

GTT upptäcker och mäter vårdskador

Men metoden är ännu tämligen oprövad och är inte avsedd för jämförelser



JON AHLBERG, docent, chefläkare, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholm; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm
jon.ahlberg@patientforsakring.se

Dagens stora intresse för vårdskador har sitt ursprung i en epokgörande studie, the Harvard medical practice study, publicerad 1991, i vilken visades att 4 procent av patienter i slutet somatisk vård drabbades av en undvikbar skada [1].

Liknande studier har senare genomförts i ett stort antal länder och visar liknande nivåer av vårdskador. Skillnader i resultat mellan studierna kan i allmänhet hänföras till olikheter i metoder, urval eller definitioner av skador.

Så sent som juni 2008 publicerades i Läkartidningen Socialstyrelsens studie av nära 2000 vårdtillfällen i Sverige, i vilken prevalensen av vårdskador var 8,6 procent och incidensen 5,0 procent, dvs på ungefär samma nivå som man funnit i många andra undersökningar [2].

Studier av den här typen är arbetskrävande och kan knappast upprepas särskilt ofta. De kan således inte användas för att följa utvecklingen över tid. Eftersom de inkluderar all somatisk korttidsvård, ger de föga information om skadeutfallet för enskilda specialiteter.

Den svenska studien talar för, om än inte statistiskt säkerställt, att vårdskador är vanligare inom de kirurgiska verksamhetsområdena. Även om många andra studier pekar i samma riktning kan det bero på att kirurgiska skador är lättare att upptäcka och att sambandet mellan en invasiv terapeutisk åtgärd och skadan kan uppfattas som självklart.

På många håll i landet genomförs aktiva insatser för att öka patientsäkerheten. Åtgärderna är ofta av allmän karaktär

och består dels i utbildningsinsatser och liknande för att höja medvetandegraden om problemet, dels i specifika åtgärder som tex förbättringar av läkemedelsförpackningar för att minska förväxlingsrisken eller införande av checklistor för komplexa delar av en vårdprocess.

Har då dessa åtgärder någon effekt? Tillkommer nya behandlingsmetoder med oförutsedda riskmoment? Vilka effekter har organisatoriska och strukturella förändringar på patientsäkerheten?

För att besvara sådana frågor krävs andra, enklare och mindre tidskrävande metoder, som helst också ska kunna appliceras på avgränsade delar av vården. Avvikelsehantering, som är mycket utbredd i svensk sjukvård, är inte lämplig för detta. Erfarenheten visar att sjuksköterskor rapporterar mer och oftare än läkare och att vårdskador, och i synnerhet svåra vårdskador, ofta hanteras utanför det systemet.

Andra källor för kunskap om vårdskador, tex lex Maria-anmälningar, patientskade-försäkringen, HSAN och liknande, kan ge information om särskilt viktiga områden med svåra skador, tex förlossningsskador, djupa infektioner vid proteskirurgi, läkemedelsförväxlingar och liknande. Bilden blir dock ofullständig till följd av att anmälningarna är starkt selekterade och av att mörkertalet är mycket stort.

I det här numret av Läkartidningen publiceras en studie från Östergötland, i vilken man granskat dödsfall vid kirurgiska kliniken under ett år med en metod för strukturerad journalgranskning benämnd GTT (Global trigger tool) [3].

GTT-metoden är avsedd för att granska ett litet antal journaler, ca 20, varje månad från samtliga kliniker vid ett sjukhus, och resultatet uttrycks som skador i relation till sjukvårdsinrätt-

ningens produktion i form av vård dagar eller vårdtillfällen. Avsikten är att följa utfallet över tid för att få en uppfattning om huruvida risken för vårdskador förändras, vilket skulle kunna ske vid förändringar i struktur eller process eller som en följd av åtgärder för att öka patientsäkerheten.

Metoden har använts under några år i USA och anses kunna ligga till grund för en uppfattning om skadeincidens över tid.

GTT lanserades i Sverige i september 2008, så någon bred erfarenhet finns ännu inte från vårt land. Metoden för den strukturerade granskningen kan användas även på selekterade material, som i studien från Östergötland, men vid tolkning av resultaten måste man ta hänsyn till selektionskriterierna, och jämförelser med den generella GTT-metodens resultat eller från en granskning med andra selektionskriterier låter sig inte göras.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6.
2. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. *Läkartidningen.* 2008;105:1748-52.
3. Strukturerad journalgranskning/Global trigger tool (GTT). <http://www.lio.se/templates/Page.aspx?id=46763>

■ SAMMANFATTAT

För att mäta skadeincidensen i vården krävs enkla och mindre tidskrävande metoder, som även bör kunna tillämpas på avgränsade delar av vården. **Journalgranskningsmetoden** GTT (Global trigger tool) anses kunna ge en uppfattning om skadeincidensen vid ett sjukhus över tid. **Resultaten kan** dock inte utnyttjas för jämförelse mellan sjukhus. En bredare svensk erfarenhet av metoden saknas ännu.