

Checklistor och »crowdsourcing« för ökad patientsäkerhet på akutmottagningen

Checklistor gör det lättare att göra rätt på akuten. Det är tanken bakom en webbplats som lanseras denna månad. Den kommer att innehålla förslag till checklistor om vilken information som bör inhämtas för bedömningen på akutmottagningen. Allt akutpersonal inbjuds delta i utvecklingsprojektet.

Akutsjukvård är ett komplext och dynamiskt kompetensområde där diagnostik spelar en central roll [1]. Patienter söker, remitteras eller transporterats till akuten på grund av subjektiva (t ex bröstsmärta), objektiva (t ex medvetandesänkning) eller potentiella (t ex misstänkt intoxikation) problem orsakade av någon av närmare 10 000 diagnoser [2]. Huvudsyftet med utredningen på akuten är att, med utgångspunkt i patientens kontaktorsak, bedöma sannolikheten för diagnoser där akut behandling minskar morbiditet och mortalitet [3].

Diagnostiska misstag i akutsjukvården är vanliga [4, 5] och leder till vårdskador, dödsfall och ökade vårdkostnader [6]. Diagnostiska misstag orsakas av [7]:

- systemfaktorer relaterade till arbetsmiljön, t ex tidsbrist, simultana uppgifter, ständiga avbrott [8], oväsen, trötthet

- kognitiva faktorer, dvs bristfällig informationsinhämtning, informations-tolkning och kunskap
- »no-fault errors«, t ex en atypisk presentation av en sjukdom eller en patient som inte är samarbetsvillig.

Den vanligaste orsaken till diagnostiska misstag är en kombination av systemfaktorer och kognitiva faktorer, och omkring 40 procent av fallen beror på otillräcklig anamnes och statustagning [7, 9]. Vår kliniska bedömning av patienter baserar sig på två kognitiva processer, benämnda »system 1« och »system 2« [10].

System 1 innebär att man använder förmågan att känna igen mönster och använda tumregler. Denna process är omedveten, snabb och kräver relativt lite mental energi, men påverkas av emotioner och trötthet. System 1 kan leda läkaren till att för tidigt fastna i en diagnostisk hypotes utan att överväga alternativa hypoteser som också passar med den insamlade informationen, så kallad »premature closure« [4, 7].

I system 2 är den kognitiva processen däremot analytisk, rationell, regelbaserad och mindre felbenägen än i system 1, men också långsammare och mer ansträngande. Det finns ingen beprövad eller validerad strategi för att förebygga diagnostiska misstag som beror på kognitiva faktorer [11].

Modernt säkerhetstänkande i vården accepterar att människor kan göra fel [12]. Strategier för att förbättra vården fokuserar på att utveckla redskap och rutiner som ökar förutsättningarna att göra rätt samt upptäcka misstag innan patienten har skadats [13, 14]. Checklistor används inom flygindustrin sedan 1935 för att förebygga misstag, med dokumenterat positivt resultat [15, 16].

Inom sjukvården kan enkla



Illustration: Colourbox

Upphovsmakarna bakom checklistor som ska göra det lättare att göra rätt på akuten vill att projektet utvecklas genom »crowdsourcing«. Akutpersonal uppmanas därför att delta på projektets webbplats.

checklistor och påminnelser öka insättning av farmaka enligt evidensbaserade riktlinjer [17]. En checklista med fem punkter, kopplad till insatser för att ändra arbets-kulturen, kan förebygga sepsis vid central venkateterisering, med minskad mortalitet och vårdkostnad som följd [18-20]. Tvärprofessionella flerstegschecklistor kan minska morbiditet och mortalitet vid kirurgiska ingrepp [21-23]. Checklistor har också nyligen föreslagits som redskap för att minska diagnostiska misstag [6, 24, 25].

Vid diagnostik har checklistor potential att minska risken för »premature closure« genom att förebygga bristfällig informationsinhämtning och få läkaren att överväga de viktigaste diagnoserna där akut behandling minskar morbiditet och mortalitet. Checklistor kan även minska inverkan av systemfaktorer genom att hjälpa läkaren att hålla tråden trots tidsbrist, avbrott, flera samtidiga arbetsuppgifter (»multitask-

ing«) och trötthet. De kan på så sätt höja »lågstanivån« i diagnostiken.

Utmaningen vid skapandet av checklistor är att hitta en balans mellan alltför få punkter (risk för bristfällig informationsinhämtning) och alltför många (minskad arbets-effektivitet och användarvänlighet). Det är även väsentligt att hitta ett format som maximerar användarvänligheten och ökar användningen i klinisk praxis [26].

»Crowdsourcing« är en process där en stor grupp människor bidrar till genomförandet av ett projekt [27]. Wikipedia – ett internetbaserat, kollaborativt uppslagsverk som omfattar mer än 30 miljoner artiklar på över 280 språk [28] – är en produkt av crowdsourcing. Wikipedia har kritiserats för att artiklarna inte är skrivna exklusivt av experter [29], men flera studier talar för att artiklarna har hög kvalitet [t ex 30]. Crowdsourcing drar nytta av den kollektiva intelligens som uppstår då många individer bidrar [31]. Kollektiv process-utveckling kan dessutom främja användningen av processen i vardagen [26].

I början av mars 2014 kommer vi att på webbplatsen <<http://www.lucem.info>> lägga ut förslag till checklistor för de vanligaste kontaktorsaker-na på akutmottagningen. Checklistorna innehåller punkter om vilken information som bör inhämtas för bedömningen på akutmottagningen. De fokuserar på information som kan inhämtas snabbt, billigt och minimal-invasivt, nämligen anamnes, status, vanliga blodprov, EKG, ultraljud och urinsticka.

I checklistorna ingår även »can't miss«-diagnoser, som måste övervägas på ett medvetet sätt (system 2).

Tanken med checklistorna är att hjälpa läkaren att förebygga »premature closure« och

ERIC DRYVER

överläkare, akutkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund
e_dryver@hotmail.com

GUDMUNDUR JOHANSSON

specialist i akutsjukvård, Landspítali, Reykjavik

ARASH MOKHTARI

ST-läkare i internmedicin

DAVID LARSSON

ST-läkare i akutsjukvård

ARDAVAN KHOSHNOOD

AT-läkare

ULF EKELUND

docent, överläkare, Akutkliniken; de fyra sistnämnda finns alla vid Skånes Universitetssjukhus, Lund

andra kognitiva fallgropar inom system 1, samt att motverka negativa effekter av systemfaktorer på akutmottagningen. Checklistorna ska helt enkelt göra det lättare att göra rätt. På <http://www.lucem.info> lägger vi även ut motiveringar baserade på den medicinska litteraturen till innehållet i checklistorna, och beskriver hur den inhämtade informationen förändrar sannolikheten för de viktiga diagnoserna.

»Checklistorna ska helt enkelt göra det lättare att göra rätt.«

Vi uppmanar härmed alla som arbetar på akutmottagningar, i Sverige och utomlands, att ladda ned dessa checklistor och delta i utvecklingsprojektet genom att komma med synpunkter på innehåll, format och användarvänlighet. Checklistorna kommer sedan regelbundet att uppdateras med hjälp av dessa synpunkter och nya vetenskapliga rön. Vi är övertygade om att dessa checklistor, optimerade med hjälp av crowdsourcing, kan bidra till att förbättra vårdkvalitet och patientsäkerhet på våra akutmottagningar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors – the next frontier for patient safety. *JAMA*. 2009;301:1060-2.
- Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, et al. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: a study of closed malpractice claims from 4 liability insurers. *Ann Emerg Med*. 2007;49:196-205.
- Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009;84:1022-8.
- Gawande A. The checklist manifesto – how to get things right. New York, NY: Metropolitan Books; 2009.
- Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. 2011;86:307-13.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

23 läkare om omskärelse av små pojkar:

Läkarförbundet bör inta en mer ödmjuk hållning

I avsaknad av entydig medicinsk evidens borde den svenska läkarprofessionens främsta företrädare inta en mer ödmjuk hållning när det gäller omskärelse av små pojkar. Det skriver 23 läkare i denna reaktion på ett ställningstagande av Läkarförbundets etik- och ansvarsråd.

Vi har med stor förvåning tagit del av Läkarförbundets etik- och ansvarsråds ställningstagande, kommunicerat bland annat via dess ordförande Thomas Flodins »Signerat« i LT 5/2014 (sidan 127).

Läkarförbundets företrädare antyder att rituell omskä-

relse av små pojkar borde förbjudas och ersättas av förbundet mer tilltalande symboliska ritualer (godkända av dess representanter, förmodar vi). Läkarförbundet åtar sig därmed oombett uppgiften att definiera judisk och muslimsk identitet och att förklara för Sveriges judar och muslimer vilka trossatser som är relevanta i dag. I artikeln görs även den osakliga jämförelsen med kvinnlig könsstympning (som inte har stöd i någon religion och inte har några påvisbara medicinska fördelar, enbart nackdelar).

Retoriskt ställs frågan om det finns någon principiell



Foto: Colourbox

Författargruppen nedan anser att ordföranden i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd indirekt likställer rituell manlig omskärelse med barnaga.

skillnad mellan denna olagliga form av kvinnomisshandel och det för judar och muslimer centrala religiösa påbudet att omskära sina pojkar. I sin argumentation fortsätter Flodin med att indirekt likställa rituell manlig omskärelse med barnaga och pekar därmed ut alla judiska och muslimska föräldrar med omskurna barn som förövare och barnmisshandlare.

Den av Flodin omnämnda danska studien från 2013, där man fann en 5-procentig komplikationsfrekvens efter manlig omskärelse på sjukhus, har flera metodologiska tillkortakommanden och bygger på ett litet antal rapporterade fall [1]. Det är bland annat oklart hur komplikationerna fördelade sig i olika åldersgrupper, och urvalet är inte representativt för helheten av manliga omskärelser. Komplikationsfrekvensen är därmed svår att tolka och generaliserbarheten låg.

Flodin bortser också från den nyligen publicerade, gedigna kunskapsgenomgången från American Academy of Pediatrics [2]. Den anger betydligt lägre risksiffror vid omskärelse av nyfödda pojkar, och att komplikationsrisken ökar avsevärt vid omskärelse av äldre barn. Etik- och ansvarsrådets förslag att vänta med rituell omskärelse till 12 års ålder skulle alltså med största sannolikhet innebära en betydligt högre komplikationsfrekvens.

Om syftet med Läkarförbundets ställningstagande är att reducera de medicinska ris-

MARIA ALTMAN

med dr, ST-läkare i barn- och ungdomsmedicin, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset maria.altman@ki.se

DANIEL ALTMAN, docent, specialistläkare i obstetrik och gynekologi, Stockholms UroGyn Mottagning

BJÖRN FISCHLER, docent, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

BENGT BJÖRKSTÉN, professor, barnläkare; ordförande i Svenska barnläkarföreningen 1990–1992; ordförande i nordisk pediatrik förening 1992–2000

ANNETTE BRUCHFELD, docent, överläkare, njurmedicinska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset

FELIX BÖHM, med dr, specialistläkare i kardiologi, Karolinska universitetssjukhuset

CECILIA CHRAPKOWSKA, ST-läkare i barn- och ungdomsmedicin, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

MIKAEL FINDER, ST-läkare i barn- och ungdomsmedicin, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

YIGAL FINKEL, professor, barnläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm

MÄRIT HALMIN, ST-läkare i anestesi och intensivvård, Danderyds sjukhus

MATS HEYMAN, docent, överläkare, Astrid Lindgrens barn-

sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

ADAM ILICKI, med dr, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

ROBIN KAHN, med dr, barnläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

DIANA KARPMAN, professor, avdelningen för pediatrik, Lunds universitet; barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

MIRIAM KATZ-SALAMON, docent, kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet

HUGO LAGERCRANTZ, senior professor, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

THOMAS MÅRTENSSON, barnläkare, Södertälje sjukhus AB

HENRY NISSEL, docent, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset

HANS ROSLING, professor, specialist i invärtesmedicin

IHSAN SARMAN, med dr, överläkare, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm

DIRK WACKERNAGEL, med dr, barnläkare/neonatalog, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset

GÖRAN WENNERGREN, professor, barnläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg; ordförande i Svenska barnläkarföreningen 2006–2008

MICHAEL WILCZEK, tf medicinsk redaktionschef, Läkartidningen; doktorand, Karolinska institutet