

2010

Rapport från

Patientsäkerhetsdagen



Patientens säkerhet
- vår viktigaste angelägenhet

 **Stockholms läns landsting**



Kommunikation i fokus i fullsatt Folkets hus

Temat för 2010 års patientsäkerhetsdag var bemötande och kommunikation. Landstingsdirektör Mona Boström konstaterade att patientsäkerhetsfrågorna glädjande nog är på väg att få den plats i verksamheten som de förtjänar.

Hon vidhöll fjolårets målsättning att Stockholms läns landsting ska bli bäst på patientsäkerhetsarbete.

– Ännu har vi inte nått ända fram, men man ska sätta målen högt. Ni kan känna er stolta över det fantastiska patientsäkerhetsarbete som görs, sa hon till de omkring 1100 åhörarna i ett fullsatt Folkets Hus.

Fokus på Patientsäkerhetsdagen 2010 - bemötande och kommunikation – kommenterade Mona Boström så här:

– Det är viktigt att som patient och anhörig känna sig respekterad och lyssnad på. Många anmälningar på vården handlar om bristande bemötande.

Lära av misstag

Nästa talare var, överläkare och divisionschef för Astrid Lindgrens barnsjukhus som talade om att lära av misstag. Hon inledde med att återge ett misstag hon själv hade gjort på sitt första vikariat som underläkare på en universitetsklinik. Hon skulle fylla på en epidural via en central venkateter och sprutade fel men hade sinnes-

närvaro nog att trycka på larmknappen.

– Efteråt satte sig min chef med mig och jag fick berätta, och så gick vi in till patienten, som mådde bra, tack och lov. Jag fick hennes förlåtelse, och redan nästa dag fick jag ta hand om henne igen. Jag möttes med öppenhet, tröst och förlåtelse och har kunnat gå vidare men burit med mig denna upplevelse hela livet, som

färgat min yrkesgörning, sa Barbro Fridén.

Barbro Fridén talade också om den för personalen tunga perioden

av mediekritik mot Astrid Lindgrens barnsjukhus, ett resultat av sjukhusets öppna policy för felrapportering. Tack vare ett intensivt säkerhetsarbete med en nollvision för vårdrelaterade infektioner har dessa minskat med 80 procent på neonatalavdelningen och med över 50 procent – i absoluta tal från 13 till 6 procent – på hela barnsjukhuset, och antalet Lex Maria-fall planat ut.

Sjukhuset tillämpar bland annat metoden CRM (crew resource management) från rymdindustrin med rollspel, som svetsar samman arbetslaget. Syftet är

”Ni kan känna er stolta över det fantastiska patientsäkerhetsarbete som görs”

Mona Boström

bland annat att kunna identifiera potentiella riskfaktorer i arbetet.

– Det fungerar och är roligt att arbeta med, sa Barbro Fridén.

Konsten att kunna lyssna

Jon Ahlberg, chefläkare, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) talade om kommunikation som lyssnande – inte bara informationsgivning.

– Det kinesiska tecknet för att lyssna består av symboler för öron, ögon, du, fullständig uppmärksamhet och hjärtat. Allt detta behövs för att vara en god lyssnare, men vi är inte så goda lyssnare i vården, för vi blir hela tiden distraherade. Att ge och få bekräftelse är också avgörande för god kommunikation och minskar fel och olycksfall, det har rymdstyrelsen NASA visat, sa han.

– It-system är nödvändiga men inte tillräckliga för att förhindra mänskliga misstag och skapa en säker sjukvård, fortsatte Jon Ahlberg

En del av lösningen kan vara en checklista från Löf för säkerheten vid operationen, något som börjat användas av 76 sjukhus i landet. Ett bra system, sa han, är också SBAR (situation bakgrund aktuellt rekommendation), men den förutsätter disciplin och en ledning som engagerar sig för dess införande.

Patienten har också ett ansvar

Barbro Westerholm, läkare och hedersordförande i Sveriges Pensionärsförbund talade om dagens patient och morgondagens krav. Analysen av de olika skadepåslag som finns – avvikelserapportering, skadeförsäkringen, HSAN, patientnämnderna och så vidare – borde samordnas bättre, ansåg hon.

– Vårdgivaren har ett arbetsgivaransvar, men patienter och närstående måste också ställa frågor och rapportera läkemedelsbiverkningar exempelvis, ett viktigt komplement till sjukvårdens biverkningsrapportering, sa Barbro Westerholm.

David Finer



Seminarier hade ett interaktivt inslag där deltagarna fick medverka med hjälp av mentometrar



Mona Boström, landstingsdirektör



Barbro Fridén, divisionschef, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset



Jon Ahlberg, chefläkare, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf)



Barbro Westerholm, läkare, hedersordförande, Sveriges Pensionärsförbund



Nya lagen sätter fokus på patientinformation

Bara tre av fyra känner till den nya patientsäkerhetslagen, och endast en fjärdedel har läst den visar en snabbundersökning bland landstingsanställda som deltog på Patientsäkerhetsdagen 2010. De nya lagparagraferna ger upphov till en del frågor som rör information till patienten.



Henry Nyhlin, ordförande, Patientsäkerhetskommittén var moderator för denna del av seminariet

Trots att den nya patient-säkerhetslagen börjar gälla redan den 1 januari 2011, hopar sig frågetecknen. Mycket fokus i paragraferna ligger på formuleringar kring information och kommunikation, till exempel att vårdgivaren ska informera en patient om en vårdskada, som anges i 3 kap, 6 §.

– Vem ska informera, vil-

ken information ska ges och hur ska den ges, är några frågor. Här finns kanske inga perfekta svar. Här behövs det rutiner och att stöd tas fram för vården, sa Anneli Lennberg, verksamhetschef på Södertälje sjukhus under ett seminarium.

Även när skulle kunnat ske

I lagboken står det också att vården även ska informera om det skulle ha kunnat ske en skada. Per-Anders Sunesson, avdelningschef på Socialstyrelsen, försökte bringa klarhet:

– På ett stort sjukhus behöver det inte alltid vara behandlande personal. Och att informera om risk för skador, om någon frågar mig, det kan ju bli hur stort som helst. För mig ska det ha varit snubblande nära en skada om man ska informera, sa Per-Anders Sunesson.



Per-Anders Sunesson, avdelningschef, Socialstyrelsen

Enligt lagen ska även vårdgivaren informera patienten om att patientnämnden finns. Men Måns Belfrage, chefläkare på Capio S:t Görans sjukhus, ansåg att det även här finns skäl att tolka lagen mer praktiskt.

– I första hand bör patienten vända sig till sin läkare eller annan berörd personal, sedan till patientvägledare. Man bör reda ut alla problem där de finns och sedan slussa vidare, sa Måns Belfrage.



Måns Belfrage, chefläkare, Capio S:t Görans sjukhus

Enligt 6 kap, 1 § ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. Henrik Almkvist, chefläkare vid Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, tyckte inte att detta innebär någon större skillnad mot den tidigare lagen, då patienten alltid ska ha rätt att avstå behandling och välja mellan operation eller läkemedel. Detta kräver dock att vårdpersonalens förmåga att



Henrik Almkvist, chefläkare, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

kommunicera är god. I slutändan kan dessa avstämningar mellan personal och patient även bli en tolkningsfråga.

– Skrivna avtal, så kallade written informed consent, som visar att patienten tagit del av information, kan bli aktuellt, sa Måns Belfrage.

Många inte beredda för lagen

Samtidigt var Henrik Almkvist bekymrad över en mätning bland åhörarna som visade att bara sju procent ansåg att de hade varit med om vårdskada.

– Det är inte mycket. Det visar också att vi sällan ser följderna av det vi gör. Följden av att fel läkemedel eller

en olämplig kombination skrivs ut, kan bli uppenbar först efter ett par veckor då patienten måste läggas in på sjukhus, sa Henrik Almkvist.

Samma mätning visade också att 73 procent av åhörarna inte hade läst lagen, och att 65 procent svarade att deras verksamhet inte var beredd för lagen.

En nyhet i lagskrivningen är att "den" som ansvarar för patienten ska ge individanpassad information. En otydlig formulering – för

vem är "den"? frågade sig moderatorn Henry Nyhlin.

– Den som behandlar och den som alltså är närmast patienten tolkar jag detta som, sa Per-Anders Sunesson.



Lena Appelgren, ordförande, Patientnämnden

"vården kan bli mycket bättre på att genomföra riskinventeringar, riskanalyser och patientsäkerhetsronder"

Anneli Lennberg

Fler behöver delta

Lagen är däremot tydlig på en annan punkt. För att vården ska vara säker ska vårdgivaren "utreda händelser i verksamheten" och ge patienter och närstående möjlighet att delta i patientarbetet, enligt 3 kap, 3 § och 4 §. Anneli Lennberg anser att vården kan bli mycket bättre på att genomföra riskinventeringar, riskanalyser och patientsäkerhetsronder.

– I dag är det ofta bara några få på avdelningen som gör detta, vi behöver bli fler. Alla måste vara med och bidra till en patientsäker vård, sa Anneli Lennberg.



Anneli Lennberg, verksamhetschef, Södertälje sjukhus

Agneta Borgström

Självklarhet att vårdhygien och städhygien hör ihop

Intensivvårdsavdelningen på Södersjukhuset har åstadkommit en dramatisk minskning av ventilatorsassocierad pneumoni. Capio S:t Görans sjukhus hör till de akutsjukhus som har lägst andel vårdrelaterade infektioner (VRI) i landet. Bakom ligger arbete med såväl städhygien som vårdhygien.



Elin Fahlström, vårdutvecklare, chefläkargruppen, Capio S:t Görans sjukhus

På Capio S:t Görans sjukhus är städhygien och vårdhygien ett gemensamt arbete, sa Elin Fahlström, sjuksköterska och vårdutvecklare inom chefläkargruppen. Hon är även ordförande i sjukhusets lokala

hygien- och smittskyddsgrupp.

– Ytorna runt patienterna har betydelse för smittöverföring. S:t Görans sjukhus har städning i egen regi, det gör att vi har full kontroll genom hela kedjan när det gäller utbildning och samma information till både städ- och vårdpersonal.

En städledare gör regelbundet en kvalitetsbedömning av utförd städning på en skala 1–5 med hjälp av pektdator. Resultatet analyseras sedan och åtgärder sätts in för de bedömningar som hamnar lågt, det kan till exempel handla om utbildning. Men det kan också vara så att bedömningen blir låg på grund av att golven eller annat ytmaterial är slitet och behöver bytas ut.

”Förutsättningar för att det här ska fungera är att vi arbetar tvärprofessionellt”

Elin Fahlström

– Städningen utgör en grund i sjukhusets VRI-resultat, men självklart är det inte bara städningen som påverkar andelen vårdrelaterade infektioner. Där arbetar vi också med att identifiera andra bakomliggande orsaker. Förutsättningar för att det här ska fungera är att vi arbetar tvärprofessionellt och med ledningens stöd. För oss är det en självklarhet att vårdhygien och städhygien hör ihop, sa Elin Fahlström.

MRSA-utbrott blev tankeställare

Också på Södersjukhuset (Sös) har det visats att långsiktigt arbete lönar sig – det går att minska vårdrelaterade infektioner.

– Arbetet startade med ett utbrott av MRSA, meticillinresistent Staphylococcus aureus, år 2000. Det fick oss att börja tänka på hur dessa bakterier förflyttat sig mellan patienterna, sa Katarina Meijers, biträdande chefssjuksköterska på anestesi/IVA på Södersjukhuset.

MRSA som etablerats på en vårdinrättning kan vara mycket svåra av bli av med.

– På Sös har vi lyckats med hjälp av hög följsamhet till klädregler och hygienrutiner. Det gäller både vår egen personal och alla som besöker avdelningen. Vi har också skapat förutsättningar för att allt finns där man behöver det, som sprit och förkläden. Det ska vara lätt att göra rätt! sa Katarina Meijers.

Personal från alla yrkesgrupper (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster) har med intresse och entusiasm deltagit i hygienarbetet.

– Vi arbetar här med förståelsen att ”Egen insats har betydelse”. Det känns som om alla har anammat detta, och vi fortsätter arbeta i samma positiva anda.

Katarina Meijers, är med rätta stolt över att kliniken från år 2004 till 2009 har åstadkommit en dramatisk minskning av ventilatorsassocierad pneumoni – från 39 till 3 procent.

Tolv olika åtgärder – inklusive basala hygienrutiner – har lett fram till detta resultat. Några exempel är:

- 30 grader höjd huvudände minskar risken för att få ner maginnehåll i luftvägarna



Katarina Meijers, biträdande chefssjuksköterska på anestesi/IVA, Södersjukhuset

- strikt munhygien minskar bakterier som finns i munhålan
- tunna sonder för att hålla magmunnen så smal som möjligt
- användning maskventilation när det är möjligt, personalen kan behöva träning.

IVA på Södersjukhuset har också implementerat SKL:s åtgärds paket för att förebygga infektioner vid centrala venösa infarter.

Central venkateter är ett nödvändigt hjälpmedel i vården av många svårt sjuka patienter, men innebär en direkt infart för mikroorganismer från omgivningen till blodbanan.

– Vi har haft en hög följsamhet till SKL:s åtgärdsprogram. Vi tittade på alla fem åtgärder, och den vi var tvungna att lägga ner mest arbete på var följsamheten till steril teknik. Där behövdes utbildning och en annan förståelse, sa Katarina Meijers.

Susanna Hauffman

Förebygga infektioner vid centrala venösa infarter

1. Iaktta korrekt indikation
2. Använd steril inläggningsteknik
3. Se till katetern dagligen
4. Utvärdera behovet dagligen
5. Ställ korrekt diagnos av kateterrelaterad infektion

Källa: Sveriges kommuner och landsting

Tillgänglighet är A och O inom primärvården

– *Tillgängligheten inom primärvården måste vara god. Alla måste tryggt veta att de kommer fram. Annars spelar det ingen större roll hur bra själva vården är, sa Kersti Ejeby, verksamhetschef, Gustavsbergs vårdcentral i ett seminarium om tillgängligheten som nödvändig grund för säker primärvård.*

Kersti Ejeby skissade en historik från 1900-talets början, när patienten snällt satte sig i väntrummet tidigt på morgonen och väntade på att bli uppropad av doktorn, fram till olika system för tidsbeställning. Nu har Gustavsberg – som en av de första vårdcentralerna – infört webbokning för hela dagen.

Webben inte hela lösningen

– På något sätt har vi gått varvet runt och är tillbaka där vi var från början med total tillgänglighet, men nu mer på patientens villkor. Men egentligen har vi mest gissat oss fram. Vad tycker de äldre? Kanske behöver de som är över 80 år en gräddfil till vården? De vill komma fram på telefon direkt eller bli upp-ringda inom en halvtimme. I vår snabbenkät så vill

de flesta fortfarande nå vårdcentralen per telefon, sa hon.

Sedan finns patienter som vill ha en mer kontinuerlig kontakt med vårdcentralen.

– Kronikerna som vill ha en liten pratstund, de ringer om och om igen till doktorn på telefontiden. För dessa patienter kanske lösningen är in-

bokade regelbundna besök i stället, sa Kersti Ejeby.

Att neka besök är ingen väg att gå.

– I det så kallade tillgänglighetsprojektet år 2004 lärde vi oss av Västra Götaland att om vi nekar patienter så kommer de bara att överdriva symtomen och komma tillbaka. Folk som är oroliga vill komma fram, sa Kersti Ejeby.



Kersti Ejeby, verksamhetschef Gustavsbergs vårdcentral

David Finer

Niels Lynöe, professor i medicinsk etik,
Karolinska institutet

” Detta handlar till stor del om patientautonomi, att patienterna i dag vill vara mer delaktiga.



”När doktorn inte lyssnar så lyssnar inte heller patienten”

Ett bra bemötande och respekt från läkare och annan vårdpersonal kan underlätta patienternas tillfrisknande och återgång i arbete.

Är ett dåligt bemötande en patientsäkerhetsfråga?

– Framför allt minskar det förtroendet för sjukvården. När doktorn inte lyssnar så lyssnar inte heller patienten. Det kan leda till att patienten inte bryr sig och sålunda inte tar ansvar för behandlingen av sin sjukdom, säger Niels Lynöe, professor i medicinsk etik vid Karolinska Institutet, och ger en rad exempel på negativa effekter av ett dåligt bemötande.

Preliminära resultat visar att dåligt bemötande och upplevd kränkning från läkare och annan vårdpersonal till och med kan försvåra patienternas tillfrisknande och återgång i arbete. Dessa resultat ses mest uttalat inom psykiatriska diagnoser, närmast hos patienter med kronisk smärta.

Vad är då dåligt bemötande?

– En stor del av klagomålen gäller läkare, men också barnmorskor, sköterskor, sjukgymnaster, receptionister, säger Niels Lynöe.

Vanligast är att patienten upplever nonchalans.

Läkaren lyssnar inte, avbryter eller ifrågasätter patientens rätt att vara med och bestämma.

– Detta handlar till stor del om patientautonomi, att patienterna i dag vill vara mer delaktiga. Ofta är de mycket väl förberedda när de kommer till mottagningen. Detta har både för- och nackdelar, det är lätt att bli överinformerad, rent av desinformerad om man är ute på internet och läser på om sin sjukdom.

Enligt Niels Lynöe är vi i en brytningstid, det auktoritära förhållningssättet hos doktorn ersätts av ett mer konsultativt, och många läkare känner sig säkert litet hotade av detta.

– Vi ska inte förneka att det finns patienter som vi kanske upplever som besvärliga. Men alla patienter ska få samma optimala medicinska vård och korrekta bemötande - oavsett om de upplevs som trevliga eller otrevliga! Jag tror att den yngre generationen läkare ofta är mer uppmärksamma på dessa aspekter, säger han.

Susanna Hauffman

Sjukhusmaten en viktig del av vården

Inte ens var tredje patient på Karolinska universitetssjukhuset åt upp sin mat och var tionde patient valde att äta något annat än den vanliga sjukhusmaten. Det visar en måltidsstudie som har genomförts på sjukhuset.



Ann Ödlund Olin, med. dr., sjuksköterska, vårdutvecklingsledare Karolinska universitetssjukhuset

Sjuksköterskor, undersköterskor och dietister på 51 avdelningar med enportionssystem har under en dag observerat när mat serverades till över 500 vuxna patienter. Drygt en tredjedel av dessa patienter hade legat inne en vecka eller mer.

Med tanke på att 25–30 procent av patienterna som läggs in på sjukhus visar tecken på undernäring så

var studieresultatet beklämmande. Bara 28 procent av patienterna åt upp hela sin portion.

– Det var ganska dåligt tycker vi. Jämför man internationellt brukar motsvarande siffra ligga på 35–40 procent, säger Ann Ödlund Olin, som är sjuksköterska, medicine doktor, och den som har ansvarat för måltidsstudien.

Energi- och proteinrik kost kan underlätta

Drygt en tredjedel av patienterna skattade också att de hade dålig eller ganska dålig aptit, en siffra som stämmer bra med tidigare studier.

– Många patienter har dålig aptit, men det var förvånande för oss att bara tio procent fick energi- och proteinrik kost, säger hon.

Sådan kost innehåller lika mycket kalorier men på bara hälften så stor portion, vilket förstås underlättar för patienter som har dålig aptit.

Var tionde patient i studien valde att äta något annat än den ordinarie sjukhusmaten. Exempelvis fick de istället smörgås och fil av vårdpersonalen eller så hade anhöriga med sig mat alternativt så gick de till kafeterian.

Guide Michelin grunden till ny arbetsmodell

För att förbättra matintaget arbetar man nu på Karolinska och i övriga landstinget med den så kallade The Five Aspect Meal Model (Famm). Det är en modell framtagen av Inga-Britt Gustafsson, professor i måltidskunskap vid restauranghögskolan i Grythyttan, och som i grunden bygger på betygssättningsmodellen till Guide Michelin, den internationella stjärnklassificeringen av restauranger.

Enligt Famm gäller det att förbättra alla de olika faktorer som påverkar måltiden. Det handlar då om allt ifrån hur rummet där maten serveras ser ut, hur atmosfären och bemötandet är, till själva maten och drycken.

Centralt i landstinget har ett måltidsråd bildats och en kostansvarig har anställts. Några av de förändringar som har genomförts efter kostupphandlingen är att maten nu serveras på en vit plasttallrik istället för svart. Den energi- och proteinrika kosten har utvecklats. Patienterna har också fått mer möjlighet att välja mat som de är sugna på.

– Det finns nu ett större utbud av rätter – sju olika att välja på till lunch och middag för de patienter som äter allmän sjukhuskost eller husmanskost, säger Ann Ödlund Olin.

Karolinska universitetssjukhuset arbetar aktivt med måltidsfrågorna bland annat genom Tuff-arbetet (trycksår, undernäring och fallförebyggande arbete) på sjukhuset.

Uppföljning under 2011

En ny måltidsstudie kommer att göras under våren

2011 och då hoppas Ann Ödlund Olin på ett bättre resultat.

– Det är inte förrän

Ann Ödlund Olin

maten är uppäten som den

verkligen gör nytta för patienten, säger hon och poängterar att undernäring leder till ökad risk för komplikationer, nedsatt välbefinnande och lidande för patienten samt längre vårdtider, större vårdbehov och därmed högre kostnader för sjukvården.

Ann Ödlund Olin hoppas även att nya Karolinska ska få ett eget produktionskök, vilket skulle innebära att kanske framför allt svårt sjuka patienter skulle kunna erbjudas större valmöjligheter för maten. Exempel finns på Hvidovre Hospital i Danmark all mat lagas från grunden och à la carte. Patienterna har där 100 olika rätter att välja på.

Jenny Stenbacka

”Det är inte förrän maten är uppäten som den verkligen gör nytta”

Patientsäkerhetspriset 2010

Södersjukhuset i topp i år igen

För andra året i rad blev det guldplats för Södersjukhuset, som i år även tog bronsplatsen i landstingets tävling om bästa patientsäkerhetsarbete. Utmärkelserna gick till en patientsäker gipsteknik för handledsfrakturer samt ett arbete för att öka patientmedverkan vid svåra händelser. På silverplats hamnade Capio S:t Görans sjukhus som använder sig av ett kort i fickformat för att förebygga vårdskador.



Som avslutande punkt på konferensen låg prisutdelningen för årets tävling. Första pris gick i år till Akutavdelningen på Södersjukhuset, som arbetar med att förbättra gipsbehandling för handledsfrakturer. Det var två glädjestrålade undersköterskor: Aster Hadgüe och Helena Östman, som arm i arm gick emot scenen för att ta emot priset.

– Det här är helt fantastiskt, det trodde vi aldrig, säger Helena Östman.

Idén till att förbättra kunskaperna i gipsteknik för handledsbrott kom från Aster Hadgüe, som nyligen utbildat sig till gipstekniker. Problemet var väl känt. Många patienter behövde gipsas om på grund av rörelseinskränkningar, fel läkningar och smärtor, vilket också bekräftades av en egen kartläggning i början av 2009 som visade att 24 procent behövde omgipsas.

– Vi märkte också att många i personalen var osäkra och behövde utbildas. Det som motiverade oss var att förbättra patientsäkerheten, säger Aster Hadgüe, som nu vill gå vidare med gips för fotleder.

Flera angreppspunkter valdes, bland annat förmedla kunskaper om exakt teknik, risker vid felbehandling samt möjlighet för både läkare och sköterskor att träna gipsning under utbildningar. It-stöd införskaffades också så att alla kunde fräscha upp kunskaper närhelst de behövde.

Resultatet visar, snart två år efter start, att felgipsningarna halverats.

– Vi har i dag bara omgipsningar på cirka 12 procent, säger Jenny Liu, akutiläkare.

Bedömningskort hjälp vid inskrivning

Även andrapriset, som mottogs av Elin Fahlström, vårdutvecklare på Capio S:t Görans sjukhus, handlar om att förebygga vårdskador. Genom ett bedömningskort i fickformat blir det en samordning, en slags checklista, av de bedömningar av multiresistenta bakterier, trycksår, fall, smärta, nutrition och kognitiv status som ska göras i samband med inskrivning i slutenvården.

– Bedömningskortet är spritt på samtliga kliniker på sjukhuset. På en del avdelningar har man valt att lägga in innehållet i de checklistor och mallar som används vid ankomstsamtalen, säger Elin Fahlström.

På det långsmala kortet, som verkligen passar i en rockficka, står det till exempel under Trycksår att bedömning ska göras på samtliga slutenvårdspatienter som är 70 år eller äldre, har nedsatt rörlighet eller är rullstolsburna/sängliggande. Vidare står det att bedömningen ska göras enligt Norton vid inskrivningen, om tillståndet förändras och att vid identifierad risk ska en vårdplan öppnas i journalen. Resultatet visar på en tydlig bättring under de två år som kortet använts: andelen Norton-bedömda riskpatienter har ökat mycket kraftigt; från åtta till 64 procent.

Hur kom ni på idén med ett kort?

– Behovet av ett enkelt hjälpmedel för att stödja bedömningar och dokumentation vid inskrivning hade framförts av våra medarbetare. Representanter från



Pristagarna av Patientsäkerhetspriset 2010. Från vänster ses Aster Hadgüe, Helena Östman, Elin Fahlström och Margareta Hammarström

våra specialistgrupper inom hygien- och smittskydd, smärta, nutrition, sårvård samt några av sjukhusets kvalitetscontroller deltog sedan också i arbetet, säger Elin Fahlström.

Viktigt att chef tar ansvar

Det tredje patientsäkerhetsarbetet som belönades var kvinnoklinikens arbete på Södersjukhuset och dess chef Margareta Hammarström, som har ett systematiskt sätt att informera patienter vid allvarliga vårdavvikelser. Priset går till hennes föredrag om patientmedverkan i dessa svåra lägen.

Margareta Hammarström säger att det var lagen som kom år 2006 som gjorde att de fick upp ögonen för ett nytt förhållnings-sätt. Hon ser sig helt enkelt som en coach och informatör.

– I samband med svåra händelser skriver jag ett brev till patienten. Jag utgår från de råd som patientförsäkringen ger ut om vilken hjälp och stöd patienten kan behöva, också formalia, till exempel om ett ärende är överklagbart. Jag har även möten med patienten, då jag

informerar, lyssnar på vad de har att säga, bekräftar att de har varit med om en svår händelse.

Hon tycker att personalen på kliniken är duktiga på att möta patienten. Samtidigt är det viktigt att hon som chef tar ett extra stort ansvar vid dessa svåra händelser.

– Det är viktigt att jag visar för patienten att vi värde-rar frågan som viktig i klinikledningen, säger Margareta Hammarström.

Pristagarna representerar olika nivåer

De tre pristagarna representerar tre olika nivåer i sjukvården, som juryn ville premiera, enligt Henry Nyhlin,



Priskommittén bestod av Stig Nyman, landstingsråd (KD), Ann Fjellner, överläkare, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Henry Nyhlin, ordförande, Patientsäkerhetskommittén, Anne-May Moberg, verksamhetsutvecklare, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Patientsäkerhetspriset 2010

- Utgående från patientens behov av god och säker vård (patientperspektiv i motsats till verksamhetsperspektiv)
- Har en hög grad av implementerbarhet i vårdens arbetsprocesser
- Innovativt/nyttänkande

Vinnarna

1:a pris 20 000 kr

Patientsäker gipsbehandling av handledsfraktur vid Sös-akuten – poster
Tvärprofessionellt samarbete som halverat andel omgipsade handledsfrakturer vid ortopedmottagningen och eliminerat återbesök på akuten på grund av felaktiga radiusgips.

Pristagare

Aster Hadgö, undersköterska & gipstekniker
Anna Linder, sjuksköterska
Anette Lindeke, sjukgymnast
Jenny Liu, akutläkare
Helena Östman, undersköterska, samtliga vid akuten
Mikael Renstål, gipstekniker, ortopedmottagningen
Södersjukhuset

2:a pris 10 000 kr

Kommunikation i kortformat förebygger vårdskador – poster

Pristagare

Elin Fahlström, vårdutvecklare, chefläkargruppen, Capio S:t Görans sjukhus

3:e pris 5 000 kr

Patientens medverkan efter allvarliga händelser – seminarium

Pristagare

Margareta Hammarström, verksamhetschef, professor, kvinnokliniken/förlossning, Södersjukhuset AB



ordförande i patientsäkerhetskommittén och en av jurymedlemmarna.

– Priserna fördelar sig ju på ett vårdteam som utifrån en arbetsgemenskap gjort om rutiner, ett sjukhus som satsat på en helhetsställning och till sist en klinikchef som på ledningsnivå arbetar med patientsäker vård, säger Henry Nyhlin.

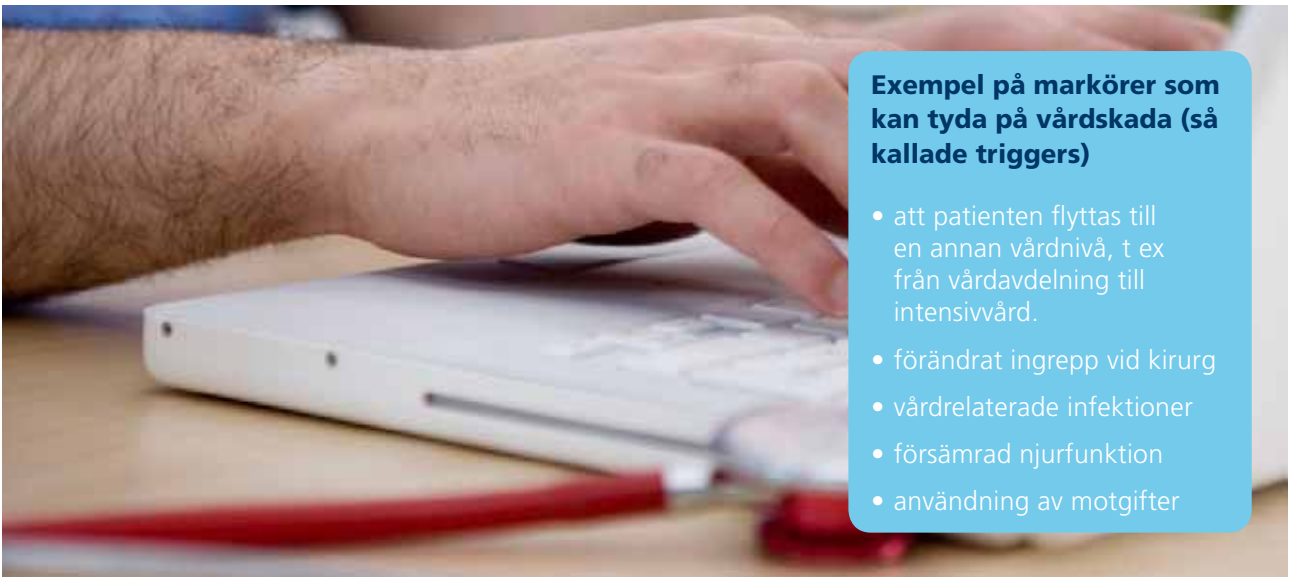
Det var ett gediget arbete för juryn att gå igenom de 81 aktuella tävlingsbidragen i form av posters eller föredrag. Kriterierna för årets bidrag var att de skulle utgå från patientens behov av en god och säker vård, ha hög implementerbarhet i vårdens arbetsprocesser och vara innovativa och nyttänkande.

Går årets bidrag att kopiera på andra håll i Stockholm, Henry Nyhlin?

– Samtliga pristagare visar på patientsäkerhetsarbete som kan spridas i vården och som inte kräver stora kostnader eller resurser. Ett av kriterierna var ju också implementerbarheten, säger Henry Nyhlin.

Agneta Borgström





Exempel på markörer som kan tyda på vårdskada (så kallade triggers)

- att patienten flyttas till en annan vårdnivå, t ex från vårdavdelning till intensivvård.
- förändrat ingrepp vid kirurg
- vårdrelaterade infektioner
- försämrad njurfunktion
- användning av motgifter

Datoriserad journalgranskning ska minska vårdskador

Global Trigger Tool en metod för systematiskt förbättringsarbete. Misstag och vårdskador, som annars inte identifieras, kan uppmärksammas och åtgärder vidtas för att undvika upprepning. För att underlätta granskningen har ett it-verktyg nu utvecklats i ett projekt på Karolinska universitetssjukhuset.



Urban Nylén, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset

Urban Nylén, överläkare, och Carina Berglund, kvalitetssamordnare, båda vid kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska universitetssjukhuset, presenterade utvecklingen av Global Trigger Tool (GTT) till det nya it-verktyget MAG (modifierad automatiserad GTT).

Det nya it-verktyget genomsöker i efterhand slutenvårdsjournaler och indikerar om och var det finns någon av 55 definierade markörer (så kallade triggers) som kan innebära att patienten drabbats av en vårdskada. Den manuella granskning och bedömning, som sedan vidtar för att avgöra om patienten drabbats av en undvikbar skada, underlättas av MAG-verktyget i och med att de ställen i journalen som ska bedömas blir angivna. Påträffade patientskador noteras direkt i verktyget och

det blir enkelt att ta fram statistik och mäta över tid hur många skador som inträffar.



Carina Berglund, kvalitetssamordnare, Kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska universitetssjukhuset

Mer tid för analys

Det nya verktyget gör sökningen efter vårdskador snabbare och underlättar handläggningen. För att uppnå en säkrare vård måste mätningar med GTT kombineras med ett riktat förbättringsarbete baserat på vad som framkommit vid journalgranskningen. Vinsterna med denna datorstödda metod är, enligt Urban Nylén, stora.

– Vi får mer tid för analys. Den djupare granskningen för att identifiera en vårdskada måste man göra utan datorn. Men det momentet är förberett: Man vet var problemet fanns, och man hittar snabbt rätt ställe att läsa på i journalen. Utvecklings- och förbättringsarbete underlättas, säger han.

Landstingets avtal med sjukhusen säger att all slutenvård så småningom ska använda MAG (Modifierad automatiserad GTT). På Karolinska universitetssjukhuset har nu utbildning inletts och i slutet av år 2011 ska strukturerad journalgranskning tillämpas vid alla slutenvårdsklinikerna.

Susanna Hauffman

”Delaktiga patienter kritiskt viktiga för lyckade transplantationer”

Transplantationskirurgiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset har sedan år 2009 ett patientråd som fungerar som en referensgrupp till kliniken. Rådet träffas fyra gånger per år. Vi ställde fem frågor om patientrådet till klinkens verksamhetschef Annika Tibell.

Vilka sitter med i patientrådet?

– Storstockholms diabetes-förening, Riksförbundet för leversjuka, Transplanterades förening, Njurförbundet Stockholm och Gotland samt Viking. Nu tillkommer även Riksföreningen Hepatit C. Vi är förstas öppna för att addera ytterligare föreningar som organiserar transplanterade patienter.



Annika Tibell, verksamhetschef, Karolinska universitetssjukhuset

Vilka frågor lyfts i rådet?

– Information om donationsläget är en stående punkt på agendan. I övrigt diskuterar vi bland annat klinikens kvalitetsarbete och patientinformationsinsatser och vi tar upp frågor som väcks av föreningarna.

Kan du ge exempel på någon särskild fråga som lett till förändringar?

– Vi håller exempelvis på att förbättra identifiering och utredning av levande givare av njurar. Här har föreningarna framfört att patienterna tycker det är svårt att fråga sina anhöriga och vill ha mer hjälp från sjukvården i detta.

Hur fångar ni upp diskussionerna i verksamheten?

– Vi har arbetsgrupper i verksamheten som arbetar vidare med olika frågor. Vissa organisationer träffar vi också väldigt ofta vid andra tillfällen, till exempel Livet som gåva, där vi arbetar för att främja organdonation. Delaktiga patienter är kritiskt viktiga för lyckade transplantationer.

På vilket sätt har patientsäkerheten förbättrats genom rådet?

– Vi får feedback på arbetsprocesser och informationsmaterial. Vi kan också till exempel testa material och tänkta verksamhetsförändringar i rådet före införande.

Agneta Borgström

Kort utbildning modellen för suicidarbete

En kort utbildning i självmordsprevention har positiva effekter på den psykiatriska personalens syn på arbetet med självmordsnära patienter sex månader efter genomförd utbildning. Det visar en utvärdering av projektet Aktion livräddning.

Aktion livräddning ingår som ett delprojekt inom det så kallade Modellprojektet, som bedrivs i stadsdelarna Södermalm, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta och Skarpnäck. I ett annat delprojekt, Noll självmord i Stockholms län, utbildas personal verksamma inom allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, primärvården och socialtjänsten i självmordsprevention. Noll självmord i Stockholms län är ett samarbetsprojekt mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Socialtjänst- och arbetsmarknadsförvaltningen och NASP, Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa, vid Karolinska institutet. Ett annat projekt vänder sig till personal inom hemtjänsten och geriatriken.

Syftet är att förbättra kvaliteten i vårdens sätt att ta om hand, behandla och följa upp självmordsnära personer och utveckla samarbetet mellan olika vårdgivare, berättade Inga-Lill Ramberg, NASP, Karolinska institutet på Patientsäkerhetsdagen.



Inga-Lill Ramberg, NASP, Karolinska institutet

Vården kan förebygga självmord

De flesta som tar sina liv har besökt en psykiatrisk mottagning någon eller några veckor före självmordet. Nästan hälften har gjort ett eller flera självmordsförsök tidigare. Därför kan den psykiatriska vården spela en viktig roll i det självmordsförebyggande arbetet.

Interventionen inom Aktion Livräddning består i att:

- utbilda olika personalgrupper och kontaktpersoner under en till två dagar
- tillämpa vårdplanen och vårdprogrammet för vården av suicidnära patienter
- införa ett kriskort för självmordsnära patienter
- återkoppla enkätresultaten till respektive enhet.

Personalens känsla av att ha tillräckliga kunskaper, trygghet, stöd och tilltro är central för deras möjligheter att bidra till det självmordspreventiva arbetet. Utvärderingen av den första etappen av projektet Aktion livräddning visar att en kort utbildning i självmordsprevention har positiva effekter på den psykiatriska personalens syn på arbetet med självmordsnära patienter sex månader efter genomförd utbildning.

David Finer



Rikard Wicksell, psykolog, Karolinska universitetssjukhuset

Kognitiv beteendeterapi kan hjälpa patienter med kronisk smärta

En dos terapi istället för smärtstillande läkemedel på receptet? Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa patienterna att hantera sin smärtupplevelse i stället för att läkaren bara skriver ut läkemedel. Det anser psykologen Rikard Wicksell som med värme talar om copingstrategier baserade på beteendeförändring och acceptans.

– Trots avancerade behandlingsmetoder har modern sjukvård svårt att hantera alla patienter med terapiresistenta symtom. Patienterna provar många läkemedel och behandlingar, som inte får tillräcklig effekt. Patienterna snurrar runt i sjukvården med fortsatta symtom, som alltför ofta utmynnar i oro, ångest och nedsatt funktion, säger Rikard Wicksell, som arbetar på sektionen för beteendemedicinsk smärtbehandling, Karolinska universitetssjukhuset.

Han ser en felande länk i sjukvårdskedjan. När sjukskrivning, TENS-apparater eller läkemedel inte hjälper finns oftast inte några andra konkreta insatser att ta till. Patienten leds då ofta in i en situation där livet slutligen krymper.

– Patienten vilar och får hjälp med att till exempel bära. Personen undviker situationer som riskerar att öka symtomen och slutar med intressen som badminton eller gymna. Till slut blir det ett liv som innehåller minimalt med risker, men även utan kvalitet, säger Rikard Wicksell.

Acceptans av symtom

Enda sättet att ändra på situationen är, enligt Rikard Wicksell, att personen lär sig att ändra på sitt beteende och sin attityd. Att använda sig av en modell med kognitiv beteendeterapi, som bygger på Acceptance and Commitment Therapy, för att lära sig att hantera symtom och leva ett meningsfullt liv med dem.

– Att klara av att gå till jobbet, träffa vänner eller resa fastän man har ont. Sjukvården bör därför i allt högre grad satsa på insatser som fokuserar på funktionsökning och acceptans av de symtom som inte är farliga, men heller inte kan tas bort, säger Rikard Wicksell.

KBT-modellen fick i somras status som evidensbaserad vård genom American Psychological Association.

”Kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa patienterna att hantera sin smärtupplevelse i stället för att läkaren bara skriver ut läkemedel”

Rikard Wicksell

Agneta Borgström

Lovande nytt triagesystem

På akutmottagningen på Capio S:t Görans sjukhus har med goda resultat infört ett nytt system för att vid ankomsten riskvärdera (triagera) alla patienter.



Thomas Leijon, sjuksköterska, akutmottagningen, Capio S:t Görans sjukhus

De flesta av dagens triage-system har tagits fram för katastrofplatser och triagerar upp patienter för högt. Om personalen använder sin magkänsla för att då nedprioritera i stället kan resultatet i värsta fall bli att bedömningen av patienterna försenas för mycket, sa Thomas Leijon sjuksköterska på akutmottagningen på Capio S:t Görans sjukhus.

Sedan år 2005 har S:t Görans sjukhus arbetat med teamtriage. Teamet består en erfaren läkare och sjuk

sköterska eller undersköterska som tillsammans bedömer alla patienter vid ankomsten till akutmottagningen och styr inflödet.

Utveckling av MEWS

År 2009 började kliniken utvärdera ett nytt vitalparameterbaserat stöd för triagering på akutmottagning,

”De flesta har sett det som ett stöd för en snabb, enkel och säker bedömning”

Thomas Leijon

kallat TEWS (Triage Early Warning Score). TEWS är i sin tur en vidareutveckling av MEWS (Modified Early Warning Score). MEWS består av vitalparametrar som systoliskt blodtryck, puls, temperatur, andningsfrekvens, AVPU (vakenhetsgrad) och urinproduktion. Om patienten har kritiska värden på flera än fyra av dessa parametrar är det risk för livet.

Eftersom tidigare friska eller unga kan ha fina värden på vitalparametrarna och ändå vara i kritiskt tillstånd, har TEWS lagt till parametrarna trauma och mobilitet – om patienten har förmågan att röra sig själv. Alla faktorer ska vägas samman vid bedömningen. Fallen prioriteras enligt ett system från 1–5. Omkring 75 procent av alla är 1–2.

Bedömningen har testats på 70 000

– Hittills har 70 000 patienter triagerats sedan dess. Metoden har införts smärtfritt. De flesta har sett det som ett stöd för en snabb, enkel och säker bedömning, sa Thomas Leijon.

De initiala resultaten är alltså mycket lovande och fortsatta tester med efterföljande utvärdering av modellen kommer att göras under år 2010.

David Finer

Några av utställarna svarar

Vad har varit årets viktigaste patientsäkerhetsfråga för er?



”Vi jobbar med många olika frågor och vi ser att det saknas studier inom nästan alla områden”

Anneth Syverson, SBU



”Att lyssna på patienten”

Camilla Heise-Löwgren, Anna Arnegård, Patientnämnden

Lugn och trygg miljö tar emot våldtagna kvinnor

Integrerad vård och samarbete med rättsväsendet förbättrar omhändertagandet av kvinnor som söker sig till akutmottagningen för våldtagna kvinnor på Södersjukhuset.

Foto: Fotogruppen Södersjukhuset



Monika Hartig, psykolog, psykoterapeut, kvinnokliniken, Södersjukhuset

Verksamheten på akutmottagningen för våldtagna kvinnor (AVK) är unik i landet, berättar Monika Hartig, psykolog och psykoterapeut vid kvinnokliniken på Södersjukhuset.

Verksamheten har funnits sedan år 2005. Mottagningen är öppen dygnet runt. Hit söker sig 600 patienter per år, i snitt 50 per månad och 2 per dag.

AVK tar emot patienter inom en månad efter övergreppet. Upptagningsområde är hela Stockholms län.

Slipper vänta på gynakut

Tidigare fick våldtagna kvinnor sitta i väntrummet på en gynakut, ofta med lång väntetid. På AVK kommer de till en lugn och trygg miljö. Alla yrkeskategorier i personalteamet finns samlade i samma lokaler på kvinnokliniken: gynekolog, undersköterska, barnmorska eller sjuksköterska, psykoterapeuter, psykologer, kurator, och en medicinsk sekreterare.

Vid akutbesöket får kvinnan, och i förekommande fall även anhöriga, både muntlig och skriftlig information. Efter läkarundersökning, spårsäkring och provtagning erbjuds att dagen efter få en tid för samtal med terapeut.

Kvinnorna får då prata om upplevelserna och reaktionerna under och efter våldtäkten. Många berättar att de blivit paralyserade och att de skäms och känner skuld för att de inte gjorde mer motstånd.

– En del vill bara vara hemma och gömma sig, andra reagerar med att gå till jobbet som om ingenting har hänt.

Polisanmäla i lugn miljö

Många av de här kvinnorna har tidigare hamnat hos frivilligorganisationer. Monika Hartig tycker det är bra att de finns.

– Men hos oss får kvinnorna också hjälp lära sig de medicinska termerna för vad de varit med om, vilket är gynnsamt vid en rättegång. Ungefär 60 procent polisanmäler, det är givetvis frivilligt. Vi kan ta hit polis, så att kvinnan får göra sin anmälan i lugn och ro.

Kvinnorna har rätt till kostnadsfri advokat eller jurist, ett så kallat målsägarbiträde, och vi kontrollerar att de får utnyttja den rätten, säger hon.

– Vi gör också en bedömning om säker hemgång. Om det behövs kontaktar vi socialjouren, så att kvinnan kan få ett skyddat boende, ensam eller med barn.

Verksamheten är bra och positiv för de våldtagna kvinnorna, men innebär också stora fördelar för både sjukvården och rättsväsendet.

– Vi berikar varandras kunskapsnivåer, och det gynnar bemötandet av kvinnorna, säger Monika Hartig.

Susanna Hauffman



”Inställning och motivation hos medarbetare”

Elin Richarz, Care Safe Säkra Vården



”Att ta den rast man har rätt till”

Anette Johansson, Eva Nowak, Ulla Althin, Barbro Gripensstam, Vårdförbundet



”Att lyfta behovet av specialistutbildade sjuksköterskor i vården”

Torie Palm-Ernsäter, Svensk Sjuksköterskeförening

Toyotatänket satte fart på hjärtkliniken

Hjärtintensiven och den allmänna kardiologavdelningen 31 på Capio S:t Görans sjukhus har både ökat vårdkvaliteten, minskat vårdtiden och fått nöjdare patienter. Det genom att slopa den klassiska rondan och arbeta enligt lean, ett effektiviseringsätt som ursprungligen kommer från Toyotafabriken.

– Efter tre dagars test var det ingen av medarbetarna som ville gå tillbaka till gamla sättet att arbeta, säger Lars Eurenus, medicinskt ansvarig på hjärtintensiven på Capio S:t Görans sjukhus, som arbetat enligt den nya modellen sedan juni 2007.

Med hjälp av en tvärprofessionell grupp gjordes en värdeflödesanalys av patientflödet på klinken. Tanken med lean är att eliminera allt tidsslöseri, det vill säga aktiviteter som inte tillför patienterna något värde. En sådan aktivitet visade sig vara rondan.

– Vi har slopat den traditionella rondan helt enkelt, säger Lars Eurenus.

Patienterna bedöms nu istället kontinuerligt enligt en särskild prioriteringsmodell. Högst prioritet har nyanlända eller akut försämrade patienter. Därefter kommer planerade utskrivningar, följt av patienter för vilka ytterligare information, såsom provsvar, inväntas. Lägst prioriteras så kallade långliggare som kan bedömas när som helst under dagen och som ofta är patienter som väntar på att få komma iväg på rehabilitering.

Leantavla ger överblick

Till sin hjälp använder kliniken en leantavla – en whiteboard, pennor och magneter för att få överblick över i vilken ordning patienterna ska prioriteras och i vilken turordning undersökningar ska ske.

Arbetsättet bygger på att det hela tiden finns beslutsfattande personal på avdelningen, så att vården för patienterna hela tiden kan drivas vidare.

– Det får inte vara så att provsvar som kommer ska ligga och vänta på att det är dags för eftermiddagsronden eller till nästa morgon när en läkare kommer, säger Lars Eurenus.

För att snabbt kunna eliminera tidsslöseri analyseras det egna arbetet ofta.

– Vi har dagliga utvärderingar då vi träffas i vårdlaget och diskuterar vad vi har gjort bra och dåligt

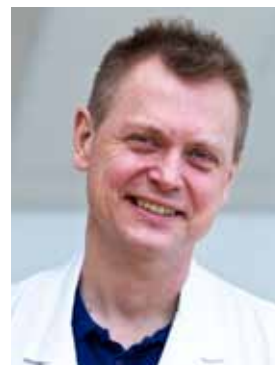
under dagen. Vi har då även specifika frågor som vi tittar extra på, just nu till exempel vätskebalans, säger han.

Fler skrivs ut före lunch

Förändringarna enligt lean har gjorts inom befintliga resurser, det vill säga utan nyanställningar eller ombyggnationer. Resultatet är bra.

– Med lean ökar den värdeskapande tiden och samtidigt minskar vårdtiden, säger Lars Eurenus.

Tidigare var det endast ungefär var fjärde av utskrivning som skedde före lunch men nu är det varannan. Medelvårdtiden har minskat med drygt 20 procent. Därtill upplever patienterna en påtaglig förbättring i kommunikationen mellan dem och personalen samt i bemötandet från personalen



Lars Eurenus, överläkare, medicinskt ansvarig hjärtintensiven, Capio S:t Görans sjukhus

”Med lean ökar den värdeskapande tiden och samtidigt minskar vårdtiden”

Lars Eurenus

– Orsaken är nog att vi nu helt enkelt får bättre tid.

Det framgångsrika arbetsättet har också spridit sig till andra avdelningar.

– I dag har samtliga av medicinklinikens vårdavdelningar och även flera kirurgavdelningar infört samma arbetssätt men modifierat det så att det bäst passar avdelningens inriktning. Även många andra sjukhus har varit här och tittat och tagit inspiration till liknade arbetssätt, säger Lars Eurenus.

Viktigt med information om arbetsättet

Lars Eurenus ser egentligen inga nackdelar med det nya arbetsättet. Men han poängterar att det är viktigt att kommunicera med patienterna om hur de jobbar.

– Patienterna ligger i sal och vi går in och försöker göra så mycket som möjligt klart för en patient. Sedan kan vi gå ut. Då kan de andra patienterna tro att vi har glömt dem.

Därför behövs både allmän information på avdelningen – och en nick till patienterna ”Vi kommer till dig snart”.

Jenny Stenbacka

Patientmöte födde idén till bemötandetemat

”Ifrågasätter du min kompetens?” Dessa läkarord gav indirekt upphov till temat för 2010 års Patientsäkerhetsdag, som blev: bemötande och kommunikation.



Henry Nyhlin, ordförande, Patientsäkerhetskommittén, Stockholms läns landsting

2010 års patientsäkerhetsdag hade förberetts i ett halvår av många eldsjälar med docent Henry Nyhlin i spetsen. Det var han själv som kom på att temat skulle vara bemötande och kommunikation.

I egenskap av Patientsäkerhetskommitténs ordförande tillika överläkare, Karolinska universitetssjuk-

huset (med klinisk verksamhet som mag-tarmspecialist en dag i veckan) kändes det angeläget. Men den utlösande faktorn var ett konkret patientmöte.

”Klockrent bemötandeproblem”

– Jag fick idén efter att ha haft en patient som varit hos en annan specialist och blivit ordinerad ett läkemedel. Patienten hade frågat kollegan om den nya medicinen skulle gå bra ihop med magmedicinen som han redan stod på. Svaret blev: ”Ifrågasätter du min kompetens?”. Patienten kände sig sårad och tystnade. Ett klockrent bemötandeproblem, tänkte jag, det här måste vi ta upp! Sa Henry Nyhlin.

Temat aktualiseras också genom den nya Patientsäkerhetslagen från den 1 januari som säger att patienter och närstående på olika sätt ska uppmuntras och involveras i patientsäkerhetsarbetet.

– Hur kan man som doktor få med patienten på en sådan ”resa” om man beter sig som kollegan gjorde? Då går patienten bara därifrån, i alla fall om vederbörande bor i Stockholm och har flera typer av vårdalternativ att välja mellan, sa Henry Nyhlin.

Vad borde kollegan ha gjort istället?

– Ja, tagit patientens fråga på allvar och diskuterat om det fanns någon möjlighet för ogynnsamma samverkans effekter mellan läkemedlen i det här fallet. Men framför allt visat sig intresserad och öppen för patientens oro, säger Henry Nyhlin.

Ingår i uppdraget

I Patientsäkerhetskommitténs uppdrag ingår att medverka till utbildningar och att skapa mötesplatser för lärande. Vision för verksamheten är att erbjuda den bästa och säkraste vården för alla genom bland annat samordning, kunskapsspridning och genom att fortlöpande rekommendera, följa upp samt in- och utmönstra indikatorer inom patientsäkerhet.

Att patientsäkerhetsarbetet verkligen går framåt inom SLL märktes på de redovisningar som gjordes under dagen, tycker Henry Nyhlin.

– De arbeten som redovisades höll hög kvalitet. Flera innebär ändrade rutiner som förbättrat patientsäkerheten på olika sätt. Men att förbättra patientsäkerheten är en långsiktig process. Det tar tid att skaffa sig rätt glasögon. Men det är roligt att arbetet börjar sätta spår, sa han.

David Finer

Patientsäkerhetsdagen 2010

Stockholms läns landstings patientsäkerhetsdag år 2010 hölls den 16 november på Folkets hus. Dagen hade tre fokusområden: kommunikation och bemötande, kvalitet och patientsäkerhetskultur samt hur vi förebygger vårdskador. Arrangör var Patientsäkerhetskommittén i Stockholms läns landsting. Deltog gjorde drygt 1100 personer. Den här skriften visar på ett axplock av de 27 seminarier och 55 postrar som presenterades under dagen. Även drygt tio utställare fanns på plats.

Nästa patientsäkerhetsdag inom Stockholms läns landsting planeras till våren 2012.

Patientsäkerhetsdagen 2010



Rapport från Patientsäkerhetsdagen 2010

Produktion Medicinskt Kunskapscentrum, Stockholms läns landsting
Projektledare Ingrid Jägre
Text Jenny Stenbacka, medicinjournalist, David Finer, medicinjournalist, Agneta Borgström, frilansjournalist, Susanna Hauffman, frilansjournalist
Foto Märtha Thisner och fotogruppen Södersjukhuset
Layout Magnus Edlund