



En tredjedel av deltagarna i patientsäkerhetskursen för ST-läkare och sjuksköterskor samlade vid Simon, den helkroppssimulator på vilken de tränade dels medicinska färdigheter, dels framför allt kommunikation, ledarskap, samarbete osv. Från vänster Jun Wang-Hjelm, Katarina Johansson, Aida Costes, Paula Henstrand, övningsledaren och anestesiläkaren Lars Björk, Kerstin Jönsson, Hossein Radafshar, Annelie Johansson, Göran Nilsson samt övningsledaren och anestesisjuksköterskan Annelie Kihlgren. Foto: Jimmy Wahlstedt.

»Så undviker du att störta« – återkommande kurs vid UMAS i Malmö

Stor satsning på att göra ST-läkare och sjuksköterskor patientsäkrare

Under tre dagar i oktober gnuggades totalt 24 sjuksköterskor och ST-läkare i en kurs med titeln »Så undviker du att störta – patientsäkerhet i praktiken«. Kursen gavs för andra gången vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö.

Den första kursen hölls i fjol för enbart ST-läkare. Dessa var så positiva i sin utvärdering att man bestämde att ge kursen fler gånger. Men utvärderingen visade också tydligt att deltagarna ville ha med sjuksköterskor och inte enbart ST-läkare. Det tog arrangören fasta på och nu har årets deltagare gått igenom ett mycket ambitiöst program.

Vanliga skadeorsaker

Deltagarna kommer alla från södra sjukvårdsregionen, ST-läkarna från kirurgiska och akutmedicinska specialiteter,

sjuksköterskorna från akutverksamhet.

Från kursledningen pekade man på att brister i kommunikation och samarbete respektive fel vid handhavande av medicinteknisk utrustning ofta ligger bakom felhändelser i vården, dvs leder till att patienter skadas i onödan.

Syftet med kursen var att ge deltagarna en god incidentberedskap och kunskaper om olika faktorer som påverkar patientsäkerheten med utgångspunkt från verkliga avvikelsefall.

Teori och praktik varvades

Kursen bestod av en blandning av teori och praktiska övningar. Den inleddes med en föreläsning om MTO-perspektivet (människa-teknik-organisation) av professor Sidney Dekker.

I grupper om åtta fick deltagarna med helkroppssimulatorn Simon träna dels

medicinska färdigheter, dels, och framför allt, samarbete, kommunikation och ledarskap i kritiska situationer (se bild och bildtext på nästa uppslag).

Sjukvården är farlig

Chefläkare Ingrid Mattiasson deltog mycket i utbildningen. Bland annat föreläste hon övergripande om sjukvårdens farlighet och om regelverket som finns runt vården inklusive olika myndigheters roller.

När hon frågade hela gruppen hur många de tror dör årligen i Sverige på grund av skador de fått av vården hamnade gissningarna mellan 300 och 1 000.

Sanningen är än dystrare: det handlar om några tusen. Detta är en uppskattning utifrån undersökningar gjorda i jämförbara länder. Några säkra svenska siffror finns inte, men Socialstyrelsen

håller på att kartlägga de svenska förhållandena.

Om sitt eget sjukhus UMAS uppskattade Ingrid Mattiasson att 4 400 vårdtillfällen leder till en vårdskada på ett år. Hälften skulle kunna undvikas. Skadorna leder till 15 000 onödiga vård dagar, vilket innebär 50 onödiga vårdplatser eller två normala vårdavdelningar.

Lex Maria-ansvarig

Ingrid Mattiasson är bland mycket annat ansvarig för sjukhusets anmälningar enligt Lex Maria. En sådan anmälan bygger på att personalen, till exempel en läkare, ger en avvikelserapport till verksamhetschefen. Om denne bedömer att händelsen är allvarlig går fallet vidare till chefläkaren, som avgör om det ska göras en anmälan till Socialstyrelsen, som i så fall utreder fallet.

Sedan chefläkaren gjort en Lex Maria-anmälan skickas en pressrelease ut. Chefläkaren kontaktar patienten/närstående. Verksamhetschefen informerar all berörd personal.

Frisörsyndromet – en farlig sjukdom

Ingrid Mattiasson varnade kursdeltagarna för det hon kallade »frisörsyndromet«. Det är en farlig sjukdom, menade hon och gav följande förklaring:

När kunden kommer in till frisören frågar denne:

– Vem har klippt dig tidigare?

– Ja, det var en ung tjej på andra sidan gatan.

– Jasså där, då förstår jag. Det var tur att du kom hit. Men som detta ser ut kan man inte rätta till det på en klippning. Jag tror att det går, men ...«

Hennes slutsats var: Uttala dig aldrig klandrande om dem som behandlat patienten före dig. Du kan inte veta hur situationen såg ut när den bedömningen gjordes.

Hon underströk att en patient som fått uppfattningen att han blivit felbehandlad kanske aldrig blir botad även om inget fel begåtts.

Fel på hjärtklaff – många dog

Lars Mauritzson är en av 50-talet medicintekniska chefer vid svenska sjukhus. Han menade att den medicintekniska säkerheten hänger på tre saker:

Produktens konstruktion, tillverkning eller funktion; hur utrustningen används; hur utrustningens underhåll sköts.

Han gav exempel på fall där det gått snett inom de tre områdena. Alla fallen är hämtade från 1980-talet.

– En hjärtklaff var felkonstruerad. Många patienter fick den inopererad och dog.

– Läckage av anestesigas. Det handlade både om apparaturens tillverkning och dåligt underhåll. Man tror att patienterna klarade sig bra. Men diskussionerna då gällde personalens säkerhet. De fick inga barn.

– Dialysolycka. Fel handhavande och produktens konstruktion, det var ett hemmabygge. Tre patienter dog.

Han berättade också om ett omfattande regelverk kring den medicintekniska utrustningen. Bland annat har Socialstyrelsen givit ut föreskrifter om användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2001:12). Där ställs bland



Lars Mauritzson, verksamhetschef på medicintekniska avdelningen vid UMAS. Foto: Jimmy Wahlstedt.

annat krav på kvalitetssystem och lokala instruktioner.

Där finns också regler om anmälningsplikt vid olyckor och tillbud. Aktuella där är Läkemedelsverket, Socialstyrelsen samt tillverkaren/leverantören.

Många tillbud

Lars Mauritzson hade också omfattande förteckningar över tillbud med medicinteknisk utrustning på sitt eget sjukhus – ibland har orsaken varit felaktigt handhavande, ibland dålig apparatur eller dåligt underhåll.

Det handlar om respiratorer, defibrilatorer, dialysapparater, operationsbord, central övervakning, graft, PEEP-ventil, syrgasflaska, Rubens blåsa, röntgenapparat, narkosapparat ... ■

Fungerar inte kommunikationen bra kan det bli rena hönsgården

Kommunicera tydligt, tänk framåt och använd fantasin, försök ha en god helhetssyn, ge uttryck för dina misstankar, ha ett tillåtande klimat.

Så kan man sammanfatta budskapen i »crisis resource management« (CRM), som är en hörnsten i patientsäkerhetskurserna vid Simulatorcentrum på Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Det föreläste Cecilia Holm, koordinator vid centret, om för deltagarna i kursen.

Det hon uppehöll sig vid allra mest var kommunikationen, ett av nyckelorden i CRM.

– Fungerar inte den bra i en akut situation så går det väldigt lätt grus i maskineriet, ja det beskrivs ibland som rena hönsgården, konstaterade hon utifrån andras rapporterade erfarenheter vid det egna sjukhuset.

Har fallerat rejält

Det finns exempel på avvikelserapporter då kommunikationen i akuta situationer fallerat rejält, t ex i akutens traumarum.

Det är en förklaring till att Simulatorcentrum sedan ett par år ger en traumaträningsskurs för all traumapersonal och till att man närmare började titta på hur

personalen fungerar i svåra situationer. Avvikelserapporter var också något man tog med sig vid planeringen av kursen »Så undviker du att störta«.

Kommunikationen måste fungera på rätt sätt i en svår situation. Först och främst måste man tydliggöra att det är en krissituation.

Exempel: Under en operation är kirurgen och dennes lag fullt upptagna med själva ingreppet. Då upptäcker narkosläkaren att patienten visar tecken på malign hypertermi, ett sällsynt men mycket allvarligt tillstånd som kan uppstå om man är allergisk mot narkosmedel. Obe-

handlat kan det snabbt leda till döden (detta tillstånd har varit föremål för en egen kurs vid Simulatorcentrum).

Narkospersonalen måste då mycket tydligt uppmärksamma kirurgteamet på att patienten har drabbats av detta allvarliga tillstånd och påtala för kirurgen att operationen kanske måste avbrytas. Här gäller det nämligen att genast ta hand om det andra problemet, som just nu är mycket större.

Om narkospersonalen bara jobbar på i det tysta är risken stor att ingen annan uppfattar att det är en krissituation.

»Någon« finns inte

Att adressera sina budskap är också centralt i CRM. Uttrycket »någon« finns inte. Detta någon, eller liknande obestämda uttryck, som man ofta använder i vården, till exempel »kan någon ringa efter mera blod«, eller »kan vi få mera smärtstillande«.

– Det är ett väldigt otydligt sätt att kommunicera. Man riskerar att saker inte blir gjorda. Det måste i stället heta »Lisa, ring och beställ mera blod«. Kan man inte namnet kan man peka eller förvisa sig om att man har ögonkontakt med den person som man vill ska göra något, underströk Cecilia Holm.

Budskapen måste fram tydligt

Man måste prata högt och tydligt. Om man bara står och konfererar och fortsätter jobba utan att den som är ledare sammanfattar högt eller den som har till uppgift att ha koll på till exempel monitorn högt talar om att nu har blodtrycket stigit till 150/95 fungerar det mycket



Cecilia Holm är kommunikationsvetare och har en magisterexamen i pedagogik med professionell inriktning. Förutom att undervisa i CRM arbetar hon med kursutveckling vid CMS. Tillsammans med överläkare Lars Björk är hon initiativtagare till kursen.

sämre. Man måste se till att budskapen tydligt går fram och återbekräftas.

Det är viktigt att använda sin fantasi och tänka att »Just nu har vi det här läget, men hur kan patienten förändras, vilka risker finns de närmaste minuterna?«.

Cecilia Holm liknar det vid att man så att säga flyger framför flygplanet. Kanske inser man då att »jag kommer att behöva intubera patienten, tänk om hon är svårintuberad. Jag kanske redan nu ska förvarna min bakjour om att jag är för oerfaren att klara av en sådan åtgärd«.

– Det gäller att vara steget före och

inte stå där mitt i och ha gjort tre intubationsförsök utan att få ner tuben, och sedan tar det fem minuter innan bakjouren infinner sig. Vi försöker trycka på att det faktiskt är ett tecken på styrka och mognad att inse att »det är inte säkert att jag behöver hjälp, men kanske kommer jag att göra det«.

Väsentligt med tillåtande klimat

I CRM-föreläsningen betonades att det är oerhört väsentligt att ha ett tillåtande klimat. Alltför många gånger när man utreder felhändelser är det någon som säger att »det såg jag tecken på långt tidigare«.

»Men varför sa du inget?« »Nej, men det ska väl doktorn se själv« eller »det vågade jag inte, för förra gången jag sa till en doktor blev han förbannad på mig efteråt«.

– Vi försöker vara missionärer för en kulturförändring som vi tror att sjukvården måste arbeta fram. Det ska vara tillåtet att dela med sig av det man ser eller det man misstänker oavsett om man bara har jobbat i två år och doktorn eller den äldre sjuksköterskan har jobbat 20, kommenterade Cecilia Holm och fortsatte:

– Det kan inte nog betonas att detta är ledarens roll. Ledaren kan väldigt tydligt bjuda in till det genom att säga att »detta är den diagnos jag arbetar efter men är det någon som ser något annat så tala om det. Jag läser av de här värdena – är det någon som har annat att rapportera?«

– Det är så enkelt för ledaren att göra det, att visa att för honom eller henne är det ok, jag vill höra era tankar. ■

Utvecklades inom flyget sedan flera hundra dött i en olycka

CRM är ett vedertaget koncept för strukturerat arbete i kritiska situationer, oavsett domän, och det används sedan decennier i kärnkrafts- och offshoreindustri och flyget, där det ursprungligen utvecklades.

Efter olyckan då två jumbojetar krockade på marken på Teneriffa 1977 och flera hundra personer dog intensifierades kvalitets- och säkerhetsarbetet med hjälp av CRM. Man fann nämligen att olyckan berodde på otydlig kommunikation, hierarkiska strukturer och bristande »koll på läget«.

Vid Simulatorcentrum på UMAS har

man valt att fokusera på orden ledar- och följarskap, helhetssyn, rolltydlighet, kommunikation, support och resurser.

Cecilia Holm berättade om skillnaderna mellan flyget och sjukvården. Flyget har standardiserat sin kommunikation, har checklistor, har mycket tydligare former för återrapportering och bekräftelser av budskap än sjukvården.

Olika sätt att kommunicera lärs ut

Hon pekade också på att sjukvårdens repressiva avvikelshantering inte alls finns på samma sätt i flyget, där riskerar man inte att straffas som en följd av att rapportera egna misstag.

Hon pekade på att olika sätt att kommunicera lärs ut inom vården. Läkare lär sig att ge korta, koncisa, strikta fakta medan sjuksköterskor är mycket mer beskrivande med hela omvårdnadsarbetet.

Det kan leda till missförstånd – och därmed påverka patientsäkerheten.

Hon pekade även på att hierarkierna inom vården hämmar kommunikationen och att de medicinska kunskaperna ofta betraktats som tillräckliga.

Hon beskrev varför det i en krissituation är så lätt att tappa överblicken, »kollen på läget«.

Det är vår begränsade kapacitet och en

massa störande faktorer. Det kan vara att välkända situationer avtrubbar eller en missuppfattning av information.

Kan vara trötthet och tidspress

Men det kan också handla om trötthet, tidspress, språk och kulturskillnader samt osäkerhet.

När man lär sig att medicinskt hantera en kris så ser man enbart på det medicinska, varje yrkesroll har sin speciella uppgift. Läkaren gör bara vissa saker, sjuk-

sköterskorna gör bara vissa andra saker.
– Men genom att introducera dem i CRM vill vi att de ska se att de är ett team som arbetar tillsammans mot ett mål. Oavsett om du är läkare eller sjuksköterska är det samma färdigheter du ska träna och lära dig, nämligen kommunikation, ledarskap, resursutnyttjande osv, underströk Cecilia Holm.

Betonar helhetssyn

I CRM betonas vikten av en helhetssyn.

Det är väldigt värdefullt om man kan vara så pass många i en krissituation att den som leder arbetet kan ta ett steg tillbaka och få en överblick och inte hela tiden måste stå med händerna upptagna.

Säkrare för patienterna

Som avslutning framhöll hon att detta är ett ämne som man kan fördjupa sig mycket i och att CRM säkert kan hjälpa till att göra vården säkrare för patienterna. ■

Undersökte inte patientens pung – missade testistorsion

Av journalen framgår att distriktsläkaren inte vid något tillfälle undersökte patientens pung, trots att denne hade uppenbara besvär. (HSAN 3963/06)

Den 29-årige mannen har försämrad funktionsnivå efter psykosdebut år 1996. Den 15 november 2005 och den 7 februari 2006 sökte han akut hos distriktsläkaren på grund av smärtor i buk och ljumske. Vid det sista besöket remitterades han till en kirurgisk klinik.

På grund av fortsatta besvär kontakta- de hans mor den 10 februari en sköterska på distriktsläkarmottagningen och meddelade att sonen hade en kraftig förstoring av vänster punghalva.

Blödning i testikeln

Distriktsläkaren rekommenderade, genom sköterskan, kontakt med en jourmottagning vid länssjukhuset. Efter undersökning där den 11 februari opererades några dagar senare den vänstra testikeln bort. PAD visade blödning i testikeln. Orsaken till blödningen bedömdes vara trauma eller torsion.

Patienten anmälde distriktsläkaren för att inte ha undersökt honom ordentligt, han var aldrig avklädd och underlivet palperades inte, hävdade han.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från distriktsläkaren, som beströdd att han gjort fel. Han hade undersökt patienten utifrån information från modern. Vid undersökningen den 15 november var patienten väldigt motoriskt

orolig och modern fick hjälpa läkaren med att få honom att ligga stilla på britsen. Modern var hela tiden närvarande och kunde ställa frågor.

Då distriktsläkaren inte kom fram till något konklusivt uppmnade han modern att söka igen alternativt att söka en kirurgmottagning direkt.

Vid besöket den 7 februari var patienten ensam förutom någon form av vårdare, som inte visste varför patienten var där. Själv förnekade patienten totalt att han var sjuk, hävdade distriktsläkaren.

Denne framhöll att han undersöker alla patienter, det är hans skyldighet.

Undersökning inte dokumenterad

Ansvarsnämnden påpekar att det av journalen från distriktsläkarmottagningen framgår att distriktsläkaren vid besöket den 15 november 2005 palperat patientens ljumskar, vilka befunnits vara utan anmärkning. Han fann inte någon dunkömhet över vänster njure. Patienten var blek och motoriskt orolig samt klagade över smärtor i njurregionen. Urinprov var normalt.

Undersökning av pungen finns inte dokumenterad. Distriktsläkaren misstänkte att besvären orsakats av njursten. Det framgår emellertid inte av dokumentationen att njurröntgen planerades.

Den 7 februari 2006 sökte patienten igen på grund av att han till och från under ett par veckor haft smärtor i vänster ljumske. Av journalanteckningen framgår att distriktsläkaren inte kunde palpera något patologiskt i ljums-

ken. Undersökning av pungen finns inte dokumenterad. Distriktsläkaren remitterade patienten till en kirurgisk klinik med diagnosen smärttillstånd i vänster ljumske.

Den 8 februari tog patientens mor kontakt med distriktsläkaren. Hon var orolig. Distriktsläkaren sade att han inte hade någon förklaring till smärtbesvären i vänster sida. De hänvisades till att söka akut vid en jourmottagning om patienten fick feber eller starka smärtor.

Den 10 februari tog modern ny kontakt på grund av att sonen hade en stor och svullen pung. De hänvisades till att söka akut direkt vid länssjukhuset.

Sonen opererades. Av operationsberättelsen från den kirurgiska kliniken vid länssjukhuset framgår att det var mycket ärrigt kring testikeln, vilket talar för att blödningen var gammal, bedömde Ansvarsnämnden.

Uppenbara besvär

Det framgår inte av journalen att distriktsläkaren undersökt patientens pung vid besöken den 15 november 2005 och den 7 februari 2006. Han undersökte inte heller patienten den 10 februari, trots uppgifter om att denne hade uppenbara besvär i pungen.

Patientens insjuknande den 15 november 2005 kan stämma med diagnosen testistorsion, konstaterar Ansvarsnämnden. Fynden vid operationen stöder en sådan förklaring. Förstoringen av pungen kan inte ha uppstått mellan den 7 och 10 februari 2006 eftersom fynden vid ingreppet visar att förstoringen varat en längre tid.

Distriktsläkaren har inte vid något av besökstillfällena undersökt patientens yttre genitalia. Han får en varning. ■

»Av operationsberättelsen från den kirurgiska kliniken vid länssjukhuset framgår att det var mycket ärrigt kring testikeln, vilket talar för att blödningen var gammal ...«