

Mina bästa misslyckanden

■■■ Vid den Odontologiska Riksstämman genomfördes ett symposium med rubriken "Mina bästa misslyckanden". Utveckling innebär förändring. Att förändras kräver kraft och mod. Att alla misslyckas vet vi, men väljer vi tillräckligt ofta att se och värdera våra misslyckanden?

I denna artikel har vi samlat en resumé av några av föredragen från "Mina bästa misslyckanden". I tur och ordning följer bidragen från Per Rehnberg, Sven Scholander, Björn Klinge, Sverker Toreskog och Sven Simonson. Vi gör inga anspråk på att vara experter på misslyckanden. Vi har inte heller något vetenskapligt underlag för vårt urval eller för de synpunkter respektive författare framför. Vi har valt att blotta några mindre lyckade händelser i vår odontologiska vardag.

Det är ansträngande att acceptera ett misslyckande – men nödvändigt. Vi hoppas att vårt val av misslyckanden också kan vara till glädje för våra läsare. Den enda sanna glädjen är skadeglädjen, sägs det. Vi unnar alla den glädjen, särskilt om den kan hindra att just våra tillkortakommanden upprepas.

Per Rehnberg & Björn Klinge

"Att lära av varandra"

Olaus Petri lär ha sagt: "Du kan misslyckas många gånger men är inte misslyckad förrän du börjar skylla på andra." Tyvärr förefaller det som om många av oss inte inser att misslyckanden är en viktig del av vår kliniska vardag. Det vore härligt om fler av oss inte bara valde att se, och korrigera, sina misslyckanden utan också kunde sprida sin erfarenhet till förmån för kolleger och patienter.

En miljard pund per år

I en tid då vi och vår omgivning debatterar kvalitetsssäkring, patientens trygghet och vårdetik är det lätt hänt att vi inte "vågar" se våra misstag. I en brittisk pilotstudie av över 1 000 journaler vid två akutsjukhus i London har man funnit att cirka 11 procent av patienterna drabbades av så kallad "adverse events". Nästan hälften av dessa bedömdes som möjliga att förebygga. Man fann dock även – oroande nog – att åtminstone en tredjedel av händelserna ledde till invaliditet (impairment) eller död. En extrapolering av dessa data ger vidare vid handen att "adverse events" i England och Wales

leder till tre miljoner extra vård dagar till en minimikostnad av en miljard pund per år. Nu är risken för omfattande skador inom vårt gebit vanligtvis mindre – trots det bör vi fokusera starkare på vår avvikelserregistrering (och hantering). Det ligger nära till hands att anta att mörkertalen är stora och att våra patienter i så fall råkar ut för iatrogena skador som kan undvikas.

Fyra döda

Den 20–21 augusti 1936 injicerades av misstag ett desinfektionsmedel i tron att det var ett lokalanestetikum på fyra patienter som sökt för relativt lindriga åkommor till Maria sjukhus i Stockholm. Alla fyra avled och ingen ansvarig anklagades. Som en följd av de juridiska svårigheterna efter denna tragiska olycka utfärdade Kungl. Maj:t, ett halvår senare, en kungörelse angående anmälningsskyldighet, det vill säga den ursprungliga så kallade lex Maria. Lex Maria florerar idag runt i vårddebattens Sverige och rösterna är kritiska. Många menar att "syndabocksjakten" minskar antalet anmälningar. Andra bran-

scher som till exempel flyget har inrättade avvikelshanteringssystem med mindre fokus på att finna syndabocken och mer på att skydda människor. Som exempel kan nämnas en blankett för rapportering av incidenter hos flygledare där namnet på den som rapporterar inte framgår när rapporten sänds vidare inom verket. Uppgiften finns givetvis att tillgå men informationen om vad som har gått snett är primärt viktigare. Lex Maria är för närvarande under översyn (remissupplagan från september 2001 står bland annat på nätet: www.socialstyrelsen.se). En mindre repressiv initial hållning kanske vore ett alternativ även inom vården.

Avvikelsehantering

Hur många av oss har ett avvikelssystem där vi för in våra misstag eller biverkningar? Det behöver inte vara livshotande skador utan postoperativa problem efter ett operativt avlägsnande, en pulpit/osteit på en kronförsedd molar eller (re)infekterade rotbehandlade tänder borde också registreras. Enligt socialstyrelsen ska vår kvalitetssäkring innefatta en registrering, uppföljning och korrigering av avvikelser. Har du en avvikelsepärm i din praktik? Får vi titta i den?

Humiliatio – ödmjukhet

Hur många av oss sprider sina misslyckanden till kolleger att lära av? En uppmaning till våra duktiga föreläsare vore att inte bara visa de ”vackra” fallen utan även de egna misslyckade behandlingarna. En smula retorisk ”humiliatio” skulle kanske sitta fint lite oftare!

Mina egna försök att vara så fullkomlig som jag ovan önskar vår kår att vara har misslyckats men jag tror att jag inser det och beteendet är uppfört i min egen felhanteringspärm. Förhoppningsvis kan vi alla tillsammans hjälpas åt att inte cementera in våra misslyckanden i armerad betong utan istället



Figur 1. Ett singelimplantat – funktionellt men inte alltid så estetiskt. Inget stort problem om jag hade informerat före behandling.



Figur 2. Felhantering behöver inte bara betyda stora misslyckanden, även mindre problem bör registreras. I det lilla finner vi ofta det stora.



Figur 3. Knappast den nya teknikens fel utan snarare mitt (bristande) sätt att hantera den. Jag skulle kanske ha lyssnat till Sverker Toreskog först.

föra en kreativ diskussion kring problemen. För vem vill egentligen lyssna till en ”besserwisser” som alltid gör rätt? På nästkommande sidor tar ett par kolleger, som deltog på riksstämmesymposiet ”Mina bästa misslyckanden”, upp problematiken och jag tycker att de bildar en trygg förtrupp för oss andra att följa. ♦

Per Rehnberg

Tandläkare

(moderator på symposiet)

"Den som alltid vet bäst lär sig aldrig något!"

(Henrik Tikkanen)

I Stockholm hölls 1979 ett ekonomiskt världssymposium om misslyckanden, ”The Stockholm Symposium on Surviving Failures”. Främst diskuterades naturligtvis överlevande ekonomiska misstag, vars systematiska upprepande man genom analyser ville få möjlighet att hindra i tid. Syftet med ett odontologiskt symposium om misslyckanden torde vara likartat, det vill säga att öppet diskutera och analysera de misstag som oundvikligen inträffar i vår kliniska och vetenskapliga vardag. Kan vi därigenom förhindra att andra gör samma misstag eller att ett misstag systematiskt upprepas, har syf-

tet även nått ett mål. Eftersom vi vet att framgång nås genom ”trial and error” tycker jag ämnet borde få större utrymme i utbildningssammanhang.

Det ligger uppenbart mycket prestige bakom att vi inte vill eller vågar tala mera öppet om de misstag, som ju faktiskt kan vara mycket betydelsefulla för vår odontologiska utveckling. Denna ovilja speglas inte minst av kursrubriker som ”Varför är *andras* kronor för höga?” eller ”Varför lossnar *andras* broar?”. När vi gör ett misstag eller en felbedömning bör vi vara så självkritiska att vi alltid riktar sådana frågor till oss själva. Ett misstag som



Figur 1. Patient med uttalat tandslitage 1987. Protetisk behandling genomfördes med guld-akrylbroar i ök och uk.



Figur 2. Ök-bron 1991.

inte analyseras riskerar vi att upprepa och det är då vi närmar oss ett verkligt misslyckande. Ligger felet i metoden eller tekniken har vi alltid möjlighet att byta, förbättra eller utveckla. Ett exempel på detta är min egen förändrade syn på protetisk behandling av patienter med omfattande tandslitage ("avancerade bruxister" med patologisk attrition). Tidigare lät jag frågan om materialval till kronor och broar och hur stor betthöjningen skulle vara överskugga det egentliga problemet; patientens tuggapparat utvecklade större krafter än vad de olika materialen tålde (fig 1, 2).

Beprövad erfarenhet

Min behandlingsfilosofi idag avseende denna patientkategori grundas i stor utsträckning på den beprövade erfarenhet jag fått genom att lära av mina misstag och innebär i korthet; att gå långsamt fram, undvika irreversibla protetiska åtgärder innan patientens bettfunktion analyserats, försöka på-

verka grundorsaken (= krafter och belastningssituation), utnyttja adhesiv teknik för temporära och sonderande betthöjningar och för att skydda mot ytterligare slitage på tandsubstans, omvärdera ofta och tänk på att konsten är inte att göra protetik utan att undvika protetik på fel patienter.

I begynnelsen av min tandläkargärning hade många av mina misstag sin grund i bristande förmåga att kommunicera med patienterna. Idag strävar jag efter att fortlöpande förbättra denna brist. Jag har bland annat lärt mig att all kommunikation sker på mottagarens villkor, att det är viktigt att individanpassa sin information och att försöka utnyttja alla de hjälpmedel som står till buds i dagens IT-samhälle. Jag vill hävda att en god patientkommunikation är grunden till en lyckad behandling. Ändå händer det att jag misslyckas. ♦

Sven Scholander

Övertandläkare,

Oral Protetik Region Skåne

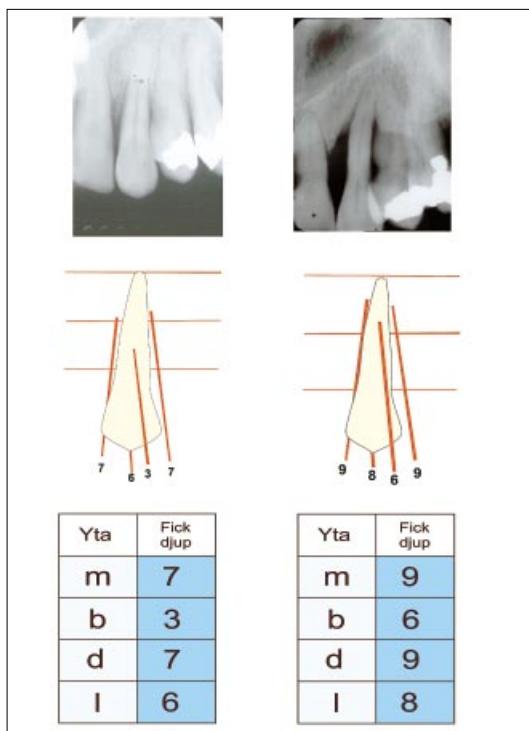
"Vi skulle komma långt med att tillämpa den kunskap vi har"

Mitt misslyckande har jag valt av några olika skäl. Vi har en lång uppföljningstid; 24 år. Det ger lite känslan av att ha "facit". Vetenskapen har också tillfört flera viktiga rön under behandlingsperioden. Trots detta utökande vetande är det min gissning att vi behandlar patienter ungefär likadant nu, som då. Nej, detta är inte ett evidensbaserat påstående. Det är mer ett intryck. Fast jag vet att många patienter hanteras på just detta sätt. Fortfarande. Trots att vi alltså fått tillgång till ett mycket övertygande kunskapsunderlag att bygga våra ställningstaganden på.

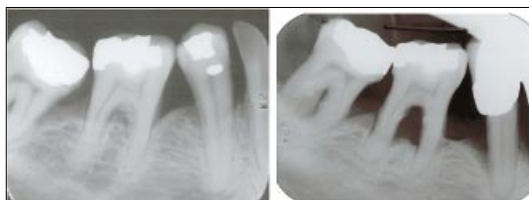
Låt oss kalla patienten för Jöran Pährson, född 1941. Behandlingsperioden börjar 1977, patienten är då 36 år gammal och jag har just tagit tandläkarexamen. Intresset för parodontologi är redan väckt. Tack vare välvilliga kolleger kan jag nu följa upp

patienten år 2001, efter 24 års behandling, patienten fyller 60 år i år. Vi har förlorat mycket parodontalt fäste under dessa år (fig 1 och 2). Det har varit mycket, men planlöst arbete, vågar jag påstå.

Vid primärundersökningen uppger sig patienten vara fullt frisk, inga mediciner. Röker 20 cigaretter/dag. Kan borsta tänderna, men har oftast ingen tid till detta. Vi gör en omsorgsfull parodontal undersökning med fickdjupsregistrering, plack- och gingivalindex, helstatus röntgen. Diagnos, prognos och terapiplan finns prydligt inskrivna i journalen, men inget mål med behandlingen finns angivet. Inte heller anges något förväntat utfall av behandlingen. Det kanske kan ursäktas. Vi visste inte så mycket då, om vilket behandlingsresultat vi kunde förvänta efter vår behandling. Intressant att vi gjor-

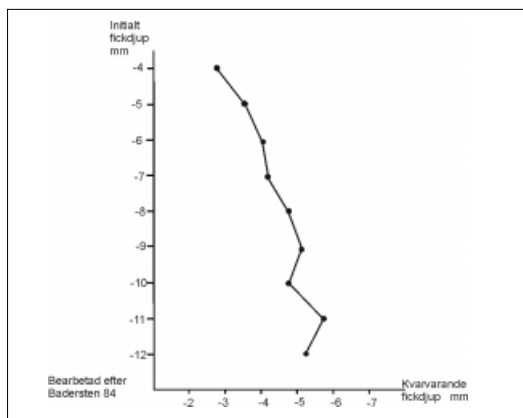


Figur 1. Försämring från 1978 till 1999.

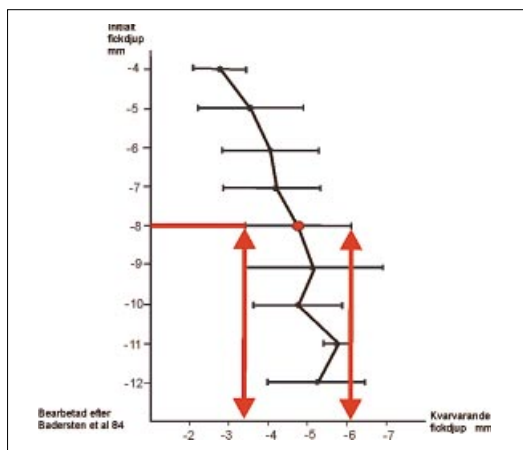


Figur 2. Omfattande vävnadsförlust från 1978 till 1992.

de tobaksanamnes redan då. De övertygande forskningsresultaten om rökningens betydelse kommer långt senare. Det blir information och instruktion om munhygien. Depuration. Återbesök. Regelbunden uppföljning. Nya fickdjup. Infärgning. Plackindex. Remiss till tandhygienist. Lite depuration här. Lite depuration där. Nytt fickdjup. Nytt plackindex. Ny runda hos hygienisten. Ny depuration. Nytt fickdjup. Reinstruktion i munhygieniska hjälpmedel. Nytt plackindex. Nytt fickdjup. Depuration. I retrospekt kan vi notera successivt fördjupade tandköttsfickor. Vi noterade fickdjup. Visst. Flera gånger om året. Vi noterade plackindex. Visst. Flera gånger om året. Vi remitterade till hygienist. Som mätte fickdjup. Depurerade och mätte fickdjup. Vi samlade information. Sida upp och sida ner. Men – vi använde aldrig informationen som underlag för en meningsfull analys. Vi gjorde aldrig någon egentlig behandlingsplan. Vi analyserade aldrig vilket resultat vi borde uppnå, baserat på efterhand tillgängliga vetenskapliga resultat och vi



Figur 3. Medelvärdet av initialt fickdjup (lodrät axel), återstående fickdjup (horisontell axel). Omarbetad efter Badersten et al 1984.



Figur 4. Spridning från medelvärden visar stor variation i återstående fickdjup efter behandling. Omarbetad efter Badersten et al.

angav aldrig något mål med behandlingen. Under 80-talet tillkom väsentlig information. Förväntat utfall av icke kirurgisk behandling presenterades av Anita Badersten och medarbetare. Vi fick lära oss att vi i medeltal bör förvänta oss ett återstående fickdjup på 4–5 mm om fickorna ursprungligen varit 7 mm eller däröver (fig 3). Med lite noggrannare analys lärde vi oss förstå att det finns en individuell variation. En 8 mm tandköttsficka som i medeltal bör reduceras till 5 mm uppvisar en variation från 3–6 mm (fig 4). Något att ta hänsyn till när vi kalkylerar förväntat behandlingsresultat. Rökningens betydelse för parodontal sjukdomsutveckling klarläggs på ett förtjänstfullt sätt av Jan Bergström och medarbetare. Det blir aktuellt att upplysa patienterna om betydelsen av rökning. Och värdet av att sluta röka för att kunna uppnå parodontal hälsa.

Hur gör vi idag?

Hur gör vi idag? Handlar vi annorlunda idag? Hur ofta gör vi behandlingsplan och tydliggör ett mål

med behandlingen? Vi undersöker. Depurerar. Mäter fickdjup. Remitterar till tandhygienist. Som depurerar. Mäter fickdjup. Depurerar. Och mäter fickdjup. Plackindex och gingivalindex har fallit ur modet, så det blir inte lika mycket registrerande av dessa parametrar. Och inte så mycket munhygieninformation och instruktion. Det är inte heller modernt. Men mäter fickdjup. Och depurerar. Det gör vi. Åtminstone ”ställvis”. Så brukar det stå i journalen. Har jag sett.

Saknar vi någon information? Saknar vi kunskap? Knappast. Vi skulle komma långt med att

tillämpa den kunskap vi har. Att plack orsakar tandköttsinflammation. Att rökning påverkar parodontal hälsa. Att vi kan göra en behandlingsplan och ange förväntat utfall av vår behandling. Sedan kan vi behandla och utvärdera om vi avviker från vårt klart uppställda mål.

Kanske det skulle bli färre misslyckanden då. Och mycket roligare med parodontitbehandling.

Det kan vara värt att pröva. ♦

Björn Klinge

Professor/Övertandläkare
Karolinska Institutet

”En expert är någon som har begått alla misstag som kan begås, inom ett mycket begränsat område”

Mina bästa misslyckanden

Den första frågan som inställer sig är om ”bästa” i detta sammanhang betyder ”det värsta” eller om det är det ”minst misslyckade”, det vill säga nästan OK och således kan jämföras med uttrycket ”världens minsta jätte”. Jag har dock valt att tyda det som det mest betydelsefulla och det som kanske förändringsmässigt påverkat mig mest av mina misslyckanden.

Bakgrund

Den traditionella kronpreparationen ser ut som den gör bland annat för att skapa retention och resistens och har således långa parallella väggar så att kronan efter cementering inte ska lossa. Gränsen har traditionellt sett placerats subgingivalt i estetiska områden eftersom denna gräns är allt annat än estetisk. Den metallkeramiska kronan blockerar infallande ljus cervikalt och gör området apikalt om gränsen mörkt och mycket oestetiskt. Mitt misslyckade patientfall, vi kan kalla henne Yvonne eftersom hon heter så, illustrerar väl detta problem.

Yvonne

1979 gjorde vi en treledsbro på Yvonne med 22 som anteriort stöd i MK, 23 som pontic ersättande

saknad tand och 24 pinledgekrona och allt såg ganska OK ut (fig 1). 15 år senare ser det mindre trevligt ut, gingivan runt 22 har kraftigt retraherats (fig 2) och området cervikalt om gränsen är mycket mörkt just på grund av kronans stoppande av infallande ljus. Detta illustreras mycket bra (fig 3) när jag slipar bort en del av kronans buckalyta och låter ljuset skina in så området blir just ljust igen. Gingivaretraktioner av denna typ är mycket vanliga det vill säga drabbar flertalet ursprungligen subgingivalt placerade kronor.

Konsekvens

Mina tidigare misslyckanden av denna typ gör att jag undviker att göra kronor som stoppar infallande ljus cervikalt, det vill säga jag undviker samtliga kron typer utom den bondade skalkronan/fasaden där gränsen kan göras osynlig Tyvärr måste vi fortfarande använda oss av ”ljusstoppande” kronor i brofall eftersom det inte finns starka porslins sorter som också är translucenta. Men det finns vävförstärkta, laboratoriefremställda kompositbroar och translucenta starka porslinsmaterial kommer säkerligen inom några år. ♦

Sverker Toreskog

Tandläkare



Figur 1.



Figur 2.



Figur 3.

"Terapiplanering gör att du kan passera ditt glastak, att du kan nå längre än du tror är möjligt"

Vad jag trodde

Många patienter
Jobba snabbt
Korta tider
Mindre risk för dyra ÅB

Vad andra visste

Långa tider för undersökning
Kommunikation
Utbilda patienten
Terapiplanera
Lååååånga tider
Daglig uppföljning
Tidbok
Arbetsmiljö
Ekonomi

Jobba smartare – inte snabbare!

Kan vi vara överens om att en tandläkare i balans ger bättre vård än en tandläkare som i full fart är på väg rakt in i väggen? Vi måste för patientens skull, ordna vår egen arbetsmiljö. Tandvårdspersonal klagar över stress, jäkt och pressad ekonomi. Om vi ska kunna ge en bra vård som patienterna tycker är värd pengarna måste vi skaffa oss en god, lönsam och trivsamt arbetsmiljö. Det är inget man får. En god arbetsmiljö är något man skapar. Vi har alla ansvar för den. Om vi har dåliga dagar beror det på att vi själva ger oss dåliga dagar. Standardiserade tider, akuta pressas in i dagar som redan är fulla. Vi fixar det där lilla extra hålet också för att patienten ska slippa resa en extra gång. Allt ger jäkt och stress. Vilken patient är viktigast? Vi är mer stressade över att en patient sitter och trummar med fingrarna ute i väntrummet än hur patienten under våra händer upplever att vi jäktar när vi lagar hennes tänder.

Nyckeln ligger i terapiplanen

Det räcker inte med att vara odontolog, vi måste kunna produktionsplanering. I det ingår terapiplan och tidbokning. Jag trodde att om en tidbok var full, om jag bara jobbade hela dagen, om jag bara var snabb, då skulle allt bli bra. Mer kunde jag inte göra. Där fanns ett glastak som jag inte kunde passera. Tänk vad fel man kan ha. Man kan spränga glastaket, arbeta bättre, lönsammare, i god arbetsmiljö om man tänker efter innan. Det är som i orientering. Om man kollar kartan först, planerar sin väg och inte bara råsprinter, går det bättre. Du behöver några verktyg. Du måste ha ett team, inte bara personal, utan ett team, som vet vad du vill. Vill du ge bra vård? Vill du att ditt team ska vara välutbildat? Vill du arbeta i en bra miljö? Vill du ha

och kunna ge lön efter kompetens? Vill du att du och ditt team ska kunna komma hem glada till familjen? Vill ni kunna gå till arbetet utan att det känns som ett kommande maratonlopp? När du tänkt igenom vad du vill, talar du om det för personalen, mening för mening så att det står kristallklart vad du vill. Vill personalen vara med på taget? Bra. Då har du skapat början till ett team.

Nu börjar arbetet

Det är ett omfattande arbete och vi har många verktyg. Här ska jag bara ta upp vad som händer om man planerar en bokning. För att det ska bli enkelt att räkna – antag att priset för ett MO composite brutto är 1 000 kr. Antag att en patient ska få 14 MO lagad. Behandlingen börjar med att du hälsar, frågar hur det gått sedan sist, talar om vad som ska göras idag, och lägger en bedövning. Den ska hinna ta. Det är rimligt att inledningsfasen tar 10 minuter. Antag att själva borrhningen och lagningen tar 15 minuter. Avslutningen tar fem minuter. Då talar du om för patienten vad som hänt och vilka efterbesvär hon kan vänta sig, samt vad som ska ske nästa gång. Från början till slut tar behandlingen 30 minuter. Det ger 1 000 kr på 30 minuter = 2 000 kr per timme.

Terapiplanera

Antag att vi har en patient med 14 MO, 25 MO och 44 DO. Patienten går med på att bli bedövad i tre kvadranter. Hon spar nämligen tid från arbetet. Inledningen med Goddag och bedövning tar 10 minuter. Varje fyllning tar 15 minuter = 45 minuter och avslutningen tar 5 minuter = 60 minuter totalt. Inkomsten blev 3 000 kr per timme. Utan att arbeta snabbare, har vi ökat timintäkten med 50 %. Dessutom har vi minskat antalet brickor att diska, vi har minskat antalet telefonsamtal till receptionen (färre patienter i tidboken ger färre samtal), och vi har lugnat ner arbetsmiljön. Terapiplanen är ett oerhört kraftfullt verktyg av flera. Allt kommer inte att alltid fungera, men med tiden lär man sig konsten att terapiplanera. Man är inte längre ett offer för slumpen. Terapiplanering gör att du kan passera ditt glastak, att du kan nå längre än du tror är möjligt. Och det fantastiska är att värdkvaliteten blir bättre. Socialstyrelsen har rätt. Terapiplanera. Socialstyrelsen har fel. De tycker att vi bara ska terapiplanera större fall. För din egen skull – terapiplanera allt! ♦

Sven Simonson

Tandläkare