

Datorstött system för lokal avvikelshantering nu utprovat

Kompletterar Lex Maria-systemet, påvisar ouppmärksammade risker

Ett system för lokal avvikelshantering i vården har utprovats i ett nationellt projekt på uppdrag av Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet. Försöksverksamhet har bedrivits vid 25 vårdenheter. De avvikelser som rapporteras lokalt är vanligen mindre allvarliga än de som rapporteras till Socialstyrelsen, men de ger inte desto mindre ny kunskap om risker inom vården och föranleder som regel att förebyggande åtgärder vidtas.

Systemet, som är datorstött, finns nu tillgängligt via Socialstyrelsens kundtjänst.

I den nya tillsynslagen, som trädde i kraft 1997, ställs krav på att hälso- och sjukvården fortlöpande skall utveckla och säkra kvaliteten i sjukvården [1]. En skyldighet att ha lokala system för att följa upp avvikelser i vården har samtidigt införts. Syftet är att kunskaperna om risker i hälso- och sjukvården skall öka, så att avvikelser kan minimeras genom i första hand förebyggande åtgärder [2].

Med avvikelser avses tillbud eller inträffad händelse i vården som medfört medicinsk risk eller skada för patient(er). Övriga händelser som utan medicinsk risk för patienten medfört olägenheter i arbetet ingår inte.

Ett nationellt projekt om avvikelshantering inom vården har genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet. Syftet var att utveckla ett system för lokal avvikelshantering som enkelt kan tillämpas inom olika delar av hälso- och sjukvården.

I en första fas inventerades förekomsten av lokal avvikelserapportering i en enkätundersökning riktad till 800 vårdenheter augusti 1995 [3, 4]. Drygt en tredjedel av de tillfrågade vårdenheterna uppgav att de systematiskt registrerade avvikande händelser.

Undersökningen pekade på behovet av att utveckla en gemensam struktur

för innehållet i registren samt datorstöd för dessa.

Modell prövades av flertal specialiteter och verksamheter

I nästa fas utformades en modell för avvikelshantering. En försöksverksamhet genomfördes vid 25 vårdenheter under tre månader (november 1996 till och med januari 1997). Försöksenheterna representerade olika specialiteter och verksamhetsområden (såväl opererande, invärtesmedicinska, barnmedicinska, psykiatriska och radiologiska specialiteter som allmänmedicin, neurologi, infektionssjukdomar och rehabiliteringsmedicin) [5].

Personalen som observerat eller varit direkt inblandad i en avvikande händelse fick rapportera denna på en särskild blankett till den ansvarige vid kliniken/enheten. På blanketten fanns utrymme att med egna ord beskriva händelseförloppet, vad man uppfattade var orsaken till händelsen samt vilka åtgärder som vidtogs.

Den som hade ansvaret för avvikelshantering vid respektive klinik fick sedan registrera händelsen på ett särskilt formulär (Tabell I). Den ansvarige kunde vara verksamhetschefen eller någon som han/hon delegerat denna uppgift till. Formuläret sändes till arbetsgruppen för statistisk bearbetning. Totalt inkom 220 avvikelserapporter. Signifikansprövning har gjorts med χ^2 -test ($P < 0,05$).

220 avvikelserapporter analyserade

I fråga om huvuddelen av de avvikande händelserna baserade den ansvarige sina bedömningar på rapporten från den inblandade personalen. I ungefär hälften av fallen hämtade man in ytterligare information. Det vanligaste tillvägagångssättet var att man samtalat med personalen (43 procent). Mindre vanligt var att man tillfrågat patienten (8 procent) eller studerat journalen (3 procent).

De flesta avvikelserna inträffade på vårdavdelningar (67 procent). Näst vanligast var avvikelser på diagnostisk undersökningsenhet (17 procent). I två tredjedelar av fallen inträffade händel-

sen enbart vid den egna vårdenheten. I en fjärdedel av fallen var fler än en klinik inblandad. Det var stor spridning mellan de aktiviteter vid vilka avvikelserna inträffade.

Den största gruppen av avvikelser inträffade i anslutning till undersök-

Författare

RAGNAR WESTERLING

docent, högskolelektor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, socialmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala

DAN ANDERSSON

dr med, överläkare, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro

BARBRO EKSTRÖM-JODAL

docent, chefsöverläkare, barnanestesi-kliniken, Östra sjukhuset Göteborg

LARS-OVE FARNEBO

docent, universitetslektor, kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

HELEN HANSAGI

dr med, Beroendecentrum Nord, Sabbatsberg, Stockholm

HÅKAN JORULF

docent, chefsöverläkare, barnröntgenavdelningen, S:t Görans sjukhus

PER-OLOF OSTERMAN

docent, verksamhetschef, Neurocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala

LEIF PERSSON

chefsöverläkare, primärvården, Sollefteå

LARS STEEN

medicinalråd, Socialstyrelsen i Umeå

KURT SVÄRDSUDD

professor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala

JOHAN ÅHLFELDT

fil kand, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, socialmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Tabell I. De använda huvudrubrikerna i formulär för registrering av avvikande händelse.

1. Information har inhämtats ifrån
2. Var och när inträffade händelsen?
3. Den avvikande händelsen inträffade i samband med
4. Händelseförlopp
5. Typ av avvikelse
6. Kategorier av patient(er) som råkade ut för avvikelsen
7. Inblandad(e) personalkategorier
8. Eventuellt inblandad utrustning
9. Orsaker till händelsen
10. Konsekvenser av händelsen för patienten
11. Den avvikande händelsens svårighetsgrad
12. Vidtagna/planerade åtgärder
13. Fria kommentarer

ning, diagnostik och provtagning (21 procent). Andra vanliga avvikelser gällde aktiviteter som läkemedelshandtering, övervakning, upprätthållande av cirkulation och ventilation, patientens egna eller sociala aktiviteter och omvårdnad.

De flesta kategorier av personal inblandade

Även de personalkategorier som var inblandade visade stor spridning. Fler-talet inom vården förekommande yrkeskategorier fanns representerade. Den största gruppen var sjuksköterskor. Dessa var inblandade i två tredjedelar av alla avvikelser. Läkare respektive undersköterskor var involverade i en tredjedel av fallen. Med något undantag var den inblandade personalen formellt kompetent att utföra uppgiften i fråga.

Den vanligast förekommande typen av avvikelser var administrativa tillbud (16 procent), exempelvis brister i hanteringen av identitetsuppgifter, utlåtan-den, journaler och operationsanmälningar (Tabell II). Inom de opererande specialiteterna var denna andel signifi-kant lägre (7 procent).

Förväxlingar var också vanliga (12 procent), särskilt inom radiologin där de svarade för cirka en tredjedel av avvikelserna. Andra vanliga avvikelser var brister i omvårdnad och fallskador.

Ett flertal avvikelser gällde hanteringen av läkemedel. Misstag inträffade i olika faser av denna hantering – allt från felaktigt utförd ordination till att fel dos av läkemedel eller fel läkemedel-spreparat givits.

Avvikelser förekom även i samband med diagnostik och behandling. Det rörde sig då vanligen om att diagnosen bedömts vara sent ställd, att behandlingen blivit sent insatt eller att det upp-stått komplikationer. Majoriteten av de sena diagnoserna hade uppmärksam-

Tabell II. De vanligaste rapporterade avvika-nde händelserna och deras andel av totala antalet avvikelser.

Typ av händelse	Andel, procent
Administrativt tillbud	16
Förväxlingsfel	12
Brister i omvårdnad	8
Fallskada	6
Felaktigt utförd ordination	5
Fel dos av läkemedel given	5
Brister i övervakning av vitala funktioner	4
Sen diagnos	4
Sent insatt behandling	4
Komplikationer till diagnostik, behandling eller omvårdnad	4
Fel läkemedelspreparat givet	3

mats vid radiologiska enheter.

Inom psykiatrin svarade våld mellan patienter för nästan en tredjedel (7 fall) av avvikelserna.

Oftast samverkade flera orsaker

Oftast fanns flera samverkande orsa-ker till att händelsen inträffade. I medel-tal noterades 1,7 orsaker per händelse. Den mänskliga faktorn bedömdes ha bi-dragit till 76 procent av händelserna. Den vanligaste orsaken inom denna grupp var försumlighet (21 procent) (Tabell III). Relativt ofta bedömde man att avvikelsen orsakats av stress, trötthet eller för låg bemanning. Organisatoriska brister och tekniska fel förekom i vardera en femtedel av fallen.

Knappt 10 procent allvarliga händelser

Två tredjedelar av händelserna be-dömdes vara mindre allvarliga och en fjärdedel ganska allvarliga. I knappt 10 procent av fallen bedömde man att hän-delsen varit allvarlig. Vanligen medför-de avvikelsern ringa medicinska eller psykologiska konsekvenser för den in-blandade patienten (70 procent).

De vanligaste negativa effekterna för patienter var smärta (9 procent) eller psykologisk reaktion (8 procent). Vissa patienter fick genomgå ytterligare un-dersökning (6 procent) eller behandling (7 procent). Sex procent av patienterna fick en reversibel skada. I ett fall inträffade en skada som bedömdes vara irre-versibel.

Rapport ledde nästan alltid till åtgärd

I 96 procent av fallen rapporterades att någon åtgärd planerats eller genom-förts med anledning av det inträffade. Det vanligaste var att händelsen disku-terades i personalgruppen. Detta skedde i 53 procent av fallen och planerades i

Tabell III. De vanligaste rapporterade orsa-kerna till avvikelser och deras andel av totala antalet rapporterade orsaker.

Orsak	Andel, procent
Försumlighet	21
Brist i rutiner	18
Fel på teknisk utrustning	15
Stress, trötthet	11
Avsaknad av eller fel uppgift i remiss	11
Brister i information mellan vårdenheter	9
Brister i information mellan personal	9
Bristande dokumentation, journalföring	9
För låg bemanning	8

ytterligare 16 procent. I 11 procent av fallen beslutade man förändra rutiner eller organisation. Dessutom hade man som regel åtgärdat tekniska brister i ap-paratur. I 8 procent av fallen hade man planerat eller genomfört förbättrad handledning eller utbildning.

Arton procent av händelserna rap-porterades till en högre administrativ nivå, exempelvis sjukhusledning eller kvalitetsråd. Däremot var det mindre vanligt att händelsen föranlett Lex Ma-ria-anmälan (1 fall) eller ställningsta-gande till sådan (3 fall).

Modifierat datorstött system framtaget

Med utgångspunkt från erfarenhe-terna av försöksverksamheten har formuläret för registrering av avvikelser modifierats. Utformningen har sedan godkänts av den ledningsgrupp som So-cialstyrelsen och Svenska Läkaresäll-skapet utsett.

För att underlätta bearbetningen av formulären har dessutom ett datapro-gram utvecklats. Med hjälp av detta program kan man lätt registrera avvika-nde händelser och ta fram statistiska sammanställningar över dessa. Pro-grammet utgår från det utprovade for-muläret. Det ger dessutom möjlighet att lägga till egna svarsalternativ och att in-aktivera de alternativ som inte är aktu-ella vid respektive klinik. Med hjälp av programmet kan man lätt ta fram stan-dardrapporter över de avvikande hän-delser som inträffat under en viss tids-period, viss vårdenhet etc.

Det samlade systemet för lokal avvi-kelsehantering innehåller således tre delar: en blankett för rapportering av avvikelser tänkt att användas av den personal som observerat eller varit in-volverad i en avvikande händelse, ett formulär som den ansvarige använder för att värdera och klassificera dessa samt ett dataprogram för registrering

och statistisk bearbetning. Materialet finns tillgängligt hos Socialstyrelsens kundtjänst.

Svarar mot lagens krav på lokal avvikelshantering

Undersökningen visar att den lokala avvikelshanteringens huvudsakligen innefattar sådana händelser som inte täcks av Lex Maria-systemet. Lex Maria-anmälan bedömdes kunna vara aktuell i endast 2 procent av fallen, och sådan anmälan gjordes i ett fall. Den lokala avvikelshanteringens tillför alltså ny information om riskhändelser i vården. Det svarar väl mot Lex Maria-föreskriftens målsättning att avvikelshanteringen skall öka kunskaperna om risker i vården [2].

Avgränsningen mot Lex Maria-systemet finns reglerad i den nya Lex Maria-föreskriften [2]. Där anges att när en patient drabbats av, eller utsatts för risk att drabbas av, allvarlig skada eller sjukdom skall det inträffade också anmälas till Socialstyrelsen. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns lämpliga rutiner för att följa upp avvikelserna och för att den som är anmälningsskyldig får besked om avvikelser som kan föranleda Lex Maria-anmälan. De avvikelser som registrerats i detta försök hade som regel bedömts som mindre allvarliga eller ganska allvarliga.

Ett viktigt syfte är att risken för avvikelser skall minimeras genom förebyggande åtgärder. Som regel ledde de rapporterade avvikelserna till att olika åtgärder vidtogs eller planerades. Det vanligaste var att händelsen diskuterades inom personalgruppen, men avvikelser ledde även till förändrade rutiner och förbättrad handledning.

Detta försök var begränsat i tiden till tre månader. Med en längre tids tillämpning kan chansen att upptäcka systematiska brister i vården öka. Därmed skulle fler övergripande åtgärder för att förbättra rutiner och organisation kunna bli aktuella. Nya risksituationer kan också dyka upp till följd av den medicinska utvecklingen och av förändringar i vårdorganisationen. Det är därför ett viktigt mål att öka riskmedvetenheten inom personalgruppen, något som avvikelshanteringen och diskussionerna inom personalgruppen bör kunna bidra till.

Syftet inte att hitta syndare

Vid införandet av avvikelshanteringen är det viktigt att se till att all personal får information om tanken bakom detta [6]. Det bör betonas att syftet inte är att hitta syndare [4, 6, 7]. I stället skall avvikelserapporteringen ses som ett led i strävan att öka medarbetarnas intresse för ständiga förbättringar av vården. Avvikelshanteringen bör vara

en naturlig del av arbetet vid en vårdenhet.

För att stimulera och upprätthålla intresset är det också viktigt att kontinuerligt återföra erfarenheter från de rapporterade avvikelserna till personalgruppen. Denna återrapportering kan underlättas av datasystemet för statistisk bearbetning av rapporterna. Tillgången till detta utprovade system bör kunna underlätta införandet av lokal avvikelshantering inom svensk sjukvård.

Referenser

1. Lag om tillsyn över hälso- och sjukvården. SFS1996:786.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering. SOSFS 1996:23.
3. Westerling R, Hansagi H, Osterman PO, Andersson D, Åhlfeldt J, Svärdsudd K. Inventering av hur avvikelser hanteras i svensk sjukvård. Underlagsrapport. Umeå: Socialstyrelsen, 1996.
4. Westerling R, Hansagi H, Osterman PO, Andersson D, Åhlfeldt J, Svärdsudd K. Stort intresse för incidentregistrering. Oro för HSAN-anmälan kan dock utgöra en broms. Läkartidningen 1996; 93: 2928-30.
5. Förordning om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m m. SFS 1991:1325.
6. Jorulf H, Märe K. Incidentrapportering. Praktisk metod för kvalitetsutveckling. Läkartidningen 1994; 91: 3289-91.
7. Bergentz SE. »Misstag i vården skall förebyggas! Bestraffning gör inte verksamheten säkrare». Läkartidningen 1995; 92: 3300-1.

TILLVÄXT



FAKTORER

Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19