

Stor risk för led- och senskador efter kattbett

Vid bedömning av skador efter kattbett är det viktigt att noggrant beakta att de djupa sår som kattens tänder orsakar medför stor risk för led- och senskador, framhåller Ansvarsnämnden och varnar en kirurg. (HSAN 2238/04)

En man blev biten av en katt i vänster tumme den 10 juni. Nästa dag undersöktes han av en kirurg. Denne utförde en sårrevision och gav stelkrampsvaccination. Patienten ordinerades också mediciner med Heracillin.

Han återkom till mottagningen den 14 juni. Kirurgen gjorde en förnyad sårrevision och ordinerade Tramadol. Den 23 juni gjordes sårodling och kirurgen justerade medicineringen till Dalacin och Flagyl samt avtalade om återbesök den 28 juni. Då odlingen visat växt av bland annat Pasteurella multocida justerade kirurgen medicineringen till Kåvepenin.

Det gjordes ytterligare sårincision, eftersom tummen fortfarande var kraftigt svullen. Den 2 juli hade tillståndet förvärrats och kirurgen utfärdade akutremiss till infektionsklinik.

Två operationer och sjukhusvård

Patienten anmälde kirurgen. Han anförde bland annat att han tvingats till två operationer och att han hade vårdats på sjukhus åtta dagar.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av kirurgen, som bestred att han gjort fel.

Bettet behandlat enligt vedertagna principer, adekvat antibiotikaskydd har givits, debridering, incision med hänsyn till djurbett utförts. Vid försämring remitterades patienten omgående akut till infektionsklinik, hävdade kirurgen.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden understryker att det vid behandling av skador efter kattbett är betydelsefullt att noggrant beakta, att de djupa sår som kattens tänder åstadkommer medför stor risk för led- och senskador.

Skulle sådana skador infekteras är kirurgisk behandling och mekanisk rengöring nödvändig, såvitt möjligt på handkirurgisk klinik.

Kattbett utgör emellertid ingen absolut indikation för stelkrampsvaccina-



Säkerhetsartikeln

Att välja utredningsmetod för vårdens haverier

Säker vård har antagits som ett av de strategiska målen vid Varbergs sjukhus. Det har inneburit bland annat att behovet av att kunna utreda avvikelser på ett vederhäftigt sätt har synliggjorts. Syftet med det här arbetet har varit att välja en utredningsmetod att använda då vi utreder allvarliga händelser.

Då den första studien om säkerhetsbrister inom sjukvården publicerades blev den mycket ifrågasatt [1]. Men det har blivit alltmera uppenbart att sjukvården som system betraktat har brister ur ett säkerhetsperspektiv [2, 3].

Ett säkerhetsarbete innehåller flera komponenter, en är att arbeta med avvikelser. Det är dessutom ett krav att sjukvården skall ha och använda väl fungerande avvikelshanteringssystem. Att rapportera är inte tillräckligt, det ger inte i sig en ökad säkerhet. Det är dessutom väsentligt att fullfölja avvikelserapporterandet med utredningsarbete, analys, återkoppling och uppföljning för att nå säkerhetsmässiga effekter.

Metodik krävs

En utrednings syfte är att finna de bakomliggande orsaker som givit upphov till avvikelserna och som är de faktorer vilka utan åtgärd kommer att orsaka fler avvikelser och incidenter.

För att utredningarna skall uppfattas som systematiska krävs metodik i utred-

ningsarbetet. En utredning som följer en strukturerad metod förmår att tränga djupare in i händelsen. Ett bra exempel är den i Läkartidningen nyligen refererade händelsen där ett barn avled efter en för stor dos av Xylocard [4].

Då det gäller utredningsmetoder finns inget självklart val eller särskilda myndighetskrav. Det är svårt att finna något skrivet om vad olika metoder kan tillföra just hälso- och sjukvård eller om någon är att föredra. Detta beror förmodligen på att det fortfarande får anses som relativt nytt inom hälso- och sjukvård att hantera oönskade händelser såsom haverier och att söka bakomliggande orsaker mera systematiskt.

Det finns däremot stora erfarenheter inom andra högrisksystem, exempelvis kärnkraftsindustrin och flyget. De erfarenheter som finns där borde utvärderas och anpassas för den svenska sjukvårdens behov. Här finns utrymme för forskning.

Jag kommer här att redovisa mina överväganden och erfarenheter vid val

tion, eftersom tetanusbakterier inte tillhör den normala bakteriefloran i katters munnar. Det är därtill känt att infektioner som uppstår i nära anslutning till kattbettet vanligen orsakas av Pasteurella multocida, vilket behandlas med penicillin V eller amoxicillin. Om stafylokockinfektion kan misstänkas bör läkemedel med både amoxicillin eller klavulansyra ordinerars.

I detta fall ordinerades patienten Heracillin, vilket har god effekt mot stafylokocker. Preparatet är emellertid inte verkningsfullt mot Pasteurella multocida, vilket kunde misstänkas eftersom tydliga infektionstecken uppstått redan inom ett dygn efter kattbettet, menar Ansvarsnämnden.

Sedan kirurgen konstaterat att Heracillin hade bristande effekt, ordinerade han Dalacin, vilket också är ett stafylokockantibiotikum som saknar effekt på Pasteurella multocida. Såvitt framgår hade kirurgen således inte insett att patientens infektion av allt att döma orsakades av denna bakterie förrän han tagit del av odlingssvaret, vilket är förvånande, menar Ansvarsnämnden.

Det är därtill anmärkningsvärt att han inte fattade misstankar om ledinfektion, trots patientens uttalade smärtor och den förvärrade infektionen.

Kirurgen borde ha remitterat patienten till specialistläkare i ett mycket tidigare skede, hävdar Ansvarsnämnden och tilldelar honom en varning. •

av utredningsmetod för vår organisation. Övriga delar av ett välfungerande avvikelshanteringssystem lämnas här utan ytterligare kommentarer. Jag vill redan från början påpeka att denna redovisning är mina personliga erfarenheter och preferenser, men förhoppningen är att de kan vara till någon hjälp för andra i samma situation.

På Sjukhuset i Varberg har sjukhusledningen antagit säker vård som ett av sina strategiska mål. Detta har inneburit bland annat att arbetet med avvikelser intensifierats, och behovet av att kunna utreda avvikelser på ett vederhäftigt sätt har synliggjorts. Syftet med arbetet som redovisas här har varit att välja en utredningsmetod att använda då vi utreder allvarliga händelser.

Krav på metod

Det finns i litteraturen väl dokumenterade metoder [5, 6]. Vid rundfrågning hos personer med erfarenheter av utredningsarbete kunde ingen särskild metod med säkerhet identifieras som ett självklart val. Varje metod har sina styrkor.

För att komma fram till ett så bra val som möjligt identifierades de krav som metoden borde svara mot:

- Metoden skall ge ett tillräckligt tillförlitligt utredningsresultat. Det som kommer fram bör vara relevanta orsaker och bakomliggande faktorer oberoende av vem som utreder.

- Metoden bör på ett klart och tydligt sätt stödja tänkandet i banor av mänskliga, tekniska och organisation (MTO). Sjukvården präglas starkt av komplicerade MTO-samband. Säkerhet byggs på samverkan mellan dessa tre perspektiv och metoden bör därför lyfta upp brister i både sambanden mellan och de bakomliggande orsakerna till händelsen från alla tre perspektiven.

- Metoden skall stödja organisationens mognad mot en säkerhetskultur och bort från straffkulturen. Sjukvårdssystemet i dag lever i en lång tradition av skuld och straff till men för säkerheten. De inblandade ska stötts i att lämna sina försvarspositioner och släppa fram ett kreativt och fritt tänkande i riktning mot ett aktivt förändringsarbete mot en säkrare sjukvård. Detta krav förmodas också leda till ringar på vattnet-effekter, det vill säga att metoden skall ge mera effekt utöver vad som sätts på pränt i själva utredningsrapporterna.

- Metoden skall vara användbar i gruppssammanhang. Att göra utredningarna i grupp är ett sätt att driva på organisationens mognad mot ett ökat säkerhetsmedvetande. Jämför komplikationsmöten. Med detta krav finns risk att

alla aspekter inte kommer fram av skälet att man inte vågar berätta allt öppet. Min egen erfarenhet är dock att denna risk balanseras av att utredaren är mycket tydlig med att det är avvikelser och risken man fokuserar och inte skulden eller individen. Det kan säkert finnas tillfällen då enskilda intervjuer är att föredra och då skall man använda sig av sådana.

- Metoden bör också ha en illustrativ och pedagogisk uppställd graf för att vara lättanvänd i grupp.

- Den skall vara relativt lätt att tillämpa och att lära så att den kan finnas tillgänglig på var klinik.

Kraven är inte särskilt rangordnade förutom att mognaden i organisationen bedömdes som ett överordnat krav, det vill säga metodens pedagogiska egenskaper.

Testade metoder

En genomgång av litteratur i ämnet ger snabbt en lång lista av metoder. Jag valde slutligen att testa tre av dem. De tre metoderna valdes för att de tydligt stöder MTO-tänkandet samt att de ändå är sinsemellan olika. De tre metoderna var Avvikelseutredning (Deviation analysis) [5], CREAM [7] och Händelseanalys [8, 9]. Händelseanalys tillhör en grupp av metoder som går under begreppet MTO-metoder. De kan ha skiftande beteckningar men liknar varandra i allt väsentligt.

Det finns en del kommersiella metoder vilka är svåra att komma över utan att köpa dem. Dessa har därför utgått liksom de metoder som är mera avsedda för tekniska system, såsom Felträd, vilka var ointressanta mot bakgrund av den uppställda kravbild.

Jag har också avstått Root cause analysis då detta mera är ett samlingsbegrepp för flera metoder och därför svårt att finna en enda precis beskrivning av. Jag tycker också att Root cause om den definieras som bakomliggande orsak till olyckan eller latent faktor finns inbyggd mer eller mindre i alla tre metoderna.

Testerna genomfördes varvid varje metod testades minst två gånger.

Resultat

Jag har valt att gå vidare med två av metoderna, Avvikelseutredning och Händelseanalys. Nästa steg är att utbilda utredningsteam på sjukhuset.

Avvikelseanalys är en enkel metod, lätt att lära sig och lätt att tillämpa. Den ger gott utbyte. Den kan användas i grupper utan att de har särdeles stor erfarenhet eller förkunskap om ämnet säkerhet. Gruppen kan också vara lite större även om det ger ett sämre resultat. Metoden har inte särskilt illustrativ graf.

Händelseanalys är lite svårare att lära, kräver mera inhämtning av metodkunskap och övning hos utredningsledaren. Den ger ett gott utbyte och går väl att använda i grupp. Den har en mycket illustrativ och tilltalande graf och är god ur en pedagogisk aspekt.

CREAM tar än mera tid att tillägna sig och kräver stora kunskaper hos utredningsledaren. Den ger ett gott utbyte, möjligen trängde den inte riktigt lika djupt som de andra. Jag har använt mig av originallänkningstabellerna, men med för sjukvården anpassade länkningstabeller bör man komma längre.

Metoden är mindre lämplig att använda i grupp förutom den inledande så kallade Common performance condition-analysen. Just denna första del har en tilltalande graf. Resten av graferna i analysen är inte lika tilltalande ur ett pedagogiskt perspektiv. CREAM är väl den metod som är mest strukturerad. Den lämpar sig därför förmodligen bäst om man vill anlägga en vetenskaplig aspekt på utfallet.

Diskussion

Jag tror att samtliga metoder ger gott utbyte utredningsmässigt. Däremot tror jag att de kringeffekter som metoderna ger skiljer sig åt. Detta gör att aspekter som pedagogik och förväntade effekter i organisationen samt hur lätta de är att tillägna sig blir avgörande. Det är därför väsentligt att göra en ordentlig genomgång av vad man önskar av sin metod.

Även om min uppfattning efter det här arbetet är att utfallet är gott från dessa tre metoder vore det ändå önskvärt att de evaluerades mera i sjukvårdsmiljö.

Carina Forsberg
överläkare, chefläkare
Sjukhuset i Varberg
carina.forsberg@thalland.se

Referenser

- Brennan T, Leape L, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991; 325:210.
- Utilisgitede haendelser på danske sygehuse. Lars Sögard, Anne Frölich, Schiöler; 2001.
- Ross Baker G, Norton P, Flintoft V. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170:1678-86.
- Felaktig dom kan få förödande konsekvenser för säkerhetsarbetet. *Läkartidningen* 2004;101(40): 3089-90.
- Harms-Ringdahl L. Safety analysis, principles and practice in occupational safety. Taylor & Francis; 2001.
- Sklet S. Methods for accident investigation, Dept of Production and Quality Engineering; 2002.
- Hollnagel E. Cognitive reliability and error analysis method – CREAM. Oxford: Elsevier Science; 1998.
- Rollenhagen C. Att utreda olycksfall. Teori och praktik; 2003.
- Ternov S. Människor och misstag i sjukvården. Lund: Studentlitteratur; 1998.