

Avvikande händelser vid en anestesiklinik:

Kommunikationsproblem och avsteg från rutiner vanligaste felen

Anestesikliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö har sedan drygt två år ett system för avvikelshantering. En sammanställning av 596 avvikelser registrerade under de första 19 månaderna visar att kommunikationsproblem och avsteg från gällande rutiner orsakat flest avvikande händelser.

I drygt en tiondel av fallen finns indikation om att stress varit bidragande orsak. I 75 fall har avvikelserna medfört en beaktansvärd risk för patienten. Drygt hälften av avvikelserna påverkade effektiviteten negativt, och det finns möjligheter till besparingar genom åtgärder.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska all hälso- och sjukvård, från och med den 1 januari 1997, »omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. All personal skall medverka» [1]. Kontinuerlig granskning och utveckling av kvaliteten kräver flera metoder för att identifiera problem, åtgärda dem och kontrollera att de slutgiltigt försvunnit [1]. En metod är avvikelserapportering.

Startade efter projekt 1994

Avvikelserapporteringen på anestesikliniken vid Universitetssjukhuset MAS initierades i samband med att en

av avdelningarna deltog i projektet »Säkrare teknikanvändning och ökat riskmedvetande i teknikintensiv vård», som startade våren 1994. Personalen fick rapportera oväntade händelser med medicinteknisk apparatur som medfört skada eller risk för skada för patienten.

Ganska snart visade det sig att rapporteringen ökade personalens medvetenhet om risker och incidenter i det dagliga arbetet. Avvikelserapportering infördes därför på hela anestesikliniken, och all personal uppmanades att delta. Avvikelse definierades som »en icke förväntad händelse som medfört skada eller risk för skada för patient, personal och/eller verksamhet».

Från början var rapporteringen anonym. Efter det att klinikledningen påpekade att det vore önskvärt att kunna identifiera rapportören, t ex för att kunna få kompletterande upplysningar om avvikelserna, har man sedan hösten 1996 önskat signerade rapporter. Dessa har behandlats konfidentiellt.

Rapporterna samlas in av kvalitetsansvariga sjuksköterskor som bedömer dem tillsammans med sektionsansvarig läkare på respektive anestesisektion eller – då det gäller intensivvårdsavdelning/uppvakningsavdelning – av verksamhetschefen för IVA, eventuellt tillsammans med ansvarig anestesilog på IVA.

Ingen mer än dessa personer vet alltså vem rapportören är utom i de fall då patient skadats, då även chefsöverläkare informeras. Utifrån rapporterna initieras eller beslutas om åtgärder, och rapporterna och åtgärder/åtgärdsförslagen registreras avidentifierade i en databas. En central arbetsgrupp granskar och sammanställer rapporterna och ansvarar för samordning av åtgärder och återrapportering till samtlig personal.

Sedan den 1 maj 1996 har anestesikliniken vid Universitetssjukhuset MAS en överenskommelse med Socialstyrelsen om hur avvikelser ska hanteras. Händelser där en patient avlider eller allvarligt skadas ska i vanlig ordning anmälas till Socialstyrelsen enligt SOSFS 1991:34. Övriga händelser, dvs även händelser där risk för allvarlig skada förelegat, hanteras primärt inom kliniken, medan Socialstyrelsen informeras

i samband med dess regelbundna inspektioner av kliniken.

Utgångsmaterial

Från de första 19 månaderna av försöksverksamheten enligt överenskommelsen med Socialstyrelsen finns 536 rapporter registrerade avseende 596 beskrivna avvikelser. Utifrån en datamanställning av dessa rapporter har en retrospektiv undersökning genomförts.

Avvikelserna delades in i kategorier efter olika variabler som bedömdes kunna vara intressanta, t ex för bedömning av förmodad huvudorsak till avvikelserna och därigenom betingad möjlighet till prevention, för riskbedömning, för bedömning av stress samt slutligen för kostnads kalkylering (Tabell I).

Avvikelsernas orsak och ursprung

Många avvikelser kan härledas till flera olika orsaker. Avvikelsen har då klassificerats utifrån den orsak som bedömts ha störst preventiv effekt. Den viktigaste orsaken till avvikelse bedömdes vara brister i kommunikationen. Som exempel kan nämnas bristande rapportering av patienter mellan enheter, bristande planering på operationsavdelningen, missförstånd och samarbets svårigheter.

Vi fann också brister i gällande rutiner och att gällande rutiner inte följts. Vi har indelat den huvudgruppen in i flera underavdelningar för att ge en tydligare beskrivning av problemen:

Ej följda rutiner för utförande av ordinationer omfattar ordinationer som inte genomförts, ordinerade prover som inte tagits och dylikt.

Rapporter om trombosprofylax som inte ordinerats enligt avdelningens rutiner, och ordinerat läkemedel som inte signerats, noterades som *ej följda rutiner för ordinerings*.

Ej följda rutiner för funktionskontroll av teknisk apparatur omfattar exempelvis apparatur som inte funktionskontrollerats efter rengöring eller att man glömt att kontrollera batterier i transportsug.

Som *ej följda rutiner för dokumentation* noterades tillfällen då operationskod saknades i journalhandlingar eller

Författare

SOFIE WESTLING

läkarstuderande, termin 11, Lunds universitet

CHRISTER CARLSSON

chefsöverläkare, verksamhetschef

GUNILLA MELLTORP

specialistläkare, kvalitetsansvarig läkare; båda vid anestesikliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Rapportering
av avvikande
händelser ökar
personalens
medvetenhet
om risker och
incidenter i det
dagliga
arbetet, visar
erfarenheterna
från Malmö.

då omvårdnaden inte fanns dokumenterad.

När en blodbeställning eller svar på ordinerade laboratorieprov inte följt patienten från avdelningen till operation bedömdes detta som *ej följda rutiner för åtgärder vid patienttransferering*.

Vid 38 tillfällen markerades *bristande omvårdnad*, t ex bristande patienthygien, avsak-

nad av identitetsband eller centrala venkatetrar som ej fästs ordentligt.

Som *bristande utbildning* markerades tillfällen då en händelse varit oväntad för den inblandade personalen men där mer erfaren eller utbildad personal skulle ha kunnat förutsäga och eventuellt förebygga avvikelserna.

Vid *platsbrist* på vårdavdelning har patienten fått stanna i en dyrare vårdform än vad som krävts, oftast på uppvakningsavdelningen.

Svårträffbar personal har oftast avsett registreringar då läkare inte svarat på sökningar.

Vid 50 händelser var *orsaken svår att förebygga* – t ex kontrollerad apparatur som inte startar, patient som reagerar på Macrodex trots att Promiten givits, och liknande. I gruppen *övrigt* ingår bl a rapport om att en ambulansmotor kokat eller att någon ur personalen tappat en apparat på foten.

För tre av fyra avvikelser gick det att utläsa var ursprungsproblemet uppstått. Hälften uppstod inom den egna kliniken. I hälften av fallen hade problemet uppkommit på en annan klinik men hade gett effekt vid den egna kliniken; orsaken var i dessa fall främst brister i rapporteringen mellan avdelningar, brister i läkemedelsordinationen framför allt beträffande trombos- och antibiotikaproylax samt bristande preoperativa förberedelser på avdelningen.

I den löpande texten i dataregistreringen finns det vid 62 tillfällen (10 procent) angivet att personalen påverkats av stress i arbetssituationen. Som stress

har bedömts avvikelser där underbemannning, »rörigt», »högt tempo» eller ordet »stress» angivits som bidragande orsak.

Riskbedömningar

Skaderisken för patienten har bedömts enligt en modifierad fyragradig skala [2]. Grad 1 innebär *störning* med ingen eller viss risk för patienten men utan aktuell effekt på patienten. Hit räknas administrativa eller organisatoriska störningar men också t ex att patienten saknar identifierbar patientansvarig läkare eller att en vaken patient är utan identitetsband. Vi fann 520 sådana episoder.

Grad 2 kallas för *incident* och representerar reversibla situationer med omedelbar hög risk för eller effekt på patienten. De måste omedelbart korrigeras för att inte progrediera. Vi fann 71 sådana situationer.

Grad 3 är en *kritisk incident* med t ex hjärt- eller andningsproblem där risken avvärjs i sista sekunden. Vi registrerade fem sådana episoder.

Som grad 4 registreras allvarlig *irreversibel skada eller dödsfall*. I vårt material fanns ingen sådan episod.

Vårt material tillåter en bedömning av fysiska risker för personalen i 17 fall. Som exempel kan nämnas rökutveckling från grendosa, sopsäckar som blockerar nödutgång och att en lång person ständigt slår huvudet i felplacerad utrustning.

Kostnadskalkyl

Vi ansåg det också intressant att grovt skatta de kostnader som kunde re-

lateras till de inrapporterade avvikelserna. I 288 fall bedömde vi att ingen ytterligare kostnad genererades (infusions slang som lossnat från en central venkateter; vissa läkemedelsetiketter var tillfälligt slut i förrådet).

För 186 avvikelser bedömde vi att kostnaden låg i storleksordningen »några hundratals kronor» per avvikelse (telefonsamtal för att åtgärda ett problem, efterforska journalhandlingar och svar på laboratorieprov). I 87 fall skattade vi kostnaden per avvikelse till ca 1 000 kronor (väcka upp jourläkare för korrigerande av ofullständiga ordinationer, osteriliserad utrustning, fördröjning av operationssal).

För 35 avvikelser bedömde vi kostnaden per avvikelse till ett antal tusen kronor (avgörande misstag i operationsplanering stoppar en operationssal, patient stannar på uppvaknings- eller intensivvårdsavdelning till följd av överbelagd vårdavdelning).

Åtgärder

De inrapporterade avvikelserna har bl a åtgärdats genom förändrade eller förbättrade rutiner, t ex skärpta krav på signering och ordination av trombos- och antibiotikaproylax och ändrade rutiner för funktionskontroll av teknisk apparatur. Rutiner har också utvecklats för att förbättra samarbetet mellan personal inom anestesikliniken och personal på vårdavdelningarna.

I några fall har åtgärden bestått i att en apparat skickats till reparation eller att en utomstående samtalat med dem

FOTO: JIMMY WAHLSTEDT/MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIKUMAS

Tabell I. Kategoriindelning av avvikelser (N = 596)

1. Orsaker	Antal
Brister i kommunikation	118
Ej följda rutiner	247
för utförande av ordinationer	104
för ordinerings	62
för funktionskontroll av teknisk apparatur	41
för dokumentation	24
för åtgärder vid patienttransfereringar	16
Bristande omvårdnad	38
Bristande utbildning	22
Platsbrist	24
Svåranskräffbar personal	20
Orsak svår att förebygga	50
Övrigt	77
2. Var uppstod problemet?	
Inom den egna kliniken	228
Utanför den egna kliniken	225
Framgår ej	143
3. Indikation på stress	
Ja	62
Nej	534
4. Risk för patient	
Störning	520
Incident	71
Kritisk incident	5
Irreversibel skada/dödsfall	0
5. Fysisk risk för personal	
Ja	17
Nej	579
6. Beräknad kostnad per avvikelse	
Ingen kostnad	288
Några hundra kronor	186
Cirka 1 000 kronor	87
Ett antal 1 000 kronor	35

som varit inblandade i en avvikelse. Många avvikelser har vid rapporteringstillfället inte bedömts kräva någon åtgärd utan har endast noterats.

Jämförelser med andra studier

Det är svårt att hitta studier om avvikelser som tar hänsyn till andra faktorer än de rent patientrelaterade. En studie från en vårdcentral [3] har likartad uppläggning som vår men är dåligt jämförbar eftersom vårt material innefattar svårare sjuka patienter med mer komplicerade vårdprocedurer och större beroende av teknisk utrustning.

Anestesikliniken valde ett rapporteringssystem där alla personalkategorier uppmanades delta, ett system som initialt var anonymt men senare konfidentiellt. Bedömningen av vad som skall rapporteras som avvikelse kan vara mycket subjektiv för de enskilda medarbetarna vid kliniken. Man kan även anta att det finns en betydande underrapportering [4-7].

Det finns studier från USA som beskriver att följsamheten, »compliance», vid avvikelserapportering ifråga om patientsäkerheten inom liknande verksamhet är så låg som ca 4 procent [5]. I en studie från Hong Kong var följsamheten 30 procent [6]. Studierna skiljer sig avsevärt från vårt program men ger en fingervisning om att det finns ett mörkertal.

Anestesikliniken deklarerade att man var intresserad av alla avvikelser oavsett deras förmodade betydelse. En låggradig störning som förekommer med en viss frekvens kan vara lika betydelsefull som en enstaka allvarlig incident.

Det anonyma arbetssättet tillät inte kompletterande frågor vilket däremot det konfidentiella systemet tillät. Samtidigt finns personalens oro för repressalier och bestraffning, och man måste därför sträva efter att undvika påföljd vid rapportering av avvikelser [4, 8]. Systemet måste från början innefat-

ta effektiva rutiner för analys, återrapportering och preventiva åtgärder.

Finns andra metoder för studier av avvikelser? I en studie från Chicago [9] använde man sig av externa forskare som fick följa klinikkens inre arbete och delta i diskussioner om avvikelser. De registrerade alla avvikelser som konstaterades på kliniken under en viss period. Ett annat alternativ är att under en kortare period registrera varje gång en viss avvikelse förekommer för att få en uppfattning om frekvens och behov av åtgärd.

Sammanfattning

Det som tydligast framkom i vårt arbete var att kommunikationsproblem var ofta förekommande och ledde till störningar av den kalibern att personalen tog sig tid att rapportera dem som avvikelser. Det fanns också ett stort antal problem som berodde på brister i gällande rutiner eller att gällande rutiner inte följts.

Huvuddelen av de rapporterade avvikelserna var av sådan natur att de inte hade någon effekt på eller utgjorde någon allvarlig risk för patienten. Detta är en tröst men visar samtidigt att det på kliniken finns ett stort antal störningar som irriterar eller fördröjer arbetet och/eller höjer kostnaden.

Vi menar att ca en tredjedel av våra avvikelser medför en reell eller latent kostnad [7]. Om vi tillåter oss en ungefärlig beräkning innebär detta en »onödig kostnad» för kliniken på minst 200 000 kronor per år.

*

Tack till Sven Ternov, forskarstuderande vid Lunds Tekniska Högskola, för idéer om riskbedömning och gradering samt för värdefulla synpunkter på arbetet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. SOSFS 1996: 23; SOSFS 1996: 24.
2. Ternov S. Människor och misstag. Lund: Studentlitteratur (under publ).
3. Davins i Miralles J, Avellana i Revuelta E, Marquet Palomer R. Quality improvement in primary care: experience of four years of a quality improvement programme. *Aten Primaria* 1995; 16: 80-4.
4. Williamson J. Critical incident reporting in anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1988; 16: 101-3.
5. Sanborn KV, Castro J, Koruda M, Thys DM. Detection of intraoperative incidents by electronic scanning of computerized anaesthesia records, comparison with voluntary reporting. *Anesthesiology* 1996; 85: 977-87.
6. Jayasuriya JP, Anandaciva S. Compliance with an incident report scheme in anaesthesia. *Anaesthesia* 1995; 50: 846-9.
7. Allnutt MF. Human factors in accidents. *Br J Anaesth* 1987; 59: 856-64.
8. Fiesta J. Incident reports – confidential or not? *Nursing Management* 1994; 25: 17-8.
9. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, Siegler M. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997; 349: 309-13.

ANNONS

Rapporteringen viktig för både patientsäkerhet och arbetsmiljö

För att utvärdera personalens attityder till och erfarenheter av kliniskens system för avvikelserapportering gjordes sommaren 1997 en enkätundersökning på anestesikliniken vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö.

Av de 70 procent som besvarade enkäten hade majoriteten skrivit minst en avvikelserapport. De flesta ansåg att avvikelserapporteringen är viktig för patientsäkerheten, arbetsmiljön och effektiviteten.

Kvalitetsarbete kan genomföras med olika metoder [1]. Det är viktigt att dessa metoder är tillgängliga och så lättarbetade att all sjukvårdspersonal aktivt kan delta i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Den metod som vi beskriver i detta nummer av Läkartidningen ger alla kliniskens medarbetare möjligheten att rapportera stora och små händelser som negativt kan påverka patient, personal eller verksamhet [2]. Det finns emellertid alltid en risk att mörkertalet är stort. Det kan också finnas en inneboende oro för repressalier eller andra negativa effekter hos den som rapporterar.

Efter att ha använt avvikelserapportering under en 19-månadersperiod var det angeläget att få information om olika personalgruppers attityder och att bedöma om avvikelshanteringen blivit en etablerad fungerande rutin.

Vi valde mellan enkätform och öppna intervjuer, och valde enkätformen,

då det var angeläget att all personal skulle ha möjlighet att påverka kvalitetsarbetet, och det fanns inte tid att intervjua samtliga. Eftersom avvikelserapporteringen fortfarande är i sin linda ville vi också få in så många förslag till förbättringar som möjligt.

Enkätens innehåll, distribution och svarsfrekvens

Enkäten behandlade svarandens egna erfarenheter av avvikelserapportering, uppfattning om kliniskens rapportering och hantering samt generella attityder till avvikelserapportering. (Inresserade kan rekvirera enkäten från författarna.) Några frågor var konstruerade som typexempel på fiktiva händelser där svaranden fick ta ställning till om dessa skulle rapporteras som en avvikelse. Resultaten sammanfattas i Tabell I. Bortfallet för de frågor som redovisas i sammanställningen är som mest fem svarande.

Kliniken består av två anesthesiavdelningar och en intensivvårdsenhet. Enkäten delades ut till 284 av kliniskens drygt 300 medarbetare, undantagna var bl a klinikledningen och kliniskens kvalitetsråd. Enkätsvaren lämnades anonymt men med önskemål om vissa persondata. Vi betonade att svaren skulle behandlas konfidentiellt, och endast en av författarna (SW, ej knuten till kliniken på annat sätt än genom detta projektarbete) har haft tillgång till originalsvaren.

Svarsfrekvensen blev 70 procent – för läkare 69 procent, för sjuksköterskor 75 procent och för undersköterskor 63 procent. Nio personer angav i en inledande fråga att de inte fann avvikelssarbete tillräckligt intressant för att svara på ytterligare frågor.

Erfarenheter av rapportering och hantering av avvikelser

Av de svarande har 72 procent skrivit minst en avvikelserapport under 19-månadersperioden. Nästan hälften av de tillfrågade känner till någon händelse där det inte lämnats in någon rapport, men där man kanske borde ha gjort det. Som främsta skäl anges tidsbrist och glömska men också osäkerhet om huruvida händelsen var en avvikelse.

Det är ett känt faktum att avvikelser underrapporteras kraftigt [3-5]. Majoriteten i vår undersökning uppger dock att avvikelserapportering har stor betydelse för både patientsäkerheten och arbetsmiljön.

Hälften känner alltså inte till någon händelse som kunde rapporteras som avvikelse men där detta inte gjorts. Detta kan ses som ett tecken på att inget större hinder för rapportering föreligger när en avvikelse väl nått medveten nivå hos personalen.

Vad gäller typexemplen på fiktiva händelser tyckte majoriteten att samtliga skulle rapporteras. Då detta skulle kunna vara ett socialt önskvärt svar anser vi att frågornas reliabilitet minskar. Det var dock något färre som angivit att de skulle rapportera händelser där patienten inte utsattes för någon större risk.

Attityder

Utifrån enkätsvaren kan man anta att personalen uppfattar det som ett okontroversiellt faktum att avvikelserapportering bidrar till att öka patientsäkerheten. Många tycker också att den bidrar till att förbättra arbetsmiljön och effektiviteten. Här är enigheten inte så stor som i fråga om patientsäkerheten. Vi tror att det kan bero på att avvikelserapportering dels upplevs kunna utnyttjas i konflikter och därmed negativt påverka arbetsmiljön, dels utgör en tidskrävande procedur som minskar effektiviteten.

I enkäten frågades om det finns något positivt med avvikelserapportering som enkäten inte behandlat. Bland kommentarerna märks att man anser att kvaliteten på vården höjs i och med att misstag inte upprepas, att avvikelserapportering manar till eftertanke, att man pratar mer om inträffade avvikelser, att det har utbildningsvärde och att effektiviteten förbättras.

På frågan om negativa aspekter som inte tagits upp i enkäten anges att rapportering kan användas på ett negativt sätt i konflikter, att det skrivs eller har skrivits för många rapporter om struntsaker, att det tar för mycket tid att skriva rapporter, att för få avvikelser åtgärdas och att hanteringen är för byråkratisk.

Författare

SOFIE WESTLING

läkarstuderande, termin 11, Lunds universitet

CHRISTER CARLSSON

chefsöverläkare, verksamhetschef

GUNILLA MELLTORP

specialistläkare, kvalitetsansvarig läkare; båda vid anestesikliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Tabell I. Svartsfördelning. Siffrorna i tabellen anger den procentuella andelen av antalet svarande.

		Totalt (n = 190)	Läkare (n = 23)	Sjuksköterskor (n = 102)	Undersköterskor (n = 64)
1. Har Du själv skrivit någon avvikelserrapport?	Ja: 1 till 2	41	35	44	38
	Ja: 3 eller fler	31	39	45	6
	Nej	28	22	11	56
	Ej svar	1	4	0	0
2. Har Du fått information om hur avvikelser som Du rapporterat har hanterats?	Ja: om alla	18	24	20	7
	Ja: men ej om alla	40	24	45	32
	Nej	41	53	34	61
	Ej svar	1	0	1	0
3. Får Du muntlig information om avvikelserapporter och hanteringen av dessa?	Ja, tillräckligt	28	65	25	20
	Ja, men ej tillräckligt	45	26	50	45
	Nej	26	9	24	34
	Ej svar	1	0	1	0
4. Får Du skriftlig information om avvikelserapporter och hanteringen av dessa?	Ja, tillräckligt	23	26	26	16
	Ja, men ej tillräckligt	27	22	29	27
	Nej	49	52	44	56
	Ej svar	1	0	0	2
5. Diskuterar Du med Dina kollegor avvikelser som inträffat på kliniken?	Ja, tillräckligt	27	48	25	22
	Ja, men ej tillräckligt	62	43	65	64
	Nej	10	4	10	11
	Ej svar	2	4	0	3
6. Känner Du till händelser under det senaste året som borde ha rapporterats som avvikelser, men där detta inte gjorts?	Ja, någon enstaka	44	52	45	39
	Ja, flera	9	9	11	6
	Nej	46	39	44	52
	Ej svar	1	0	0	3
7. Vilken betydelse tycker Du att avvikelserapportering har för patientsäkerheten?	Mycket viktigt	77	48	84	77
	Ganska viktigt	19	43	14	20
	Inte särskilt viktigt	2	9	1	0
	Onödig	0	0	0	0
	Vet inte	2	0	1	3
	Ej svar	0	0	0	0
8. Vilken betydelse tycker Du att avvikelserapportering har för arbetsmiljön?	Mycket viktigt	60	22	67	62
	Ganska viktigt	29	52	25	28
	Inte särskilt viktigt	5	17	2	5
	Onödig	1	4	1	0
	Vet inte	4	4	5	3
	Ej svar	1	0	1	2
9. Vilken betydelse tycker Du att avvikelserapportering har för effektiviteten?	Mycket viktigt	31	13	30	36
	Ganska viktigt	32	26	38	25
	Inte särskilt viktigt	17	35	12	20
	Onödig	4	9	5	0
	Vet inte	15	17	14	16
	Ej svar	2	0	1	3
10. Påverkas Din benägenhet att rapportera avvikelser av om rapporteringen är anonym?	Ja, säkert	12	17	12	9
	Ja, möjligen	32	17	33	36
	Inte alls	44	57	50	28
	Vet inte	11	9	5	22
	Ej svar	2	0	0	5
	För dem som svarat jakande på fråga 10:				
11. Om rapporteringen var helt anonym skulle jag rapportera:	Många fler avvikelser	10	12	13	3
	Några fler avvikelser	39	50	35	41
	Lika många avvikelser	46	38	48	45
	Ej svar	6	0	4	10

Anonymitetens betydelse

Som vi tidigare beskrivit [2] är rapporteringssystemet inte längre anonymt, men väl konfidentiellt. Var tionde svarande tror att ett anonymt rapporteringssystem med säkerhet skulle påverka deras benägenhet att rapportera avvikelser. Var tredje tror att det möjligen skulle göra det; av dessa tror hälften att

de skulle skriva fler avvikelserapporter, dvs totalt sett var femte av alla svarande.

Det är dock bara några få (knappst var tjugonde) som tror att de skulle skriva många fler avvikelserapporter om systemet var anonymt.

Det är alltså få av de svarande som anger att deras benägenhet att rapportera avvikelser drastiskt påverkas av rädsla

för påföljder eller brist på anonymitet, detta trots att tillsynsmyndigheten haft insyn i rapporteringen.

En viktig förklaring är förmodligen att anestesikliniken under ett och ett halvt års tid haft ett system för kvalitets-säkring med syftet att förbättra klinikens arbete, samtidigt som klinikledningen i ord och gärning visat att man inte önskar

att straffa den som felar. Det viktiga är alltså att vidta åtgärder för att misstag ej ska upprepas. Andra förklaringsringar kan vara att omsorg om patienten och kliniskens arbete går före eventuell rädsla för påföljder, och att man inte enbart rapporterar egna misstag och därför inte behöver vara rädd för att eventuella påföljder ska drabba en själv.

Återrapportering viktigt – men svårt

Endast hälften av de svarande har fått kännedom om hur deras egna avvikelserapporter hanterats. En stor grupp tycker sig inte ha fått vare sig muntlig eller skriftlig återrapportering.

Återföring till personalen om hur rapporterade avvikelser hanterats är viktig bl a för att förhindra ett upprepan- de och för att uppmuntra personalen genom att visa att de kan påverka sitt arbete och sin arbetssituation genom att skriva avvikelserapporter. Det är därför nödvändigt att ha ett tydligt system för information till personalen om avvikel- sehantering. Klinikledningen har i medvetande om detta flera gånger intervenerat för att förbättra återrapporteringen.

Ett exempel är att den kvalitets- ansvariga på kliniken varje månad sammanställer inkomna avvikelserapporter och försäkrar sig om att samtliga medarbetare tagit del av sammanställningen. Den som skrivit rapport har också möjlighet att spåra sin rapport och ta del av hur den handlagts.

Sammanfattning

Vi fann att personalen anser att avvikelserapporteringen är en viktig del av arbetet och att anonymiteten inte tycks vara avgörande för benägenheten att rapportera. Det verkar inte finnas några administrativa hinder, t ex omfattande formulär eller komplicerade procedurer, för avvikelserapportering.

De gånger en inträffad avvikelse inte rapporteras beror det oftast på tidsbrist. Däremot har formerna för återrapportering inte fungerat tillfredsställande.

Referenser

1. Socialstyrelsen. SOSFS 1996: 23; SOSFS 1996: 24.
2. Westling S, Carlsson C, Melltorp G. Avvikande händelser vid en anestesi- klinik: Kommunikationsproblem och avsteg från rutiner vanligaste fe- len. Läkartidningen 1998; 95:
3. Jayasuriya JP, Anandaciva S. Compliance with an incident report scheme in anaesthesia. Anaesthesia 1995; 50: 846-9.
4. Sanborn KV, Castro J, Koruda M, Thys DM. Detection of intraoperative incidents by electronic scanning of computerized anaesthesia records, comparison with voluntary reporting. Anesthesiology 1996; 85: 977-87.
5. Williamson J. Critical incident reporting in anaesthesia. Anaesth Intensive Care 1988; 16: 101-3

Vid atoni efter förlossning

Enkel metod stoppar livshotande blödningar

Mekanisk kompression av livmodern, som bibehålls av några suturer, kan användas vid atoni efter förlossning. Metoden beskrevs internationellt 1997. I motsats till de konventionella kirurgiska metoderna är den tekniskt lätt att utföra och troligen inte förenad med oönskade sideeffekter.

I utvecklingsländer svarar blödningar efter förlossning för den största delen av mördmortaliteten.

Även i vårt land kan i denna situation livshotande blödningar uppstå. Ibland drar inte livmodern ihop sig sedan moderkakan lossnat efter en förlossning. Denna slapphet, atoni, medför att de maternella kärl som tidigare tömt sig i placentas intervillösa rum nu tömmer sig fritt. Stora mängder blod kan på kort tid tömma sig från livmodern genom vagina. I förlossningssituationen är den exakta blodförlusten dessutom svårt att uppskatta.

Kan komma helt oväntat

Atoniska blödningar drabbar framför allt kvinnor med uttänjd livmoder som t ex efter flerbörd, stort barn, riklig mängd fostervatten, flerföderskor etc. Risken kan också öka efter en långdragen förlossning med dåliga kontraktioner. Ibland kommer dock atonin helt oväntat.

I tur och ordning vidtas en rad åtgärder för att korrigera detta livshotande tillstånd. Man ger farmaka av olika slag som syftar till att kontrahera livmodern. Massage av livmodern kan ge samma effekt, men vid uteblivet resultat måste

Författare

FOLKE FLAM

docent, gynekologiska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm

MARIA SENNSTRÖM

avdelningsläkare, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

man försäkra sig om att inte bitar av livmoder eller hinnrester finns kvar i kaviteten. Man kan göra detta med fingrarna eller försiktigt med instrument.

Embolisering av tillförande artärer har försöksvis prövats, men metoden förutsätter att radiologisk expertis finns tillgänglig.

Om blödningen fortsätter blir nästa steg att utföra en laparotomi.

Man har nu i princip att välja mellan att ligera de artärer som huvudsakligen försörjer livmodern, A iliaca interna bilateralt, eller utföra en subtotal hysterektomi.

Den senare åtgärden är givetvis den metod som säkrast botar patienten, men det säger sig självt att man först prövar allt annat. Ändock sker detta en eller ett par gånger per år vid alla stora förlossningskliniker. Såväl ligatur av iliaca-kärlen som hysterektomi i nära anslutning till förlossning är ingrepp som kräver lång operativ erfarenhet.

Mekanisk kompression av livmodern med suturer

Obstetrikern B-Lynch och medarbetare från England redovisade 1997 fem fall av efterblödningar där mekanisk kompression av livmodern med suturer peroperativt användes med framgång [1].

Principen är enkel: medan en assistent komprimerar livmodern trär operatören en resorberbar sutur från livmoderns framsida, över toppen på livmodern till baksidan och sedan fram igen. Suturen efterdras några gånger och knyts på framsidan (Figur 1 a-c). Med en liten modifiering används denna metod i samband med atoni vid kejsarsnitt.

Blödde minst tre liter

I fullgången tid inkom den 26-åriga förstföderskan med sammandragningar. Efter ett långdraget förlopp med avstannad progress tillstötte hög hjärtfrekvens hos fostret. Det beslutades att förlösa via kejsarsnitt. Komplikationsfritt förlöstes modern från en välmående pojke som vägde 4 450 g. Moderkaka och hinnor utförskaffades med lätthet.

Livmodern drog inte ihop sig på rutinmässig injektion med 5 IE Syntocinon (oxytocin). Förutom upprepningar