

Patientsäkerhetsarbete

Per-Olof Hansson, chefläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

2023-04-18



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Patientfall 1

- Patient ca 65 år
- Rökare, lindrig KOL, i övrigt väsentligen frisk
- Kommer in kraftigt allmänpåverkad, septisk
- Ligger initialt på IVA
- RTG Pulm (prelsvar) – u.a.
- Blododling visar växt av e.coli
- Flyttas efter 1 dygn från IVA till vårdavdelning, hämtar sig snabbt, hem efter 6 dagar total vårdtid

Patientfall 1

- Det kommer ett definitiva svar på lungröntgen som visar misstanke om lungmalignitet – ”bör utredas med CT thorax”
- Ingen uppmärksammar detta svaret
- 9 månader senare kommer patienten in p.g.a avtackling, viktning, hostar blod – har då en stor inoperabel lungcancer
- Vem borde ha uppmärksammat maligniteten under vårdtiden:
 - IVA-läkare?
 - Läkare på vårdavdelning dit patienten flyttades?
 - Eller läkare på Röntgen (borde ha ring när ändrar prelsvar)?

Patientfall 2

- 55-års åldern
- Typ 2 diabetes, övervikt, hypertoni, förmaksflimmer
- Kommer in till akuten för smärtor höger thorax
- Relativt opåverkad
- Röntgen visar pleuropneumoni, CRP : 200
- Elstatus: koagel, ”får tas om på vårdavdelningen”
- BT: 100/60
- Läggs in med antibiotika
- På akuten kl. 11.00 – kommer till avdelningen kl. 15.30 vardag

Patientfall 2

- Läkemedelsordination
- Står sedan tidigare på bl.a.
- Eliquis
- Metformin
- Enalapril
- Hydroklorthiazid
- Amlidopin
- Samtliga dessa mediciner ”pilas” för fortsatt behandling

Patientfall 2

- Träffar aldrig avdelningsläkare (gick hem tidigt idag)
- Nytt elstatus togs aldrig på avdelningen planeras för nästa dag
- På kvällen klagar över mer smärta – jour hinner inte bedöma men ordinerar T. Diklofenak 50 mg x3 mot smärtan per telefon
- Nästa dag är patienten trött och yr
- BT: 85/50
- Elstatus: Na: 138, **K: 6,0, Kreatinin: 387**
- Akut njurpåverkan. **Metformin** – risk för lactoacidosis!
- Hur hade man kunnat förebygga detta?

Risksituationer – vanliga orsaker till fel

- Patientsäkerhetsrisker i ”vårdens övergångar”
 - Primärvård/slutenvård,
 - ambulans/akut,
 - akut/vårdavdelning,
 - mellan avdelningar,
 - lab-röntgen/vårdenhet,
 - överrapportering (jouravlösning, byter personal natt/dag) etc.
- Brister informationsöverföring/kommunikation
- Risker med läkemedelsordination / läkemedelsskador
- Sällan brist på rutiner – snarare att de inte läses/följs – Varför då?

Risksituationer för vårdskada, forts.

- Första dygnet på sjukhus eller efter ingrepp (akut sjuk och ibland oklar diagnos)
- I samband med flytt mellan enheter (brist i information)
- "Dålig stämning" på enheten - konflikter
- Om för många "kockar" (oklart vem som är ansvarig) – "någon annan" skall göra..
- Utlokalisering (inte min patient")
- "Inga vårdplatser" – blir kvar på akuten



Patientsäkerhetslagen

- Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Vi är skyldiga att uppmärksamma och utreda vårdskador
- Patient/närstående ska informeras och erbjudas delaktighet

Syftet är att hindra vårdskador!



Vad gör en chefläkare?

- Stabsfunktion – **ej linjechef**
- **Rådgivande och stödjande** till ledning och verksamheter i frågor som rör patientsäkerhet och kvalitet
- **Chefläkare ansvarar för lex Maria-anmälningar** (vid allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada)
- **Verksamhetschefen är ansvarig för patientsäkerheten!**

När patienten skadas; biverkan, komplikation eller vårdskada?

Vårdskada

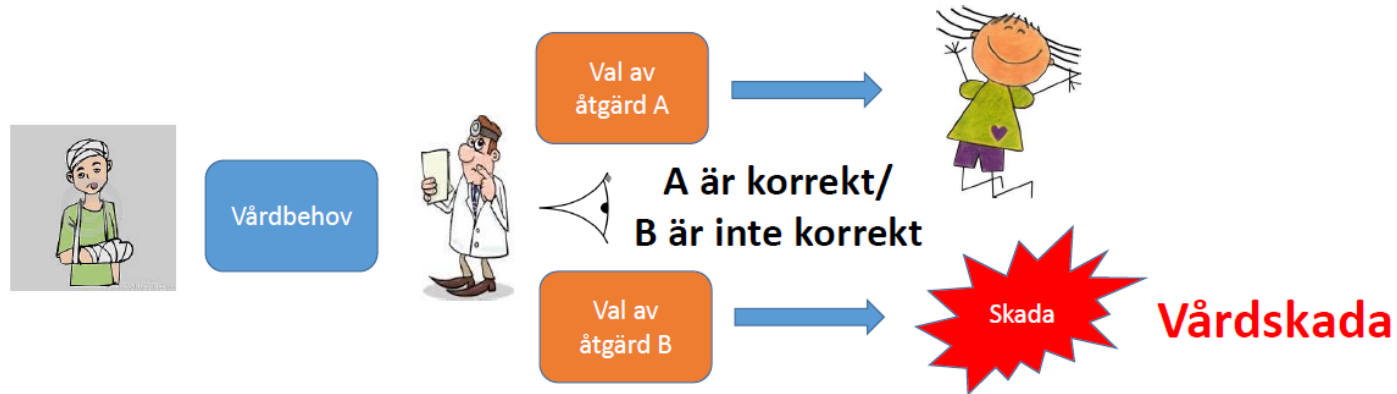
- Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall **som hade kunnat undvikas**

Allvarlig vårdskada

- Bestående och inte ringa, eller som lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit
- Subjektiv bedömning ! – vad menas med ”hade kunnat undvikas”?
- Lättare med facit i hand – men skall även ha kunnat förutses

Vad är en vårdskada ?

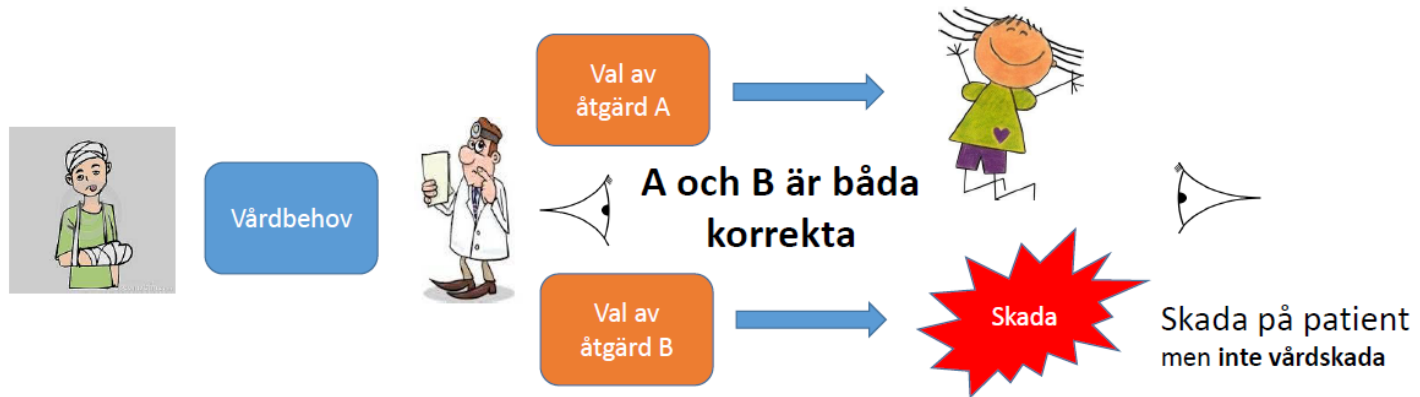
Undvikbarhet på förhand -
vårdskadebegreppet



1 kap 5 § PSL: Med vårdskada avses ... hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits ...

Men alla skador är inte ”vårdskada”

”Undvikbarhet” i efterhand - backspegeln



Tillsynsmyndighet

- **Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

- Tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten, samt över hälso- och sjukvårdspersonal

- **Socialstyrelsen**

- Beslutande och rådgivande organ
 - Föreskrifter och kunskap
 - Nationella riktlinjer
- Behörigheter och legitimationer



Allvarlig vårdskada och risk för allvarlig vårdskada

- Vårdgivaren utreder avvikelser – **händelseanalys** – analysteam på varje verksamhetsområde – sparas i ”Nitha kunskapsbank”
- **Chefläkare** granskar händelseanalysen och beslutar om skall anmälas till Inspektionen för vård och omsorg, IVO (**lex Maria**)
- Anmälan skall även innehålla ”**handlingsplan**” – hur undvika och följa upp att det inte händer igen
- **IVO** granskar:
 - att utredningen är fullgod - Kan begära komplettering
 - att åtgärder vidtagits för att hindra att felhändelse kan ske igen
 - Avslutar sedan ärendet – kan senare göra **inspektion**

Bristande följsamhet till rutiner – gå till botten!

- Är rutinerna otydliga?
- Är rutinerna okända för personalen?
- Är rutinerna gamla/ej uppdaterade?
- Är rutinerna inte lätt tillgängliga?
- Saknar personalen träning i hur rutinerna ska användas?
- Är kulturen sådan att rutiner inte följs?
- Är rutinerna inte anpassade efter verksamheten?



Lite frågesport?

- Hur många skulle kunna berätta vad den **senaste** händelsen som anmäldes enligt Lex maria på ditt verksamhetsområde handlade om ?
- Hur många skulle kunna berätta om **någon** händelsen som anmäldes enligt Lex Maria på ditt verksamhetsområde de senaste 5 åren?
- Hur många skulle kunna ange vilken **Handlingsplan** som gjordes i samband med denna Lex Maria ?
- Hur många skulle kunna redogöra för hur **uppföljningen** av denna handlingsplan har gjorts?

Åtgärdshierarkier

- Mindre effektiva åtgärder (tala om vad skall göra)
- Effektiva åtgärder (minska risk att göra fel)
- Mycket effektiva åtgärder (skall inte gå att göra fel)
- Förutsättning: **Ledningens engagemang**

Mindre effektiva åtgärder

- Nytt förfarande/ **PM/ riktlinje** –ex. Kom ihåg att kontrollera intravenösa instickställen varannan timme
- **Utbildning** - Demonstrerar den korrekta användningen av komplicerad medicinsktekniska utrustning
- **Varningar** - Införa larmsignaler eller varningsetiketter
- **Dubbel kontroll** – ex. en person kollar att en annan gör rätt

Effektiva åtgärder

- Ex. låt två personer **oberoende av varandra** kolla att man gör rätt
- IT-stöd: ex. Använd **datoriserade varningar** för interaktioner mellan läkemedel
- Använda **checklistor** vid operation och andra ingrepp
- Eliminera saker med liknade utseende och namn – förvara **inte** saker som **kan förväxlas** nära varandra
- **Eliminera störmoment:** ex. utföra komplicerad åtgärder i ”tysta rum”
- Utbildning genom **simulatorbaserade övningar** regelbundna repetitionstillfällen och utvärdering
- Standardiserade kommunikationsredskap – Använd **SBAR**. Använd en **fast rutin** vid överlämning av patient

Mycket effektiva åtgärder

- **Fysiska förändringar** av anläggningen – Ex: Utbyte av karuselldörrarna i huvudingången till automatiska skjutdörrar för att minska fallolyckor för patienter
- **Byt ut** utrustning där stor risk att man gör fel
- **Teknisk styrning** (tvingande funktion) – ex: slangar och kopplingar som endast kan kopplas korrekt
- Förenklingar av processer – **Ta bort onödiga steg** i processer
- **Standardisering av utrustning** eller process – Standardisering av fabrikat eller modell för de läkemedelspumpar som används inom hela sjukhuset. Användning av streckkoder vid läkemedelsadministration.
- **Tydligt engagemang från ledningen** – Ta del av enheternas patientsäkerhetsarbete. Stöd händelseanalysprocesser. Införskaffa nödvändig utrustning. Se till att bemanningen och arbetsbördan är adekvat och rimlig.

Systemsyn / individsyn

- Systemsyn
- Negativa händelser uppstår på grund av brister i hälso-och sjukvårdssystemet. Det kan vara svagheter på alla nivåer i systemet.
- Individsyn
- Orsaker till negativa händelser söks hos enskilda individer, ex att en medarbetare slarvat eller brustit i uppmärksamhet

Patientsäkerhetsarbete - **Systemtänkande !**

Letar brister inom:

organisation,

rutiner,

arbetsmiljö,

bemanning,

ledarskap,

kommunikation och/eller

utrustning.

”INTE LETA SYNDABOCKAR ”

*”större risk att annan person gör samma fel i samma situation
Än att samma person gör samma fel igen”*

ALLA gör fel !

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

- Enligt Socialstyrelsens nationella handlingsplan 2023-24: "Agera för säker vård" (och kommande Regional handlingsplan)

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare



Grundläggande förutsättningar för en säker vård

- Enligt Socialstyrelsens nationella handlingsplan 2023-24: "Agera för säker vård" (och kommande Regional handlingsplan)

- Engagerad ledning och styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

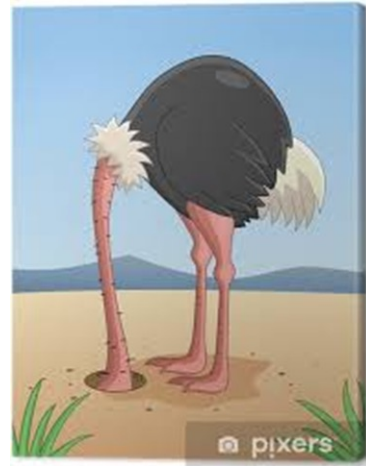


En god säkerhetskultur

- Vad är det ?
- ett aktivt arbete med att **identifiera risker och skador** och ett lika aktivt arbete med att **minimera dessa**
- ett **öppet arbetsklimat där personalen tryggt** kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett **icke-skuldbeläggande** förhållningssätt
- en organisation där **alla lär av de negativa händelser** som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

Patientsäkerhetskultur

- Handlar inte om att hitta fel hos andra
- Utan om att hitta fel hos "sig själv"
- "Vad kan **Vi** på vår enhet göra för att vården skall bli bättre för våra (och andras patienter)"
- Är det OK om patienten får sämre vård – så länge jag själv slipper bli inblandad....
- "Rädslan att göra fel får aldrig bli starkare än vilja att göra rätt"



Hur arbeta med patientsäkerhetskultur

- Återkoppla händelser i verksamheten
- M&M (mortality and morbidity) konferenser
- Öppet klimat – prata om risker och händelser
- Viktigt med chefs attityd – gärna dra ”egna misstag”
- Stötta varandra när går fel

Vad händer med **individen** som är involverad i en felhändelse/Lex Maria-anmälan?

- De tänker:
- Skall jag "anmäla mig själv" ...
- Och vi dessutom skall berätta för alla – och älta detta ...
- Och det blir offentligt ...
- Och det kan hamna i tidningen...
- Hur skall jag orka med detta ??
- Chefers/kollegors ansvar att GE STÖD !

Vad händer ”juridiskt” om man ”blir anmäld”

- Arbetsgivaren alltid ansvarig
- Lex Maria alltid ”systemtänkt” – inte individ
- Samtidigt har man ett yrkesansvar
- OM IVO gör en egen utredning (gör ibland) kan de ”rikta kritik” mot enskild yrkesutövare
- Om ”grav oskicklighet” så kan IVO utreda person och anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd – **extremt ovanligt**

Riskindivider

- Är det ALLTID systemfel ?
- Även den duktigaste och mest noggranna läkaren kan göra fel
- Om upprepade fel, dåligt omdöme, missbruk, sjukdom – kan vi identifiera RISKINDIVIDER
- Verksamheten är då skyldig att vidta åtgärder (omplacering, avstängning – samråd med HR) och anmäla till IVO
- IVO utreder (kan ta flera år!) och kan sedan anmäla till HSAN för beslut om deslegitimation, begränsad förskrivningsrätt etc.

Varför klagar/anmäler patienten?

- Vill ha ursäkt/upprättelse
- Vill ha en förklaring – varför?
- Vill inte att andra skall drabbas av samma sak

- Ingen ekonomisk vinning MEN kan anmäla till LÖF (Regionerna ömsesidiga försäkringsbolag) och få ersättning om vårdskada

När det ändå blir fel.

■ KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

Personal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp

Önskvärt med systematiskt stöd från kolleger och chefer, visar intervjustudie

AndreenSachs M, Baehrendtz S, Sellgren SF, et al. Vårdpersonal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp. Läkartidningen. 2013;110:550-2

Rutin – stöd till medarbetare på Sahlgrenska

Länk: [Chefers stöd till medarbetare i samband med vårdskada eller patientklagomål \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

Doknr. i Barium	Dokumentserie	Giltigt fr o m	Version
46085	su/adm	2020-04-22	1
RUTIN Chefers stöd till medarbetare i samband med vårdskada eller patientklagomål			
Innehållsansvarig: Per-Olof Hansson, Chefläkare, Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet (perha5) Godkänd av: Maria Aleniusson, Personaldirektör, HR (maral103) Denna rutin gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset			

Syfte

Att förtydliga chefs ansvar för att ge stöd till medarbetare som varit inblandad i patientklagomål och/eller händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Inledning

Att vara delaktiga i en händelse som medfört ett patientklagomål och/eller utredning avseende vårdskada är ofta en omskakande upplevelse där det är lätt att involverad medarbetare känner sig utlämnad och ensam med sina känslor och tankar.

Arbetsbeskrivning

Närmaste chef är ansvarig för medarbetares psykosociala arbetsmiljö och i detta ligger bland annat att uppmärksamma behov av samtalsstöd i samband med svåra händelser. Det är också viktigt att man som chef främjar ett öppet klimat som gör att medarbetare kan och vågar prata om patientsäkerhet på ett konstruktivt sätt och också vågar prata med sina kollegor om hur man mår och om behov av stöd.

Bilaga till rutin -checklista

Doknr. i Barium	Giltigt fr.o.m	Version
46085	2020-04-22	1

RUTIN

Chefers stöd till medarbetare i samband med vårdskada eller patientklagomål

Bilaga 1

Checklista – stöd för chefer vid samtal kring vårdskada och/eller patientklagomål

Inledande samtal

Checklistan gäller chef, HR eller skyddsombud/facklig representant som håller inledande samtal med en medarbetare som varit inblandad i patientklagomål och eller händelse som medfört eller kunnat medföra vårdskada samt vid kontakt från inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Syftet med ett inledande samtal är att lyssna på berättelsen, visa omsorg om den som varit inblandad i patientklagomål och/eller vårdskada samt blivit kontaktad av IVO. Gemensamt samtala om hur situationen kan redas ut och vilka åtgärder som kan behöva genomföras samt vilket stöd som medarbetaren har behov av.

Bilaga 2 till checklista.

Skrift till medarbetare med råd

Bilaga 2

Till dig som varit delaktig i ett patientklagomål eller en händelse som medfört eller riskerat att medföra en vårdskada

Att vara delaktiga i en händelse som medfört ett patientklagomål och/eller utredning avseende vårdskada är ofta en omskakande upplevelse där det är lätt att känna sig utlämnad och ensam med sina känslor och tankar.

Begreppet **vårdskada** innebär skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Med **allvarlig vårdskada** avses bestående skada, ökat vårdbehov eller död.

Vårdgivaren är skyldig att utreda händelser som lett eller kunde leda till vårdskada och måste då klarlägga händelseförloppet, identifiera orsaker och risker samt föreslå åtgärder i förebyggande syfte. När vårdgivaren identifierar och synliggör orsaker till vårdskador kan medarbetare samtala om händelsen och dess bakomliggande orsaker. Detta bidrar till att orsakerna kan åtgärdas och risken för upprepning minskar.

Det är mycket sällan som en enskild medarbetare bär ansvar för att oönskade händelser inträffar, varför utredningarna alltid fokuserar på systemtänkande och aldrig på individ. Orsak till fel är oftast brister inom organisation, rutiner, arbetsmiljö, bemanning, ledarskap, kommunikation och/eller utrustning.

Råd om massmedia ringer

- Du behöver inte svara MEN vi har meddelarfrihet (grundlagsskyddat)
- Du eller vem som helst har RÄTT att yttra sig eller kontakta massmedia
- Arbetsgivaren har inte rätt att eftersöka källa (eller ge repressalier)
- TIPS: om du INTE VILL prata med massmedia.
 - Ange patientsekretess
 - **Hänvisa** till presstjänst på sjukhuset
 - Ofta verksamhetschef eller Chefläkare som besvarar frågor från massmedia (sjukhuset skall utse "talesperson". Presstjänst skall kunna ge stöd.

Tillbaka till våra patientfall - 1

- **Patient 1** – vårdades för urosepsis – lungröntgen visade misstänkt lungcancer – uppmärksammades inte. Varför då?
- I sammanhanget ”bifynd”
- Oklart vem som var ansvarig för att uppmärksamma – och följa upp?
- Lex Maria ?
- Ja! – fördröjd diagnos av allvarlig sjukdom – kurativ behandling kunde inte ges. Dåliga rutiner för provsvarshantering!
- Berörde 3 olika Verksamheter – vanligt att man vid analys hittar fel hos andra men inte hos sig själv!
- Handlar om att fundera över vad man SJÄLV – egen verksamhet - kan göra bättre nästa gång!

Tillbaka till våra patientfall - 2

- **Patient 2** med pneumoni som fick flera olika läkemedel och akut njurpåverkan

Lex Maria?

Ja! Flera felhändelser.

Förebyggande medicin för diabetes och hypertoni (metformin, ACE-hämmare, tiazid-diuretika borde tillfälligt "kryssas" vid akut tillstånd med lågt blodtryck.

Otydlig ansvarsfördelning mellan akut/vårdavdelning ang ordination och klinisk bedömning

Stressad jour tvingas att ta ställning till behandling – alltid ökad risk om man inte "gör färdigt" på "kontorstid".

Sammanfattning

- Det är farligt att vara sjuk
- OM du blir sjuk så bör det vara:
 - vardagar 8-16 du skall ha samma läkare och sköterska hela tiden
 - absolut inte byta avdelning eller
 - komma när ”i afton fullsatt” skylten kommit upp

Bästa sättet för oss som vårdgivare att undvika att det går fel är att vara medveten om och erkänna att det ofta gör det. Och prata om det!

Vid resursbrist – ”gör så gott du kan”

Murphys lag gäller:

Om det finns en möjlighet att göra fel – kommer någon förr eller senare att göra det”

Vi fortsätter arbeta för att förebygga skada !

