

BRISTER i samarbete och kommunikation

Dagens kirurgiska miljö är specialiserad, högteknologisk och produktionsinriktad. Den utgör en högriskmiljö för medicinska misstag. Vanligast är skador inom verksamheter med stora operationsvolymen, främst inom kirurgi och ortopedi.

Sjukhusvistelse i sig är förenad med stor fara för patienterna. Den totala ersättningen för vårdskador till patienter och anhöriga uppgick 2012 till cirka 476 miljoner kronor (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2013). Ytterligare statistik från Patientförsäkringen Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) visar att vårdskadorna ökade med sju procent under 2012 till 13 905 fall. Bland kirurgiska skador rapporteras blödningar, skadade kärl och nerver, skelettskador vid protesinläggningar och infektioner vid ren kirurgi (LÖF, 2013).

De svenska siffrorna är inte unika. Statistik från olika sjukhus i USA visar att allvarliga medicinska tillbud vid sjukhusvård skedde i mellan 2,9–13,6 procent av fallen. Över hälften av dessa tillbud räknades som medicinska tillbud, som hade kunnat undvikas.

Projektet Säker bukkirurgi

Med ambitionen att minska patientskador initierades projektet *Säker bukkirurgi* av Patientförsäkringen LÖF. Arbetet genomförs i samverkan med Svensk kirurgisk förening och flera andra yrkesföreningar.

Projektet bygger på material som inhämtats från kirurgiska kliniker i olika steg. Initialt har frivilligt deltagande kliniker genomfört en självvärderingsrapport, baserat på 24 punkter.

Efter detta granskas rapporterna av ett klinikoberoende och tvärprofessionellt revisorsteam, bestående av läkare och sjuksköterskor som genomgått en för projektet, specifik utbildning. Granskningen avslutas med ett platsbesök på kliniken, av samma revisorsteam och ett möte med klinikledningen angående de punkter som framkommit, för att skapa en plan för förbättringsarbete utifrån befintliga resurser. Slutprodukten består av en återföringsrapport som sedan följs upp.

Vid en tidig och preliminär sammanställning av resultaten från de första 17 deltagande klinikerna framkom ett mönster av

att ett stort och återkommande problem var kopplat till samarbetet och kommunikationen mellan anestesi och kirurgi. Problemet finns även beskrivet i internationell forskning, som visar att kommunikativa misstag utgör en betydande del av problematiken kring vårdskador.

Misstag sker i samtliga led vid överrapportering mellan olika vårdenheter och beror främst på bristande standardiserade kommunikationsverktyg samt låg kvalitet på överrapporteringarna. I operationssalen svarar kommunikativa misstag för nästan hälften av alla misstag.

Den genomgående problematiken med kommunikativa och samarbetsmässiga svårigheter fick LÖF att utöka projektet med en utvärderingsgrupp, vars övergripande mål har varit att ge förslag till förbättringsåtgärder som ska kunna appliceras generellt inom kirurgisk vård. Även denna grupp var multidisciplinär och representerade flera olika kliniker.

”Kommunikativa misstag utgör betydande del.”

Resultatet av utvärderingen

17 kirurgiska kliniker deltog i första omgången av projektet och utvärderingen har baserats på de självvärderingsrapporter som revisorsteamet genomförde. Materialet var spretigt och ojämnt både i omfång och djup.

Trots detta tyder resultatet ändå på att den preoperativa bedömningen överlag fungerade relativt väl. Däremot var det vanligt förekommande med bristande rutiner kring medicinering inför anestesi och operation, informationsöverföring mellan de olika medicinska enheterna som patienterna passerar under vårdförloppet samt rutiner för att återföra avvikelser.

Flera enheter redogjorde för olika journalsystem för kirurgi, respektive anestesi och intensivvård, en barriär för enkel informationsöverföring.

Baserat på det material som framkommit i revisionsrapporterna och granskning av aktuell, vetenskaplig litteratur har ut-



KOMMUNIKATION. På operationsavdelning bör man eftersträva strukturerad kommunikation för att undvika misstag och missförstånd.

värderingsgruppen formulerat en rad rekommendationer, som syftar till att undvika kommunikativa och samarbetsmässiga misstag i den kirurgiska vårdkedjan.

Utvärderingsgruppens förslag

Operationsanmälningar: En operationsanmälan är en skriftlig kommunikation mellan operatör och operationsavdelning, som med rätt användning är ett effektivt sätt att planera och strukturera kommande operationer. Ofullständiga anmälningar leder till både tids- och resursslöseri i samband med operationen.

Utvärderingsgruppen föreslår operationsprogram där operationsanmälan har mer tvingande fält och obligatoriska uppgifter som operatören aktivt måste ta ställning till, för att anmälan ska godkännas som komplett och giltig. För en tydlig kommunikation krävs också uppdaterade operationskort, för att underlätta operationsförberedelserna och medföra en ökad noggrannhet.

WHO:s checklista: Revisionen visade brister av varierande grad i användandet av WHO:s checklista, trots att vetenskapliga artiklar visar på både mortalitetsänkning och komplikationsreduktion vid användning av checklisten.

Utvärderingsgruppen föreslår att checklisten ska modifieras lokalt och att modifieringen gärna ska ske i samarbete med medarbetarna i operationslaget, för att få med alla nöd-

vändiga perspektiv. Checklisten kräver träning innan den blir en naturlig och effektiv del av arbetet i operationssalen och för detta måste tid avsättas.

Genomgång av operationsanmälan: Att varje vecka ha en multidisciplinär genomgång av kommande 1–2 veckors operationsprogram är ett strukturerat sätt att i god tid fånga upp potentiella problem med bemanning, utrustning och logistik i operationsprogrammet.

I detta forum ges utrymme för att optimera och anpassa operationsprogrammet efter rådande situation. Representerarna vid dessa möten måste ha ett ansvars- och beslutandemandat för sin klinik och vara väl informerade om sina patienter.

Genomgång av dagens operationsprogram: Det finns många fördelar med att varje morgon samla det multidisciplinära operationssalsteamet före första operationsstart. Här kan arbetsuppgifter fördelas, samtidigt som dagens program, patienter och eventuella problem och hinder diskuteras.

Denna typ av pulsmöte är inte tänkt att ta mer än fem minuter och om hela salsteamet är närvarande kan många missförstånd eller dubbelarbete undvikas.

Kommunikation – Rapportering: Utvärderingsgruppen anser att operationsavdelningar aktivt måste sträva efter att använda redskap som underlättar och strukturerar den interdisciplinära

”Många missförstånd kan undvikas.”

kommunikationen. Hit räknas tidigare nämnda WHO:s checklista, SURPASS (SURgical Patient Safety System), det första kommunikationsverktyget framtaget för hela den kirurgiska vårdprocessen och SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation), ett verktyg med syfte att komprimera och strukturera övrapportering och på så sätt undvika missförstånd. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är ett behandlingskoncept som utifrån evidensbaserad kunskap utvecklar riktlinjer för specifika kirurgiska ingrepp.

Riktlinjerna bygger på checklistor, men också på återföring till multiprofessionella team där resultaten kopplas till processer under vårdtiden. Utvärderingsgruppen vill speciellt betona lokala anpassningar och modifieringar, samt tid till teamträning, oavsett vilka kommunikationsverktyg som används.

Sammanfattande punkter

Utvärderingsgruppen har identifierat ytterligare några viktiga punkter som sannolikt kommer att kunna ge en förbättrad kommunikation mellan de som ansvarar för kirurgi och anestesi.

ASA-klassifikation behöver förtydligas och göras obligatorisk vid den preoperativa bedömningen. Att ha en konsekvent användning av hälsodeklarationer och förbättrade rutiner kring

inskrivningsjournal och den preoperativ bedömningen är ytterligare viktiga kommunikativa förbättringar i det preoperativa vårdförloppet. Hit hör också konsekventa operationsanmälningar med uppdaterade operationskort.

Vidare tror gruppen att en tydligare struktur på planeringen, såsom användande av multidisciplinära bedömningar vid speciellt sjuka patienter och komplicerade ingrepp, samt en veckoplanering med samtliga enhetsansvariga närvarande skulle underlätta arbetet för alla.

Gemensamma M&M-konferenser gör det möjligt att utbyta erfarenheter mellan medarbetarna från anestesi och kirurgi. I operationssalen bör strävan vara att ha en öppen kommunikation och övrapportering enligt instrumentet SBAR. Vidare bör journalsystem vara gemensamma för alla i vårdkedjan inklusive den postoperativa vården, även avseende läkemedel.

Projektet Säker bukkirurgi fortsätter och fler kirurgiska kliniker har och kommer att inkluderas.

Referenser finns på aniva.se.

*Utvärderingsgrupp "Samverkan mellan kirurgi och anestesi".
Katarina Göransson, Johan Lundberg, Olle Ljungqvist, Gabriel Sandblom, Elisabet Ohlsson*

ICPAN 2015 3rd International Conference for PeriAnaesthesia Nurses



Copenhagen the 9–12 September



Uppdragsutbildning inom
Barnintensivvård 7,5 hp (A)

Är du sjuksköterska och möter
svårt sjuka barn i ditt arbete? Vill
du fördjupa dina teoretiska och kli-
niska kunskaper inom området?

Läs mer om vår nya uppdragsutbildning
på www.med.lu.se/hv eller kontakta
Christina Landelius på:
christina.landelius@med.lu.se



LUNDS
UNIVERSITET