

Socialstyrelsen publicerar fallstudier på sin webbplats. Här presenteras i korthet två aktuella fallstudier: Patienten tog sitt liv under vård på sjukhus och Datorsystemet kraschade – journalanteckningar försvann. Bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag diskuteras och kommenteras.

Ska spegla händelser och risker inom vårdens alla olika områden

Socialstyrelsens fallstudier är analyser av händelser i hälso- och sjukvården där patienter kommit till skada eller utsatts för risker. En analys visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv.

Fallstudierna utgår från en eller flera händelser som har anmälts enligt Lex Maria. Detaljer har ändrats så att vårdenheter, personal och patienter inte ska kunna identifieras. Vår ambition är att vi med fallstudierna ska spegla händelser och risker inom hälso- och sjukvårdens alla olika områden.

Vägledning för händelseanalys

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland tagit fram en vägledning för händelseanalys i vården som grundar sig den metod, Root Cause Analysis (RCA), som bland annat används vid Department of Veterans Affairs (VA) i USA och inom den danska hälso- och sjukvården [1].

Metoden innebär att orsaker till den inträffade händelsens olika moment

identifieras och analyseras ur ett systemperspektiv. Därigenom kan de bakomliggande orsakerna klarläggas och adekvata åtgärder föreslås. Enligt metoden finns följande sex möjliga orsaksområden:

- Kommunikation och information
- Utbildning och kompetens
- Omgivning
- Teknik, utrustning och apparatur
- Procedurer, rutiner och riktlinjer
- Barriärer och skydd.

Vid vårt val av de händelser som analyseras har vi velat belysa samtliga bakomliggande orsaker.

Ansvar delat av många

Både vårdgivare, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att vidta åtgärder som angriper de bakomliggande orsakerna till att det ibland blir fel.

Ju högre upp ett beslut om generella åtgärder fattas i en organisation, desto fler verksamheter omfattas av åtgärderna.

Det är dock viktigt att först analysera om de föreslagna åtgärderna kan medföra nya risker.

Mer information om de båda fallbeskrivningarna kan hämtas på Socialstyrelsens webbplats; <www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>.

REFERENS

1. Händelseanalys och riskanalys, handbok för patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland, 2005.



FÖRFATTARE:
Torsten Mossberg
medicinalråd,
tillsynsavdelningen, Socialstyrelsen
torsten.mossberg@socialstyrelsen.se

Patienten tog sitt liv under vård på sjukhus

En man i 30-årsåldern med självmordstankar sökte vård vid en psykiatrisk akutmottagning. Jourhavande läkare bedömde att patienten behövde läggas in för vård med behov av frekvent övervakning. Mannen gick dock inte med på att låta sig övervakas; i så fall skulle han lämna sjukhuset.

Kriterierna för tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) var

inte uppfyllda och läkaren valde att lägga in mannen på en psykiatrisk vårdavdelning utan särskild övervakning.

Vårdpersonalen på mottagningen tog hand om mannens tillhörigheter. Såväl »farliga« saker som skulle kunna användas i suicidsyfte som ofarliga tillhörigheter lades tillsammans i en påse som medföljde patienten till vårdavdelningen. Påsen placerades i ett olåst skåp inne i mannens rum.

Senare samma dag hittades mannen död i duschutrymmet. Han hade hängt sig med hjälp av sitt bälte.

Kommentar

Med en systematisk händelseanalys kommer man ifrån syndabockstänkandet och kan inrikta sig på att hitta fel i systemet.

I detta fall kunde man identifiera flera viktiga bakomliggande orsaker till att

patienten kunde ta sitt liv under vårdtiden.

Procedurer, rutiner och riktlinjer brast
Det fanns ett vårdprogram för självmordsbenägna patienter på kliniken, men i detta program saknades beskrivning av hur jourhavande läkare skulle agera när patienten vägrade övervakning samt när bakjournen skulle rådfrågas/tillkallas.

En ny rutin för omhändertagande av patientens ägodelar hade införts utan att vårdavdelningarna var informerade, bland annat därför att rutinerna inte tagits fram i samverkan med dessa.

Teknik, utrustning och apparatur
Man hade inte analyserat riskerna beträffande de föremål i vårdrummen som kunde användas i självskadande syfte.

Utbildning och kompetens

Den läkare som arbetade som jourhavande psykiater var inhyrd och hade inte fått tillräcklig inskolning och information om gällande arbetssätt och rutiner på arbetsplatsen.

När de bakomliggande orsakerna är identifierade är det ofta lätt att ta fram förslag till åtgärder, som kan förhindra upprepning av händelsen. I detta fall handlar det såväl om nya rutiner för kontakt med bakjournen och samverkan rörande rutiner för omhändertagande av patienttillhörigheter som förbättrad introduktion för inhyrd personal och riskanalys av vårdrummens utrustning.

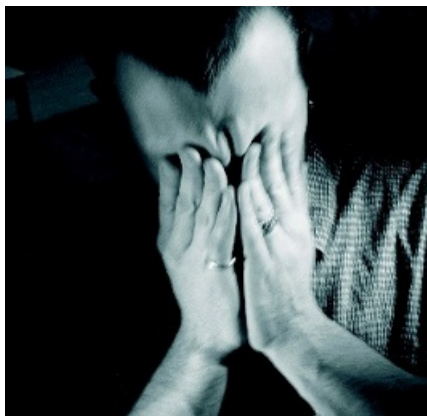


Foto: Scanpix

Det fanns ett vårdprogram för självmordsbenägna patienter, men det saknades en beskrivning av hur jourhavande läkare skulle agera när patienten vägrade övervakning.

Självmord anmälda enligt Lex Maria

För att stärka patientsäkerheten granskade Socialstyrelsen nyligen samtliga beslut som myndigheten fattat i ärenden om självmord som begåtts under 2006 och som anmälts enligt Lex Maria 1 februari 2006–31 mars 2007 [1].

Bristande rutiner

Den vanligaste kritiken från Socialstyrelsen i de granskade anmälningsfallen rör bristande rutiner för till exempel bedömning, dokumentation, information/kommunikation och samverkan. Vårdprogram användes endast i 26 procent av de 153 fallen. Socialstyrelsens rapport beskriver också brister i omhän-

dertagandet av patientens egna föremål och läkemedel som vanliga. Inte minst gäller det omhändertagande av läkemedel som patienten medfört hemifrån i samband med t ex en permission.

Bristande kompetens

Bristande introduktion av inhyrd personal, vikarier och nyanställd personal utgör en stor risk. Introduktionsprogram behöver utvecklas för att öka patientsäkerheten.

Bristar i den fysiska miljön

Av de 153 patienter som återfinns i Lex Maria-anmälningarna hade 13 tagit sitt liv på vårdavdelning, två på andra platser inom sjukhusområdet. Hängning är den vanligaste metoden vid självmord både inom och utanför vårdavdelning.

Det är mycket viktigt att de psykiatriska vårdavdelningarna systematiskt går igenom den fysiska miljön för att se vad som kan åtgärdas för att minska riskerna för att någon skadar sig.

I den danska rapporten »Selvmord och selvmordsforsog under indlaeggelse« [2] finns närmare redovisat vilka åtgärder som kan vara nödvändiga.

Torsten Mossberg

REFERENSER

1. Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria. Socialstyrelsen; 2007.
2. Selvmord och selvmordsforsog under indlaeggelse. Temarapport 2006. Sundhedsstyrelsen, Danmark. www.sst.dk

Datorsystemet kraschade – journalanteckningar försvann

En man i 80-årsåldern inkom till akutsjukhuset med en svår urinvägsinfektion. Mannen var allergisk mot sulfa. I det datoriserade journalsystemet ordinerades ett sulfafritt antibiotikapreparat. Man gjorde också en anteckning om patientens överkänslighet.

Under natten gjordes ett försök att uppdatera datorjournalssystemet som misslyckades. I samband med detta försvann all information om patienterna som matats in det senaste dygnet.

Fick anafylaktisk chock

När patienten nästa morgon fick hög feber och blev okontakbar ordinerades och gavs ett sulfahaltigt preparat efter-

som informationen om hans allergi inte var tillgänglig. Mannen utvecklade en anafylaktisk chock. Tillståndet kunde hävas och han klarade sig utan men.

I den händelseanalys som gjordes kunde flera viktiga bakomliggande orsaker till att patienten fick ett olämpligt läkemedel identifieras och förslag till åtgärder kunde tas fram.

Driftavbrott

Socialstyrelsens tillsynsavdelning har under de senaste åren fått in flera Lex Maria-anmälningar om händelser som berör störningar i IT-system för patientadministration och patientjournaler.

Det har framför allt rört sig om driftavbrott i samband med test av reserv-

kraft, oplanerade kraftavbrott, hård-diskkrasch eller service på servern etc.

I samtliga fall har en mängd patientinformation försvunnit på grund av att säkra rutiner för backup saknats. I ett av ärendena rörde det sig om 10 000 diktat.

Fungerande backup saknades

Endast i undantagsfall har patienter kommit till skada då man ofta har kunnat återskapa informationen. I vissa fall har man fått ägna mycket arbetstid åt att ringa samtliga patienter aktuella på mottagningen för att få ordning på tidbokningar etc.

I flera fall har man trots att backupsystemet fungerat men inte kontrollerat detta. I ett skarpt läge har det sedan visat