

Framförhållning bättre än efterkontroll vid rapportering av komplikationer?

Författarnas frågeställning var om prospektiv rapportering av komplikationer är effektivare än retrospektiva journalgenomgångar, och resultaten antyder att det kunde vara tvärtom. Bakgrunden är att det i Holland sedan 1998 finns en rutin inom kirurgi där läkarna förlöpande rapporterar »adverse events«.

Studien undersökte 149 patienter som var slumpvis utvalda bland tre riskgrupper utskrivna under år 2002. Den definition på adverse events som använts inbegriper både vad som med svensk terminologi kallas vårdskador och komplikationer till sjukdomen (SoS 2005:12).

Studien identifierade 381 adverse events hos 49 procent av patienterna. En retrospektiv journalgenomgång upptäckte fler »minor adverse events« än den prospektiva rapporteringen, medan metoderna var likvärdiga när det gällde allvarliga händelser. Metoderna överensstämde i 31 procent av fallen. Om metoderna summerades och resultaten extrapolerades till alla patienter erhöles en obetydlig ökning av den registrerade frekvensen av adverse events.

Studien har sina begränsningar först och främst genom sin lilla studiegrupp och genom att omfatta endast kirurgisk slutenvård på en enda klinik. Vilka typer

av adverse events som förekom redovisas inte, inte heller om man ansåg att dessa kunde undvikas. Författarna konstaterar att det inte finns någon etablerad standardmetod och hävdar – trots sina resultat – att prospektiv rapportering ger bättre möjligheter till kvalitetsutveckling.

Studien kan sägas relatera till arbetet med kvalitetsregister och avvikelshantering. Kvalitetsregistrens uppgift är att snabbt kunna ge en klinik besked om vilka resultat man uppnår och ge en jämförelse med andra kliniker.

Efterundersökningar ger, som även denna undersökning visar, resultat först

.....
»På senare år har avvikelshantering blivit ett viktigt moment i uppföljningen av sjukvården. Denna metod skiljer sig från både den retrospektiva genomgången och den prospektiva registreringen genom att tillbud och risker kan rapporteras – innan något ännu hänt.«

efter 2–3 år. Inte heller kan sådana ge en uppfattning om patientupplevd kvalitet, ledtider m m.

Kvalitetsregistren startades just för att retrospektiva genomgångar hade väsentliga svagheter. Mer om de svenska erfarenheterna av kvalitetsregister kan läsas på www.kvalitetsregister.se.

På senare år har avvikelshantering blivit ett viktigt moment i uppföljningen av sjukvården. Denna metod skiljer sig från både den retrospektiva genomgången och den prospektiva registreringen genom att tillbud och risker kan rapporteras – innan något ännu hänt.

Om man fördjupar avvikelshanteringen med händelse- eller riskanalyser kan man få en uppfattning om orsaker och därmed möjliggöra åtgärder. Avvikelshanteringen ger däremot inte en överblick över de medicinska resultaten för en viss patientgrupp.

Sålunda har alla tre metoderna sin plats fortsättningsvis.

Johan Elfström
johan.elfstrom@lio.se

Marang-van de Mheen PJ, et al. Effectiveness of routine reporting to identify minor and serious adverse outcomes in surgical patients. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:378-82.

Det finns ingen nedre gräns för att få nackskada

Frågan om det finns en nedre gräns för när ett trauma kan förorsaka skada i nacken är föremål för omfattande studier och diskussioner. Således finns det studier som visar att bakifrånåtkörning med 15 G inte förorsakar skada (*Society of Automotive Engineers*; 1996. p. 295–315).

Det är stora metodproblem förenade med att belysa denna fråga, exempelvis etiska med att utsätta försökspersoner för skada, att försökspersoner inte representerar normalpopulationen, att försökspersonen är förberedd på trauma och därför kan skydda sig med muskulärt försvar m m. Prov med försöksdockor eller kadaver är inte representativa för verkliga förhållanden, vilket inte heller arrangerade kollisioner är.

Verkligheten bjuder således på betydande variationer på skadeförhållanden. Till detta kommer att man inte har möjlighet att på tillfredsställande sätt diagnostisera vad som eventuellt är skadat.

Författarna till föreliggande artikel har genom att studera en mycket stor population som exponerats för krafter på skelettet tillämpat ett principiellt intressant tillvägagångssätt för att studera uppkomst av skador. Tekniken har varit att undersöka hur många och vilka skador som personer ådragit sig vid en enhetlig och kollektiv exponering för belastning vid berg- och dalbaneåkning vid en anläggning i Texas. Kriteriet för att vara skadad var att det förelåg en skaderapport som visade omedelbar skada vid åkningen, att en läkarjournal beskrev en diagnos som var mer besvärande än nackstukning, exempelvis disk- eller benskada, samt att skadan verifierats med bildgivande undersökning.

Teknisk utredning gav vid handen att den högsta acceleration som personerna varit utsatt för var 5 eller 6 G.

Under 19 månader uppskattades att det förekom 600–700 skador på ryggraden hos 932 000 åkande. Under en fyra-

månadersperiod gjordes en mer intensiv studie. Antal skadade var 39 personer med sådana skelett- eller diskskador att de blev föremål för operation. Nackskador dominerade liksom skador hos kvinnor (77 procent).

Personer som hade mjukdelsskador eller som inte krävt ersättning förekom inte i undersökningen, varför det totala antalet skadade torde vara väsentligt större.

Studien sammanfattas med att det inte finns någon vedertagen undre gräns för när signifikant skada uppkommer i nacke eller rygg. Individuell känslighet eller oförutsägbara förhållanden har betydelse för utvecklingen av en skada.

Bengt H Johansson
drbengt@bostream.nu

Freeman MD, et al. Significant spinal injury resulting from low-level accelerations: a case series of roller coaster injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86:2126-30.