ett tillfälle drabbades mannen av svåra smärtor i ryggen. Han sökte vård på en jourmottagning och ordinerades smärtbehandling med Ibuprofen, som är ett s.k. NSAID-preparat.

Två veckor senare sökte mannen vård på sjukhusets akutmottagning med andningsbesvär. Det visade sig att hans hjärtsvikt hade förvärrats påtagligt. Det är väl känt att NSAID-preparat kan ge en sådan försämring av hjärtsvikt, och patienten borde alltså fått något annat smärtstillande läkemedel utskrivet. Patienten drabbades av en vårdskada till följd av en olämplig läkemedelsordination.

Spädbarn dog efter missad ordination

Ett spädbarn med svårt hjärtfel opererades och fick en shunt mellan hjärtat och lungkretsloppet. Efter operationen behandlades barnet med läkemedel för att förhindra att shunten täpptes till av blodkoagel. Patienten vårdades på barn-IVA, där man använde en läkemedelsjournal på papper.

När barnet flyttades till en vanlig vårdavdelning fördes läkemedelsordinationerna över till läkemedelsmodulen i sjukhusets datajournal, men det blodförtunnande läkemedlet miss-

ades. Tre dagar senare avled barnet plötsligt eftersom ett blodkoagel täppt till den livsviktiga shunten i hjärtat. Troligen bidrog den uteblivna medicineringen till barnets död. (Eftersom det inte går att utesluta en annan orsak till den tragiska utgången går den dock inte att säkert definiera som en vårdskada.)

En bidragande orsak till att ordinationen missades var att uppgiften fördes över mellan olika journalsystem. Varje överföring av patientuppgifter innebär en risk att något tappas bort.

Patientsäkerhet i praktiken – SKL:s nationella satsning

Under 2008 inledde Sveriges Kommuner och Landsting en nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Sex prioriterade områden har valts ut för satsningen

- Urinvägsinfektioner i samband med vård
- Infektioner vid centrala venösa infarter
- Postoperativa sårinfektioner
- Läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Fallskador i samband med vård
- Tryckskador i samband med vård

En grupp experter har arbetat fram åtgärds paket som grundas på evidensbaserad kunskap inom respektive område. Varje landsting som går med i satsningen utformar egna handlingsplaner med utgångspunkt från åtgärds paketen. Ett av målen för



Ett mål är att halvera antalet vårdrelaterade infektioner

satsningen är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner till utgången av 2009.

Läs mer på SKL:s webbplats www.skl.se, välj Patientsäkerhet.

Global Trigger Tool – ett verktyg för säker vård

Global Trigger Tool är ett instrument för att hitta vårdskador genom att granska patientjournaler. Metoden bygger på att man regelbundet granskar ett urval av journaler från sin verksamhet med hjälp av fastställda formulär.

Det man letar efter är nyckelinformation - s.k. kriterier eller "triggers" - som indikerar att avvikelser har skett från det normala vårdförloppet. Med hjälp av instrumentet kan man sedan beräkna förekomsten av skador och deras svårighetsgrad, och få en grund för analyser och åtgärdsprogram.

Information om GTT finns bl.a. på Qulturums hemsida. Qulturum är ett centrum för utveckling och förbättringsarbete knutet till Jönköpings läns landsting. Länk:

<http://www.qulturum.se/>

PS Tema publiceras bara som nättidning. Den får fritt laddas ner, skrivs ut och spridas. Skriv gärna ut detta nummer och lägg på kaffebordet i personalrummet!



De ansvariga för vården bör informera patienten, lägga alla fakta på bordet och be om ursäkt

Utmaning att bygga en säkerhetskultur

GÄSTPROFILEN

Christer Rosén, chefläkare i Kalmar

- Det är en stor utmaning för oss i vården att bygga upp en säkerhetskultur, både bland personal och chefer. Fortfarande finns en rädsla för att erkänna misstag, och en tendens att försöka sopa misstagen under mattan i stället för att lära av dem.

Så säger Christer Rosén, chefläkare på sjukhuset i Kalmar och en aktiv part i patientsäkerhetsarbetet i Kalmar läns landsting. Christer Rosén understryker att en ledare i vården måste sätta tre frågor på dagordningen när en negativ händelse inträffat: Patienten ska tas om hand, inblandad personal ska tas om hand, och lärdomar ska dras för framtiden.

- En öppenhet inför vad som har hänt är nödvändig. De ansvariga för vården bör informera patienten, lägga alla fakta på bordet och be om ursäkt för det patienten råkat ut för.

- Det gäller också att få en acceptans hos patienter och allmänhet om att det sällan är en framgångsväg till säkrare vård att utkräva straff mot personalen när en avvikelse har inträffat.

Sjukhuset i Kalmar kommer att delta i den nationella satsningen för patientsäkerhet som Sveriges Kommuner och Landsting initierat på sex vårdområden. (Se sid. 10). Men landstinget har också ett antal andra patientsäkerhetsprojekt igång. För ett år sedan gav landstinget ut ett bindande direktiv om basala hygienrutiner, och varje månad granskas följsamheten av särskilt utbildade observatörer. Åtgången av handsprit följs genom



Foto: Maria Emmefors

Christer Rosén

regelbundna mätningar. Ett annat område som följs upp är förekomsten av trycksår hos sjukhusens patienter.

- I vårt arbete för att minska antalet vårdskador granskar vi också varje månad ett antal patientjournaler på sjukhuset med en särskild metodik. Verktöget vi använder kallas Global Trigger Tool, GTT, och är väl prövat för att snabbt och systematiskt fånga upp inträffade tillbud och patientskador, berättar Christer Rosén.

Varje sjukhus i Kalmar läns landsting har patientsäkerhetsteam som arbetar med GTT och händelseanalyser av allvarliga negativa händelser. Under tre år har 600 personer i landstinget utbildats i händelseanalys.

- En viktig satsning är också den vi gör på ledarskap, med introduktionsprogram för alla chefer där patientsäkerhetsfrågorna tas upp.

- Säkerhetskulturen på varje klinik och enhet måste födas hos verksamhetschefen och enhetschefen. Som chefläkare kan jag bara ge mitt stöd, konstaterar Christer.

Eva Stolpe

Checklista om kirurgisk säkerhet – något för svensk sjukvård?



Foto: Staffan Larsson, Medifo

Operationsteamet bör klargöra roller och ansvarsfördelning

Kan vi göra körscheman för läkare och sjuksköterskor av samma slag som finns inom flyget? Eller är risken då att yrkesutövaren "sätter på autopiloten" och slutar tänka själv?

Inom hälso- och sjukvården är sällan den ena situationen den andra lik, och det måste finnas en balans mellan å ena sidan kompetens och yrkesansvar och å andra sidan PM och rutinbeskrivningar. Men rätt använda kan checklistor och manualer för olika vårdprocesser bli effektiva verktyg för en säkrare vård.

WHO har skapat instrumentet Surgical Safety Checklist. Det är en tredelad checklista med tillhörande manual som beskriver ett antal kritiska moment inför en operation, under operationen och direkt efter operationens slut. Några exempel på kontroller som ska bockas av på listan är:

Före operationen

- Patienten har tillfrågats om identitet, vilken operation som ska göras och vilken sida som ska opereras.
- Patienten har bekräftat sitt samtycke till operationen.
- Sida är markerad

- Anestesibedömningen är klar
- Pulsoximetern är på plats och fungerar

Under operationen

- Operationsteamet har klargjort roller och ansvarsfördelning.
- Teamet har muntligen bekräftat patientidentitet, sida och planerad operationsprocedur.
- Patientrisker och möjliga problem inför den aktuella operationen har inventerats och meddelats till alla i teamet.
- Röntgenbilder finns på plats.

Efter operationen

- Operationssköterskan bekräftar att instrument, tork och annan utrustning har räknats in korrekt.
- Märkning av patologiska prover har kontrollerats.
- Eventuella problem med utrustningen har rapporterats.
- Postoperativa ordinationer har givits.

Vill du få inspiration att utveckla en säkrare vård. Läs mer på:

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Erfarenheter/Fallstudier/fallstudie_015_visningsform.htm

Redaktörens reflektion

Foto: Eva Stolpe



Om ett köksbord

Vad föreställer den här bilden? Som tioåring skulle jag ha kunnat svara: Det är vårt köksbord som är gråspräckligt och har en bordskiva av perstorp. Som barn uppfattade jag nämligen begreppet perstorpsplatta som en materialbeskrivning - ungefär som kakelplatta eller cementplatta. I det här fallet ett material med gråspräcklig, lite blank yta.

När jag långt in i vuxen ålder hörde talas om det berömda mönstret Virrvarr som Sigvard Bernadotte hade designat för företaget Perstorps Laminatskivor, fattade jag först ingenting. Perstorpsplattor hade väl inget mönster, de var ju bara spräckliga? Det dröjde faktiskt ett tag innan jag förmådde betrakta vårt gamla köksbord som ett föremål med exklusiv Bernadotte-design.

Vi har väl alla varit med om liknande uppenbarelser – när något man tagit för en absolut självklar sanning visar sig vara på ett helt annat sätt. Och hur svårt det då kan vara att orientera om sig. De uppfattningar som man tagit till sig som barn, eller de förhållningssätt man skolas in i på en arbetsplats när man kommer som ny – de är självklara sanningar. Så gör vi här, det förstår alla, det kan inte vara eller göras på något annat sätt.

Det är detta var och en möter som försöker sprida nya tankar, ny kultur, nya tänkesätt. Vi människor håller så gärna fast vid våra gamla invanda föreställningar – de ger oss kanske trygghet i en osäker värld. Fortfarande tänker sig många människor att risker och skador i vården orsakas av enstaka personers slarv eller olyckliga och oförutsägbara omständigheter. Den som vill föra in en ny säkerhetskultur med ett förebyggande systemperspektiv har en utmanande uppgift. Men det går – tänk på perstorpsplattan!

Eva Stolpe



Patientsäkerhet Tema

Det här är fjärde numret av Patientsäkerhet Tema, en ny publikationsserie från Socialstyrelsen. I varje utgåva behandlar vi ett centralt tema av betydelse för patientsäkerheten. Som utgångspunkt används erfarenheterna från Socialstyrelsens tillsyn.

Vi står på två ben i våra reportage: Vetenskap och beprövad erfarenhet är det ena – system, organisation och rutiner är det andra. Riskronden återuppstår i Patientsäkerhet Tema under vinjetten Vetenskapligt/Medicinskt Fönster, där vetenskapligt meriterade skribenter belyser det aktuella temat.

I Socialstyrelsens publikationsserie Patientsäkerhet ingår också Fallstudier och Riskstudier.

Prenumerera

Få kostnadsfritt ett e-postmeddelande en gång per månad. Ange din e-postadress på www.socialstyrelsen.se/publicerat/prenumerationer

Beställ våra publikationer

Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm, fax: 075-247 32 52, e-post: socialstyrelsen@strd.se eller på www.socialstyrelsen.se/publicerat

Artikelnummer: 2008-126-36
Publicerad: 2008-11-25

Ansvarig utgivare: Thomas Tegenfeldt
Redaktör: Eva Stolpe

Post: Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm
Telefon: 075-247 30 00

E-post: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
Webbplats: www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet

Detaljer i alla fallbeskrivningar i detta nummer har ändrats så att patienterna inte ska kunna identifieras. Alla namn är fingerade.

