

Stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården

Förebyggande insatser för skador
och smitta p.g.a. vassa
instrument

Lisa Schmidt Gabriella Östlund Ann-Beth Antonsson
B2074
2012

Rapporten godkänd:
2012-11-19

John Munthe
Forskningschef

<p>Organisation IVL Svenska Miljöinstitutet AB</p>	<p>Rapportsammanfattning</p>
<p>Adress Box 21060 100 31 Stockholm</p>	<p>Projektitel Insatser för förebyggande av skador och smitta pga. vassa instrument, bl.a. stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården. Anslagsgivare för projektet AFA Försäkring</p>
<p>Telefon nr 08-598 563 00</p>	
<p>Rapportförfattare Lisa Schmidt Gabriella Östlund Ann-Beth Antonsson</p>	
<p>Rapporttitel och undertitel Stick- och skärskador inom hälso-och sjukvården Förebyggande insatser för skador och smitta pga. vassa instrument</p>	
<p>Sammanfattning Stick- och skärskador är vanliga inom hälso- och sjukvården, både i Sverige, övriga EU-länder och globalt. Det långsiktiga målet med detta projekt är att minska förekomsten av stick- och skärskador inom vården. För att minska dessa skador, behövs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om orsaker till stick- och skärskador. • En strategi som hanterar eller motverkar dessa orsaker. <p>81 telefonintervjuer har genomförts med anställda inom vården som drabbats av stick- eller skärskada. Dessutom har goda exempel på åtgärder studerats vid besök på utvalda arbetsplatser. Resultatet har legat till grund för diskussioner vid fyra workshoppar. En strategi har utvecklats med en kombination av insatser som kan minska stick- och skärskadorna i vården. Strategin innefattar följande delar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering av lagkrav och regler/föreskrifter. • Eliminera riskerna genom att använda säkerhetsprodukter och se över om vassa instrument och verktyg kan bytas ut eller sorteras bort. • Implementering av och ökad tydlighet om vad som är ett sticksäkert arbetssätt på arbetsplatsen och anpassat till verksamheten. <p>För att implementera dessa åtgärder behövs ett organisatoriskt stöd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • På ledningsnivå inom landsting/kommun • På arbetsplatsnivå behövs ett stöd för chefernas arbete inom sina respektive ansvarsområden 	
<p>Nyckelord samt ev. anknytning till geografiskt område eller näringsgren Stick- och skärskador, arbetsmiljö, arbetsskador, orsaker, åtgärder, strategier Sharp injuries, prevention, causes, strategies</p>	
<p>Bibliografiska uppgifter IVL Rapport B2074</p>	
<p>Rapporten beställs via Hemsida: www.ivl.se, e-post: publicationservice@ivl.se, fax 08-598 563 90, eller via IVL, Box 21060, 100 31 Stockholm</p>	

Förord

Projektet ”Stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården” har som mål att minska stick- och skärskador i vården. Inom projektet har vi haft förmånen att ha många kontakter med personer med olika funktioner inom vården. De har villigt och intresserat ställt upp och delat med sig av både sin tid och sina kunskaper, vilket varit en förutsättning för att projektet skulle kunna genomföras. De har var och en på sitt sätt bidragit till projektets resultat och kvalitet.

Underlaget till rapporten har samlats in med hjälp av intervjuer med medarbetare inom hälso- och sjukvårdsektorn som drabbats av en stick- eller skärskada i sitt arbete. Vi har också vid besök hos enheter och avdelningar fått information och erfarenheter av bra åtgärdsarbete. Vid fyra workshoppar har vi haft möjlighet att diskutera och analysera problemställningar med speciellt inbjudna gäster. Resultaten har även diskuterats med projektets referensgrupp

Projektarbetet har även inneburit kontakter och samtal med andra aktörer inom omsorgs- och vårdsektorn som på olika sätt är delaktiga i förebyggande och hantering av inträffade stick- och skärskador.

Vi vill tacka alla som bidragit till vårt projekt och denna rapport. Ett speciellt stort tack till alla våra intervjurespondenter som berättat om sina olyckor. Vi vill även tacka för det positiva bemötande och stora intresse som vi mötts av hos de vi har kontaktat. Ett särskilt tack också till projektets referensgrupp, som aktivt och positivt bidragit till projektet både genom tips och råd i projektarbetet och genom diskussioner som gett fördjupad förståelse för och nya perspektiv på de resultat vi fått fram genom intervjuer, arbetsplatsbesök och workshops. Referensgruppen har haft följande sammansättning:

Ned Carter, SKL
Stefan Lundberg, Vårdförbundet
Lena Jonasson Fischer, Kommunal
Alicia Lycke, Läkarförbundet
Kerstin Johansson, Vision
Jenny Persson Blom, Arbetsmiljöverket
Axana Hagggar, Socialstyrelsen

Lisa Schmidt, Gabriella Östlund, Ann-Beth Antonsson

Sammanfattning

Stick- och skärskador är vanliga inom hälso- och sjukvården, både i Sverige, inom EU och globalt. En försiktig uppskattning tyder på att mellan 5 000 och 10 000 stick och skärskador inträffar årligen bland vårdanställda i Sverige och 1 miljon i Europa. Det långsiktiga målet med detta projekt är att minska förekomsten av stick- och skärskador inom vården. För att minska dessa skador, behövs

- Kunskap om orsaker till stick- och skärskador.
- En strategi som hanterar eller motverkar dessa orsaker.

För att öka förståelsen för orsakerna till stick- och skärskador har 81 telefonintervjuer genomförts med anställda inom vården som drabbats av stick- eller skärskada i arbetet. Dessutom har goda exempel på åtgärder studerats vid besök på utvalda arbetsplatser. Resultatet har legat till grund för diskussioner vid fyra workshoppar. Syftet har varit att diskutera varför stick- och skärskador uppkommer och vilka åtgärder som kan minska skadorna. En strategi har utvecklats med en kombination av insatser som kan minska stick- och skärskadorna i vården. Strategin innefattar följande delar:

- Förbättrad implementering av **lagkrav och regler/föreskrifter**. Föreskrifterna behöver kompletteras med mer handfasta råd och stöd till arbetsplatserna att implementera föreskrifterna.
- Eliminera riskerna genom att **använda säkerhetsprodukter** och se över om vassa instrument och verktyg kan bytas ut eller sorteras bort.
- **Implementering av och ökad tydlighet om vad som är ett sticksäkert arbetssätt** på arbetsplatsen och anpassat till verksamheten. Arbetssättet behöver innefatta rutiner exempelvis för val av produkt, hur nål/spruta/kniv och gula burken hanteras och eventuell skyddsutrustning. Detta mer standardiserade arbetssätt (good practice/best practice) behöver också anpassas så att det stämmer överens med miljö- och hygienkrav samt patientsäkerhet.

För att implementera dessa åtgärder behövs ett organisatoriskt stöd.

- På **ledningsnivå inom landsting/kommun** behövs underlag för att ledningen ska kunna fatta policybeslut om stick- och skärskador. Detta underlag behöver utgå från ledningens perspektiv och innefatta upphandling och ekonomiska aspekter:
- På **arbetsplatsnivå** behövs ett stöd för chefernas arbete inom sina respektive ansvarsområden med:
 - Val av och utbildning om att använda säkerhetsprodukter.
 - Introduktion och utbildning om sticksäkert arbetssätt, samt ett tydligt förhållningssätt till sticksäkert arbete.
 - Att säkerställa att anställda har rätt kunskaper om sticksäkert arbetssätt.
 - Göra riskbedömningar
 - Följa upp inträffade tillbud och olyckor för att lära och vidta åtgärder
 - Fungerande rutiner vid delegering för att säkerställa tillräcklig kompetens för att arbetet ska utföras på ett säkert sätt.

Summary

Sharp injuries are common in health care, both in Sweden and other European countries. A conservative estimate suggests that about 5 000 to 10 000 injuries occur annually among health care workers in Sweden and about one million in Europe. The long-term aim of this project is to reduce sharp injuries in health care and medical services. A reduction of the injuries requires:

- An understanding of the causes of sharp injuries
- A strategy to manage or prevent these causes.

To study the causes of sharp injuries, 81 interviews were conducted with health care employees that had experienced sharp injuries. In addition, successful measures to reduce sharp injuries were studied at selected workplaces. The results were discussed at four workshops, with the purpose of investigating why sharp injuries occur and what measures effectively can reduce the number of injuries. Based on this, a strategy has been developed to reduce sharp injuries. The strategy includes:

- Implementation of laws, directives and provisions, through concrete and detailed advice to workplaces on how to reduce the risk of sharp injuries.
- Usage of safety products combined with reviews on whether unsafe products can be substituted with safety products
- Implementation and increased clarity about safe working procedures in combination with safe procedures that are practical and adapted to the working conditions, e.g. routines for selection of safe equipment and the appropriate handling of needle, syringe, knife, containers for used needles as well as personal safety equipment. The resulting standardized working procedures (good practice/best practice) also need to be adapted to demands for patient safety, hygiene and the environment.

To implement these measures, an organizational support is needed

- On top management level in municipalities and county councils or hospitals, a common base for policy decisions about sharp injuries is required which reflects the management perspective and includes policy for procurement of sharp products as well as economic aspects.
- On the workplace level, support is needed for managers working with
 - Selection and education on the use of safety products.
 - Introduction and training on safe working procedures as well as an explicit attitude and policy for safe working procedures.
 - Ensuring that employees have required knowledge about safe working procedures and safety products.
 - Making risk assessments for sharp injury risks.
 - Follow-up on accidents and near-accidents in order to learn from them and undertake control measures.
 - Routines for delegation that ensure that employees have sufficient knowledge to conduct their tasks safely.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Summary.....	3
1 Varför ett projekt om att förebygga stick- och skärskadorna?	6
1.1 Mål.....	6
2 Metod	7
3 Det nya EU-direktivet.....	7
4 Om stick- och skärskadorna inom vården	8
4.1 Hur vanliga är stick- och skärskadorna?.....	8
4.1.1 Anmälda och godkända skador.....	8
4.1.2 Om rapportering och underrapportering av skador	8
4.1.3 Kvinnor mest utsatta	9
4.2 Vad beror stick- och skärskadorna på?	10
4.3 Effekter av stick- och skärskadorna.....	11
4.3.1 Om risken att bli smittad	11
4.3.2 Om oron för att ha blivit smittad	11
4.3.3 Kostnader för stick- och skärskadorna	12
4.4 Vad görs för att minska stick- och skärskadorna?	12
4.4.1 Lagstiftning	12
4.4.2 Guidelines och utbildning.....	12
4.4.3 Säkerhetsprodukter	14
5 Vad kan vi lära av de skador som inträffat?	14
5.1 I vilka sammanhang inträffar skador?	14
5.1.1 Skador med nål/spruta -recapping.....	15
5.1.2 Övriga skador med nål/spruta	16
5.1.3 Skador av andra vassa föremål.....	16
5.1.4 Äldrevård, hemvård och insulin.....	17
5.1.5 Skador i samband med operationer.....	18
5.1.6 Personlig skyddsutrustning.....	18
5.1.7 Butterfly	19
5.1.8 Gula burken	19
5.1.9 Patientrelaterade orsaker.....	19
5.1.10 Hänsyn och hjälp till arbetskamrater.....	20
5.1.11 Vad händer efter en stick- och skärskada?	20
5.1.12 Attityder, känslor och stress	21
5.1.13 Oro och ångest.....	21
6 Hur kan man minska stick- och skärskadorna?	22
6.1 Säkerhets(stick- och skärsäkra)produkter	24
6.1.1 Varför använder inte alla säkerhetsprodukter?	24
6.1.2 Hur kan användning av säkerhetsprodukter öka?	25
6.2 Stick- och skärsäkert arbetssätt	26
6.3 Organisatoriska och administrativa insatser	27
6.3.1 Arbetsmiljöarbete.....	28
6.3.2 Riskbedömning.....	28

6.3.3	Hantering av olyckor och tillbud	31
6.4	Vilka andra effekter av åtgärderna behöver beaktas?.....	31
6.4.1	Hygien.....	31
6.4.2	Patientsäkerhet	32
6.4.3	Ekonomi.....	32
6.5	Hur kan åtgärderna implementeras?.....	34
6.5.1	Kommunikationsvägar.....	36
6.5.2	Upphandling	36
6.5.3	Utbildning	37
6.5.4	Kommunala verksamheter.....	38
6.5.5	Privata verksamheter	39
7	Referenser.....	40
Bilaga 1	Metod.....	43
	Intervjuer.....	43
	Urval	43
	Genomförande.....	43
	Analys	43
	Arbetsplatsbesök, goda exempel	44
	Urval	44
	Genomförande.....	44
	Analys	44
	Workshops	44
	Urval	44
	Genomförande.....	44
	Analys	46
Bilaga 2	Översikt över respondenter.....	47
Bilaga 3	Intervjuguide.....	48

1 Varför ett projekt om att förebygga stick- och skärskador?

Stick- och skärskador är vanliga inom hälso- och sjukvården, både i Sverige och i övriga EU-länder. I ett globalt perspektiv är stick- och skärskador den vanligaste orsaken till att personal inom hälso- och sjukvården exponeras för blod och drabbas av blodsmitta (NIOSH, 1999). En försiktig uppskattning tyder på att mellan 5 000 och 10 000 stick och skärskador inträffar årligen bland vårdanställda i Sverige (Glenngård & Persson, 2009). Sannolikt inträffar ännu fler som inte rapporteras. Enligt tidningen Vårdfokus (nr 4, 2011) sker i storleksordningen 1 miljon stickskador i Europa årligen, men även denna statistik är osäker på grund av underrapportering.

Stick- och skärskador är ett välkänt arbetsmiljöproblem inom vården och det finns föreskrifter från Arbetsmiljöverket (AFS 2005:1) som reglerar det förebyggande arbete som krävs för att undvika skador. Detta behandlas även i ett nytt EU-direktiv (2010/32/EU). Utbildning om sticksäkert arbetssätt inom vården finns idag bland annat i Vårdhandboken, som är ett webbstöd, som vänder sig till alla som arbetar inom vården.

Även om det finns kunskap om hur man kan undvika stick- och skärskador, inträffar de fortfarande i stor omfattning. Utgångspunkten för detta projekt har varit att det krävs konkreta och handfasta råd om åtgärder, anpassade till vårdens förutsättningar och behov för att stick- och skärskador ska minska. Dessa råd ska vara ett komplement till gällande föreskrifter och direktiv. De är även avsedda att underlätta arbetsplatsernas inklusive arbetsgivarens arbete med att på ett effektivt och praktiskt hanterbart sätt minska stick- och skärskador.

1.1 Mål

Det långsiktiga målet med detta projekt är att minska förekomsten av stick- och skärskador inom vården. För att kunna minska dessa skador, behövs

- Kunskap om orsaker till stick- och skärskador.
- En strategi som hanterar eller motverkar dessa orsaker.

De frågor som projektet sökt svar på är:

- Vad kan vi lära av de skador som inträffat?
 - I vilka sammanhang förekommer stick- och skärskador inom vården?
 - Vilka faktorer bidrar till att skadorna inträffar?
 - Vilka tekniska och organisatoriska åtgärder minskar risken för skadorna?

För att kunna utveckla en strategi för att implementera åtgärder har vi sökt svar på följande frågor:

- Hur kan man minska stick- och skärskador?
 - Vad görs idag och vad skulle kunna göras för att anställda inom vården ska tillämpa ett arbetssätt som minskar risken för dessa skador?

- Vad görs idag och vad skulle kunna göras på arbetsplatsen och på ledningsnivå inom landsting och kommuner för att förebygga skadorna?
- Hur kan åtgärderna implementeras?
 - Vilka informations- och utbildningskanaler kan användas för att stödja arbetet för att minska skadorna?
 - Hur kan insatser enligt ovanstående kombineras för att resultera i ett effektivt arbete som minskar förekomsten av stick- och skärskador?

2 Metod

Inom projektet har kvalitativa metoder använts, eftersom målet varit att förstå vilka faktorer som kan bidra till skador och hur olika aktörer kan bidra till att minska skadorna. För att öka förståelsen för orsakerna till stick- och skärskador har 81 telefonintervjuer genomförts med anställda inom vården som drabbats av stick- eller skärskada i arbetet.

Inom projektet har vi också sökt efter goda exempel på åtgärder och insatser av olika slag som minskat stick- och skärskador. Ett tiotal verksamheter telefonintervjuades och fyra arbetsplatser som på olika sätt arbetar med att minska stick- och skärskador besöktes. Resultatet från intervjuerna och arbetsplatsbesöken har legat till grund för diskussioner vid fyra workshoppar. Syftet har varit att diskutera varför stick- och skärskador uppkommer och vilka åtgärder som kan minska stick- och skärskadorna. Orsaker och åtgärder diskuterades och problematiserades, för att slutsatserna om åtgärder skulle bli så realistiska som möjligt. Workshoparna har haft följande teman;

- Arbetsmiljöarbete
- Sticksäkert arbetssätt
- Kommunal verksamhet, vård i hemmet
- Upphandling av säkerhetsprodukter

Till workshoparna har personer med anknytning till frågeställningen bjudits in, bland annat anställda, skyddsombud och chefer inom vården, representanter för företag som säljer säkerhetsprodukter och inköpsexperter inom landstinget som arbetar med upphandling. En mer detaljerad metodbeskrivning av projektets olika delar finns i bilaga 1.

Resultatet från intervjuer, arbetsplatsbesök och workshops redovisas och diskuteras i denna rapport.

3 Det nya EU-direktivet

På EU-nivå har förekomsten av stick- och skärskador uppmärksammas under senare år, bland annat genom att HOSPEEM (European Hospital and Healthcare Employers Association) och EPSU (European Public Services Union) avtalat om att förebygga skador pga. vassa instrument inom hälso- och sjukvården. Avtalet anger generella principer för hur

skador ska undvikas och ligger till grund för det nya EU-direktivet 2010/32/EU om genomförande av det ramavtal om förebyggande av stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården som ingåtts av HOSPEEM och EPSU. Direktivet som ska implementeras i svensk lagstiftning senast den 11 maj 2013 kommer att innebära ändring i föreskriften AFS 2005:1 Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet.

4 Om stick- och skärskador inom vården

4.1 Hur vanliga är stick- och skärskador?

4.1.1 Anmälda och godkända skador

ISAs statistik över arbetsskador under åren 2005-2009 visar att det under dessa år rapporterades 539 arbetsolyckor som resulterat i sjukfrånvaro och där ”kontakt med vass, spetsig, hård eller skrovlig yttre faktor” resulterade i sår/ytliga skador och där den yttre faktorn var spruta, nål, skalpell eller tandläkarutrustning. Detta motsvarar i genomsnitt knappt 110 skador per år. Utöver dessa rapporterade skador inträffar ett betydligt större antal stick- och skärskador som inte leder till sjukfrånvaro. De skador som rapporteras till Arbetsmiljöverket och som inte leder till sjukfrånvaro klassas som nollskador och ingår inte i statistiken (AV, 2011).

AFA Försäkring har statistik över godkända arbetsskador. Under åren 2007-2008 godkändes totalt 166 fall i kategorin ”risk för smitta” (ej i samband med hot eller våld). De godkända skador som AFA registrerar är sådana som lett till sjukfrånvaro i minst 15 dagar eller till bestående men. (Från 1a april 2012 registreras alla olycksfall, som lett till minst en dags sjukfrånvaro eller bestående men.) (AFA, 2011).

En stor del av de stick- och skärskador som inträffar leder inte till någon sjukfrånvaro. Det innebär att de skador som registreras av ISA (anmälda skador med uppskattad sjukfrånvaro mer än 1 dag) och AFA Försäkring (godkända arbetsskador) är toppen på ett isberg.

4.1.2 Om rapportering och underrapportering av skador

Benägenheten att rapportera stick- och skärskador har studerats. En uppföljning av sticksador vid Uppsala akademiska universitetssjukhus visade att knappt hälften (315 av totalt 670) som anmält stick- eller skärskada under 2006-2007 också anmälde skadan till Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket (Arbetarskydd 2008). Denna underrapportering innebär att statistiken över skador på grund av vassa instrument i vården blir bristfällig. En försiktig uppskattning utgående från studier som gjorts, tyder på att det inträffar mellan 5 000 och 10 000 skador per år i Sverige (Glenngård & Persson, 2009).

I en studie av Vårdförbundet hade 80 % av 1000 tillfrågade medlemmar råkat ut för stick- och skärskada eller exponerats för blod på slemhinna eller hud i samband med sitt arbete

(Carlsson & Lundberg, 2005). Drygt 60 % av dessa rapporterades och av dessa utreddes var femte.

Internationell forskning ger en liknande bild av stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården (Rogers & Goodno, 2000; Wilburn & Eijkemans, 2004; Cutter & Jordan, 2004; Gabriel, 2009). Studier visar att endast 40-70 % av stick- och skärskadorna rapporteras (Wilburn, 2004; Hanrahan & Reutter, 1997). Orsaker som ges till detta är bland annat att patienten inte betraktades som ”högrisk”, att det var besvärligt att göra rapporten eller tog för mycket tid (Cutter & Jordon, 2004). Studier har även visat att underrapporteringen skiljer sig åt mellan vårdens yrkesgrupper, där läkarna rapporterar in färre skador än sköterskor och laboratoriepersonal (Nee Ng et al., 2002).

Smittskyddsinstitutet har under temaåret 2009 haft fokus på smittvägar i vården, där stick- och skärskador är en blodburen smittväg för personal. I sin årsrapport för temaåret presenteras antalet rapporterade yrkesrelaterade hepatit B och C smittor under åren 1993-2009 (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Tabell 1. Antalet rapporterade yrkesrelaterade hepatit B och C smittor under åren 1993-2009

Hepatit B yrkesrelaterad smitta				Hepatit C yrkesrelaterad smitta			
Yrkeskategori	1993- 2000	2000-2008	2009	1993- 2000	2000-2008	2009	TOTALT
Läkare	0	0	0	2	0	0	2
Sjuksköterska	2	0	0	7	2	1	12
U-sköt, biträde	0	0	0	1	0	0	1
Mentalvårdare	0	0	0	0	0	0	0
Barnmorska	0	0	0	0	0	0	0
Labbspersonal	0	0	0	0	1	0	1
Tandläkare	1	1	0	0	0	0	2
Tandsköterska	0	0	0	0	0	0	0
TOTALT	3	1	0	10	3	1	18

Även om antalet fall inte är särskilt högt, leder stick- och skärskador också till andra negativa effekter, som oro och ångest.

4.1.3 Kvinnor mest utsatta

Forskning visar att den mest exponerade yrkesgruppen för sticksador är sjuksköterskor (Hanrahan & Reutter, 1997). Skadorna inträffar inom alla vårdenheter, med en stor del inom den akut medicinska vården och i samband med operation (Lymer, 2004, Wickler et al 2008).

Kvinnor utgör majoriteten av yrkesgruppen sjuksköterskor och även av de anställda i vården. Det är därför inte förvånande att kvinnor är i majoritet bland dem som anmäler stick- och skärskador. Majoriteten av skadorna i ISA:s statistik drabbade kvinnor, (477 av 539) varav en övervägande del (422) skadat sig på ”sprutor, nålar o dylikt” (Arbetsmiljöverket 2012). Av AFA Försäkrings 166 godkända fall under 2007 och 2008 rörde 111 kvinnor (AFA Försäkring 2010).

4.2 Vad beror stick- och skärskador på?

Forskning visar att stick- och skärskador beror på en kombination av tre faktorer; tekniska förhållanden, organisatoriska villkor och beteendemässiga faktorer (Hanrahan et al. 1997). Att olyckorna kan bero på flera, ibland sammansatta faktorer framgår av en rapport från Vårdförbundet. Förutom att utrustning används på ett felaktigt sätt visar studien att skadorna även beror på felaktig riskbedömning, bristande rutiner och tidsbrist. Även brist på egen kompetens och plötsliga händelser i vårdmiljön eller patientens reaktion bidrar till stick och skärskador (Carlsson & Lundberg 2005).

I en litteraturstudie diskuteras faktorer som påverkar vårdpersonalens följsamhet till säkerhetsrutiner i situationer som innebär risk för blodexponering. Författarnas slutsats är att tidspress och hög arbetsbelastning leder till att anställda inom vården gör avsteg från säkerhetsrutiner. Om man bedömde risken att smittas som liten eller om man inte trodde att man skulle utsättas för någon blodexponering så kunde också detta leda till att man gjorde avsteg från säkerhetsrutinerna. Stor betydelse för att anställda följde säkerhetsrutiner var framför allt att det finns en positiv attityd till att följa arbetsrutinerna eller att man var rädd att bli smittad (Larsson & Sairio, 2008).

En annan bidragande orsak till stick- och skärskador kan vara att sjuksköterskor upplever en konflikt mellan alla krav som ställs i deras arbete som påverkar hur enskilda beslut fattas och vilket arbetssätt som väljs. I en situation där man riskerar att utsättas för blodsmitta tvingas man balansera mellan patientens integritet, sin egen säkerhet och de normer och regler som finns att följa i arbetet. Riskerna är komplexa i vårdarbetet, där både existentiella och moraliska riskmoment vägs mot varandra. Den avvägning som den enskilde medarbetaren ställs inför påverkas även av andra faktorer, exempelvis organisatoriska aspekter, utrustning och status. Dessutom tenderar sköterskan att påverkas av sin egen erfarenhet vilket påverkar att medvetandet om riskerna i arbetet med vassa instrument minskar, allt eftersom rutinarbetet fortgår och fungerar (Lymer et al., 2003).

En annan faktor som Lymer lyfter fram och som kan påverka hur man arbetar med vassa instrument är den positiva känsla och statushöjande effekt som kommer av att man framstår som villig att utsätta sig för risker i arbetet. De medarbetare som utsätter sig för risker beskrivs ofta i positiva termer; som lugna, självsäkra och ordentliga medan en mindre riskbenägen person får mer negativa omdömen; rädd, orolig och nervös. Att utsätta sig själv för ett högre risktagande i yrkesutövandet kan därmed generera en högre status och anseende på arbetsplatsen (Lymer et al., 2003).

Men det är inte bara det egna agerandet som har betydelse för att stick- och skärskador inträffar. En studie visar att en stor del av skadorna kan härledas till att andra personer varit indirekt vållande till skadan genom att lämna kvar vassa instrument på arbetsplatsen. (Nee Ng m.fl. 2002)

4.3 Effekter av stick- och skärskador

Konsekvenserna av en stick- eller skärskada kan vara allvarliga men de flesta stick- och skärskador är så kallade nollskador; det vill säga skador utan sjukskrivning. Den skada personen ådragit sig desinficeras och plåstras om, men den skadade medarbetaren kan efter omhändertagande och provtagning oftast arbeta vidare. Även om skadan inte leder till någon direkt sjukfrånvaro kan den ge allvarliga konsekvenser och även till sjukfrånvaro en tid efter att själva skadan inträffat. Konsekvenserna kan vara

- Infektion, i första hand hepatit B eller C eller HIV-smitta.
- Oro och ångest för att vara drabbad av livshotande infektioner.

4.3.1 Om risken att bli smittad

Smittskyddsinstitutet anger att risken för smitta vid en stick- eller skärskada när nålen varit i kontakt med en infekterad patient är

- Hepatit B, 33 procent
- Hepatit C, 3,3 procent
- HIV, 0,33 procent

Utöver dessa infektioner kan man inte utesluta att man kan bli infekterad också med andra sjukdomsbärande virus och bakterier.

Om man har blivit infekterad, kan det innebära livslång medicinering och risk för svårare kroniska och livshotande sjukdomar. Hepatit B går att förebygga genom vaccinering, men vaccin mot hepatit C saknas. Att bli smittad med hepatit B eller C kan ge akuta infektioner som i de flesta fall går över, men viruset kan leda till kroniska och svåra leversjukdomar. Risken att smittas av HIV är liten (1 på 300), men behandlingen av en HIV-infektion kan för närvarande bara bromsa sjukdomsutvecklingen. Viruset försvinner aldrig ur kroppen. Nedsättningen av immunförsvaret kräver livslång medicinsk behandling och innebär även en risk att dö i förtid (Smittskyddsinstitutet, 2010).

4.3.2 Om oron för att ha blivit smittad

Att det finns risk att drabbas av allvarlig sjukdom gör att många känner stark oro efter en stick- eller skärskada. Oron har naturligtvis stor betydelse för välbefinnandet och kan även påverka den psykiska hälsan. Ängslan handlar om den egna hälsan men även om rädsla för att ha smittat eller komma att smitta någon anhörig. En stickskada kan således orsaka ohälsa – även om man inte blir smittad.

4.3.3 Kostnader för stick- och skärskador

En annan effekt av stick- och skärskador är kostnaderna för tid och provtagning, kostnaden för analys av prover och vaccin, samt eventuellt förlorad arbetsinkomst för anställda.

Att beräkna de totala ekonomiska effekterna för stick- och skärskador inom vården är besvärligt då flera parametrar är svåra att uppskatta ekonomiskt. I en studie har den årliga kostnaden av stickolyckor i den svenska vården uppskattats till €1.8 million eller €272 per rapporterat fall. Omräknat till SEK motsvarar detta då 16,3 miljoner kr eller 2 513 kr per fall (Glenngård & Persson, 2009). Studien beräknade endast kostnaderna för medicinska tester men inte andra kostnader som kan uppstå som förlorad arbetstid, oro och psykisk belastning. Den totala kostnaden antas därför vara betydligt högre.

4.4 Vad görs för att minska stick- och skärskador?

Det görs idag insatser på olika nivåer och av skilda aktörer i samhället som alla strävar mot att minska stick- och skärskador inom vården.

4.4.1 Lagstiftning

Arbete som innebär risk för stick- och skärskador regleras i Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2005:1 ”Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet. Enligt 22 § i AFS 2005:1 innebär detta;

”använda handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor”, ”använda de tekniska hjälpmedel som behövs för att undvika smitta” och ”att hantera kanyler och vassa föremål, som varit i kontakt med kroppsvätskor, på ett säkert sätt och genast lägga dem i behållare avsedda för smittförande/stickande/skärande avfall, utan att sätta tillbaka hylsan på kanylen”.

I övrigt gäller de generella kraven på riskbedömning av arbetet samt att åtgärder vidtas för att undanröja risker. Även om dessa regler gäller, har studier visat att dessa regler inte alltid följs utan att beteendet mer bestäms av den egna subjektiva bedömningen av patienten (Cutter & Jordan, 2003). Det finns således behov av ytterligare insatser för att säkerställa att lagar och regler följs.

4.4.2 Guidelines och utbildning

Att teoretiskt lära sig hantera nålar och vassa instrument ingår i vårdutbildningar. Tillfälle till praktisk övning ges vid arbetsplatspraktik och vid kliniska träningscenter, KTC runt om i landet. KTC Portalen Sverige är en webbplats som samlar utbildning, information och instruktionsfilmer från olika landsting(www.vfuportalen.se).

Vårdhandboken är en webbplats (tidigare en bok) som innehåller ”kliniska riktlinjer inklusive metoder och verktyg för hur vården bäst kan utföras” och vänder sig till alla som arbetar inom vården (www.vardhandboken.se). Vårdhandboken ger riktlinjer för arbetet inom hälso-och sjukvården och används också inom vårdutbildningar.

Vårdhandboken beskriver hur man ska arbeta för att undvika blodsmitta enligt god vårdhygienisk praxis. Rekommendationen är att tillämpa basala hygienrutiner och använda nödvändig skyddsutrustning. Rutiner för hantering av vassa instrument beskrivs:

- ”Se till att du har kunskap om hur utrustning ska användas och hur de fungerar. Till exempel att provtagningshållare och kanyl är kompatibla och hur eventuell säkerhetsmekanism ska aktiveras.
- Arbeta så att stick- och skärskador undviks. Detta innefattar t ex att arbetet planeras och samordnas så att det kan utföras metodiskt, att arbetsställning är bekväm (sitt helst vid provtagning etc.) och att den utrustning som krävs placeras så att armarna inte behöver korsas.
- Ha alltid behållaren för stickande och skärande avfall nära dig och lägg alltid vassa föremål direkt i den. Fyll behållaren till max 2/3. Förslut locket väl, det ska inte vara möjligt att åter öppna fylld behållare.
- Använd alltid säkerhetsprodukter i händelse av att arbetet inte medger att behållare för stickande och skärande avfall tas med/finns i direkt anslutning till platsen där venprovtagning, injektion och/eller liknande insättning av venkateter sker.
- Sätt aldrig tillbaka skyddshylsan på kanyl som använts till patient.”

Vårdförbundet har i samarbete med Swedish Medtech gett ut ett informations- och utbildningsmaterial för att väcka medvetenhet om riskerna och uppmärksamma om behovet av introduktion och fortbildning (Vårdförbundet & Swedish Medtech, 2005).

Arbetsmiljöverket har interaktiva utbildningar tillgängliga på sin hemsida med inriktning på arbetsmiljöarbete. Utbildningen för hälso- och sjukvårdssektorn har olika tema som innehåller råd och tips för bland annat smitta och stickskadorna. En illustrativ film visar olika tillvägagångssätt vid provtagning (AV 2012).

I ett internationellt perspektiv har man i USA sedan flera år tillbaka arbetat med att förhindra stick- och skärskador inom vården. Bland annat har ANA -American Nurses Association´s gett ut en förebyggande guide, Needlestick Prevention Guide med fakta och råd om stickolyckor samt checklistor för ett effektivt åtgärdsarbete (ANA 2002). National Institute for Occupational Safety and Health har publicerat ALERT som ger rekommendationer för arbetsgivare och anställda om stickolyckor inom vården (NIOSH 1999).

Den Europeiska arbetsmiljöbyrån publicerar E-faktasidorna ”E-facts” som en serie artiklar för arbetstagare, arbetsgivare och yrkesverksamma på arbetsmiljöområdet. E-facts nr 40 handlar om riskbedömning och nålstickskadorna. Förutom allmän information så ges även förslag på förebyggande åtgärder för att skydda arbetstagare (OSHA, 2008).

4.4.3 Säkerhetsprodukter

Under senare år har så kallade säkerhetsprodukter utvecklats för vården. Säkerhetsprodukter är försedda med olika typer av säkerhetsmekanismer och designade på ett sådant sätt att det är omöjligt/mycket svårt att råka ut för stick- eller skärskada när produkten används. I Sverige varierar användningen av säkerhetsprodukter mycket mellan landsting och kommuner. Ett antal landsting har övergått till säkerhetsprodukter i största möjliga utsträckning, medan andra landsting har en mer avvaktande inställning.

I USA har man noterat en minskning av stick- och skärolyckorna kopplat till användningen av säkerhetsprodukter, men fortfarande skadas många, framför allt i samband med operationer (Cho et al., 2012, Wilburn, 2004).

5 Vad kan vi lära av de skador som inträffat?

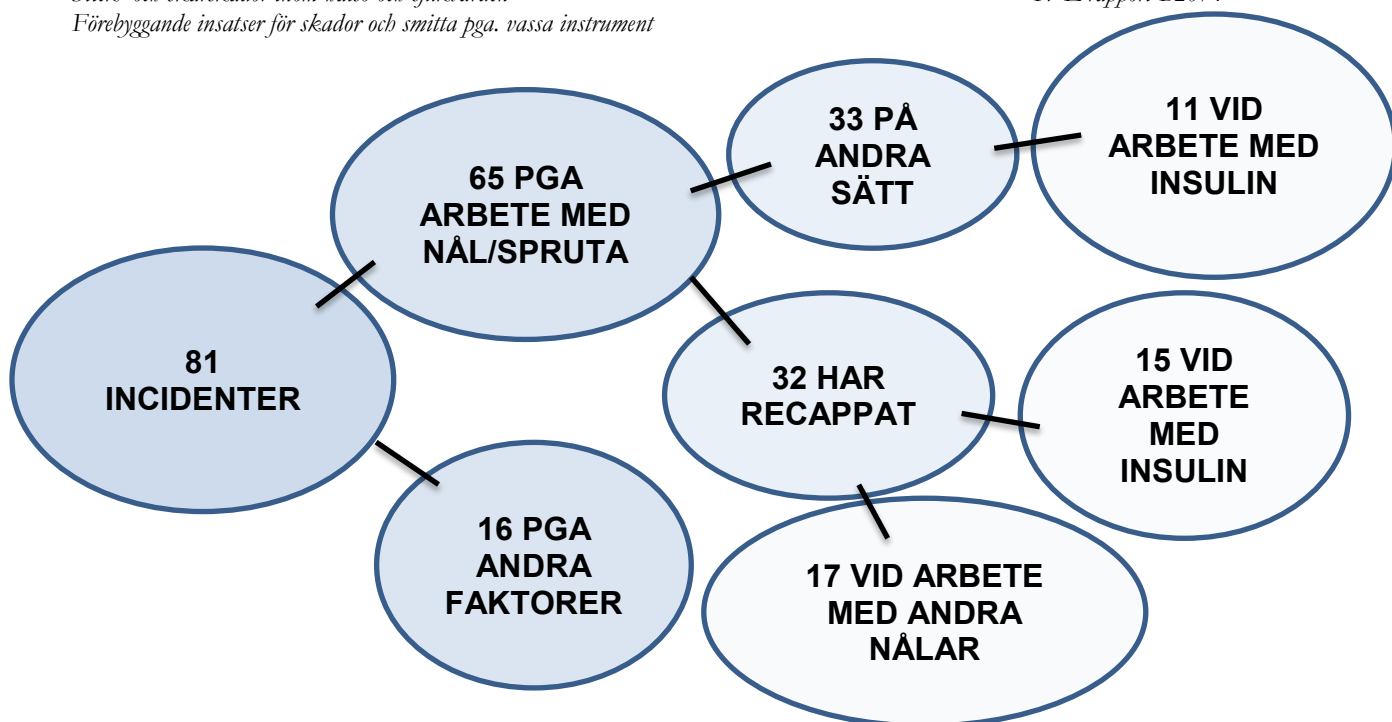
Underlaget för detta avsnitt är främst intervjuer med 81 anställda inom vården som råkat ut för stick- eller skärskada. Uppgifter från intervjuerna kompletteras med data från intervjuer vid arbetsplatsbesök och diskussioner vid workshopar samt med referensgruppen.

De intervjuade var till övervägande del sjuksköterskor och undersköterskor, med en könsfördelning på 69 kvinnor och 12 män. En detaljerad redovisning av fördelningen på yrke, ålder, erfarenhet och arbetsplats återfinns i bilaga 2.

5.1 I vilka sammanhang inträffar skador?

Respondenterna har arbetat inom olika verksamhetsområden inom vården. En stor del av respondenterna arbetade inom den slutna vården som medicin, operation och kirurgi men även den öppna vården, som vårdcentraler, hemvård eller gruppboende är representerade. Endast sju av respondenterna har arbetat inom akutvård.

Intervjuerna har inledningsvis analyserats utifrån bakomliggande faktorer och sammanhang. Skadorna har grupperats i kluster, se figur 1 och även figur 2 nedan. Varje kluster representerar ett sammanhang och orsaker som är likartade, se figur 1. Analysen visar att 65 av de 81 incidenterna (80 %) har inträffat vid arbete med nål/spruta där den som skadat sig, själv har hanterat nålen/sprutan.



Figur 1. Kluster av bakomliggande faktorer och sammanhang för inträffade skador hos respondenterna.

5.1.1 Skador med nål/spruta -recapping

De flesta skador vid intervjuerna (65/81) har uppstått vid arbete med nål eller spruta. Ungefär hälften (32/65) har skadat sig när de har försökt att recappa nålen. Trots gällande regler, instruktioner och praxis har man ändå försökt att sätta tillbaka skyddshylsan på nålen. Resultatet kan jämföras med amerikanska studier som har visat att 10-25 % av nålstickskadorna i USA förorsakats av recapping (NIOSH 1999).

Nära hälften (15/32) av de som recappat har gjort det när man hanterat sprutor, nålar eller pennor med insulin. Ett par respondenter har berättat att blodsockerprov tas och insulin ofta ges i anslutning till måltid, då patienten redan sitter i matsalen. Detta innebär att arbetssituationen ibland inte är optimal för vårdpersonalen.

Recappingen har ibland varit en sista utväg för att skydda nålspetsen. Att med en hand försöka få tillbaka skyddshylsan på nålspetsen nämns som något man lärt sig att göra. Detta "en-hands-grepp" nämns av tre respondenter som det man gör initialt för att skydda nålen, men då detta misslyckats har man istället valt att använda båda händerna för att recappa. Ett par av respondenterna medgav spontant att de har varit medvetna om att man inte ska recappa. Rent instinktivt vet man att det är fel, men i några fall har man gjort så av ren omtanke för någon annan, man har försökt att hjälpa till och/eller tagit hänsyn till andra som patienten, kollegor eller andra patienter. I några fall förklaras recappingen med att man har saknat något; man har inte haft tillgång till den gula avfallsburken eller man inte har haft rätt verktyg för att knipsa av nålen med. Ställd in för det faktum, att man då ska förflytta sig med en oskyddad nål har gjort att man valt att recappa.

I sex fall, varav två gällde insulin, var nålen böjd, vilket sannolikt har bidragit till att recappingen varit ovanligt besvärlig och lett fram till skada. Att nålar böjs förekommer för att underlätta användning och för patienten. Respondenterna har berättat att insulin nålen

dels skyddats av en smal, grå hylsa och ett större trattliknande skydd. Både recapping av den gråa smala hylsan och det grövre och större skyddet har förekommit. Att nålen även kan gå igenom det grövre plastskyddet har förvånat många av respondenterna.

5.1.2 Övriga skador med nål/spruta

Vid de övriga incidenterna vid arbete med nål eller spruta (33/65) skadade sig respondenten på andra sätt, i flera fall (14/33) när man försökt montera av och slänga nålen. Nålen kan ha suttit hårt fast eller fastnat i handsken när man försökt demontera den. Ibland har man gjort något ogenomtänkt, som att dra handsken över handen som håller i nålen eller att ha lagt nålen i en pappersduk som man därefter stoppade ned i fickan. I ett par fall har respondenten haft något papper eller skräp i samma hand som man haft nålen och klämt till för att slänga detta och skadat sig. Ytterligare några respondenter (7/33) har av något skäl lagt ifrån sig nålen under arbetets gång och stuckit sig när man sedan plockat upp den. Andra har skadat sig på kvarglömda nålar och sprutor som någon kollega lämnat. Några berättade att de var ovana vid nya redskap eller att man saknat utrustning. Vid ett skadetillfälle skulle respondenten hämta utrustning i kollegas väska och skadar sig på oskyddad nål i väskan.

Av de 33 respondenterna arbetade 11 med eller utsattes på annat sätt för insulinredskap.

Ett fåtal (7/33) av de skador som kategoriserats som ”övriga skadorna med nål/spruta” kan direkt relateras till händelser med patienter som på olika sätt indirekt förorsakat olyckan. I ett fall rör det sig om en aggressiv och onykter patient med yviga rörelser och ytterligare en patient har på grund av sin demens varit svår att kommunicera med och vid sticktillfället ryckt åt sig armen vilket resulterade i stickskadorna hos respondenten. Ett par respondenter uppger att de blev distraherade vid sticktillfället av en annan patient i närheten som riskerade att falla, vilket gjorde att de tappade fokus och skadade sig.

5.1.3 Skador av andra vassa föremål

Sexton av stick- och skärskadorna berodde på hantering av andra vassa föremål dvs. inte nålar eller sprutor. Några av dessa olyckor orsakades av en kollegas felaktiga hantering eller avvikelser från rutiner;

- Städade och skadade sig på en felaktigt placerade skalpell.
- Vassa instrument var felvända i diskmaskinen.

Andra skador uppkom vid akuta situationer i arbete med patienter.

- Blev riven av en patients nagel.
- En patient skadade respondenten med en tallriksflisa.
- Vid ett akutingrepp skadas läkaren av sin kollega med kniv.

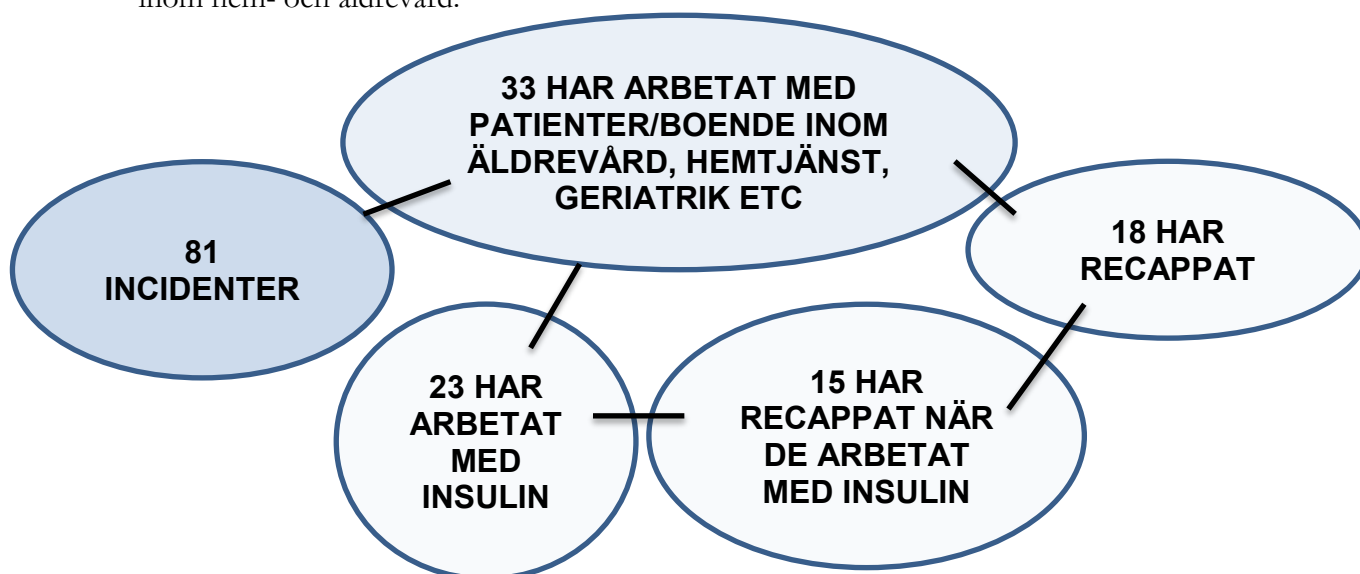
Bland skadorna av andra vassa föremål än nålar och sprutor är det endast fyra olyckor som beror på att man själv frångått rutiner, hanterat instrument felaktigt eller gjort något som

inte var så genomtänkt. Den övervägande delen (12/16) skadas på grund av andras misstag eller oförutsedda beteende.

5.1.4 Äldrevård, hemvård och insulin

Nästan hälften av skadorna (33/81) har inträffat vid äldreboende, geriatrikavdelningar, demensboende, gruppboende eller vid hemvård/hemsjukvård. I 23 fall av dessa är relaterade till insulin, dvs. man skadade sig vid hantering av insulinspruta, penna eller glukosprovtagning. Sex av dessa respondenter har när skadan inträffat varit placerade på praktik eller relativt nyanställda. De flesta skadorna inträffar i vanliga vårdssituationer vid nålarbete som exempelvis provtagning eller när man ska ge en injektion.

Av dessa har totalt 18 försökt att recappa nålen när de skadade sig, 15 av dessa när de försökt att recappa insulinsprutan/-pennan. Boende inom äldrevården får ofta insulin i samband till måltider, ibland i matsalen och vanligtvis med brukarens egen utrustning. Till skillnad från sjukvården, kan det vara svårt att säkerställa att säkerhetsprodukter används inom hem- och äldrevård.



Figur 2. Kluster 2 av orsaker och sammanhang för inträffade skador hos respondenterna.

I workshoppen om kommunala verksamheter framkom att vid vårdarbete i patientens eller brukarens hem är resurserna ofta mycket begränsade. Förutom korta brukartider som kan innebära stress, finns begränsningar i hur mycket material man kan ta med sig till den boende. Att man har rätt utrustning är viktigt, men platsbrist och akut inplanerade besök kan göra att man plötsligt behöver material som man inte har med sig, vilket kan leda till provisoriska och kanske riskfyllda tillfälliga lösningar.

Att inte i detalj kunna planera sitt arbete och tillvägagångssätt gör att man tvingas lösa de problem som uppstår. Hos brukaren kan det exempelvis vara förhållanden i boendemiljön som gör att personalen måste anpassa sitt arbete, exempelvis trånga utrymmen som gör det svårt att arbeta i en bra arbetsställning eller sängar som inte går att flytta för att få

rörelseutrymme. Nålar och avfallsmaterial hanteras på olika sätt, och även om den gula burken kan hämtas av brukaren på apotek förekommer det att man lägger använda begagnade nålar i ursköjljda mjölkkartonger eller andra provisoriska behållare.

Vid vård i hemmet, kan det uppkomma akuta situationer som kräver insatser från den personal som finns på plats och som ställer krav på användning av produkter man inte är van vid. Inom äldrevården är stickmomentet inte så vanligt förekommande och det finns inte alltid tid att lära sig nya produkter. och det är ofta tidsbrist, vilket kan innebära att man hellre väljer inarbetade produkter utan säkerhetsmekanism.

5.1.5 Skador i samband med operationer

Åtta skador har skett i samband med operation. Av dessa var fyra läkare varav två har skadats under arbetet av en kollega. De övriga fyra skadorna drabbade operationssköterskor varav en blev skadad av den opererade läkaren. Hon vet egentligen inte hur olyckan gick till ”suturenålen kom fladdrande”. Flera av operationssköterskorna medger avsteg från rutiner som anledning till skadan. En skruvade av operationskniven ”för tidigt” och när hon skulle sätta den tillbaka så var hon inte van vid modellen, det var en ny med ett mindre grepp och kortare skaft varför hon tog fel och blev skadad. Den andra operationssköterskan hade felaktigt lagt nålen åt sidan under operation och när hon åter skulle plocka upp den stack hon sig. Ett hårt knivblad skadade en annan operationssköterska, när knivbladet inte gick att montera av tog hon hjälp av en peang, slinter med denna och får knivbladet i fingret istället.

Det finns studier som visar att risken för operationspersonal att smittas av blodsmitta är högre än för andra yrkesgrupper inom sjukvården (Thomas, Agarwal & Mehta, 2001). En annan studie visar att trubbiga suturenålar leder till färre perforeringar i operationshandskar än vassa nålar och att trubbiga nålar minskar antalet nålsticksskador (Parantainen et al., 2011). I detta projekt har endast sex respondenter fått sin skada i samband med operation. Läkarna som opererat har skadat sig själva eller blivit stuckna av en kollega då utrymmet varit mycket begränsat under operation, exempelvis inuti bröstskorgen i samband med hjärtoperation. Valet av operationsnål har diskuterats vid intervjuerna där respondenterna har framhållit att vissa typer av operationer kräver vassa nålar beroende på vävnad och organstruktur.

För sjuksköterskorna som skadat sig vid operation har nya instrument och avsteg från upparbetade rutiner bidragit till skadan.

Även om erfarenheter från USA visar att stickskadorna totalt sett minskar, så visar forskning att stick och skärskadorna vid operation fortsätter att inträffa (Wilburn, 2004).

5.1.6 Personlig skyddsutrustning

Att arbeta sticksäkert innebär även att man behöver ha tillgång till rätt personlig skyddsutrustning som handskar, skyddsförkläde och/eller visir beroende på verksamhet. Men det gäller även att använda tillgänglig utrustning.

I intervjustudien uppger 46 respondenter att de använde handskar när skadan inträffade och fem av dessa hade dubbla handskar pga. arbete vid operation. 32 använde inte handskar och tre kommer inte håg vilket de gjort. Anledningarna till att man inte använt handskar var bland annat;

- De är ”för stora och svåra att ha”.
- Man gillar inte ”att jobba med handskar”.
- ”Handskar används inte vid venprover eller när man ger insulin/vaccin”.
- Man bedömer patienten som ”riskfri utan någon känd smitta”.

Att använda handskar är en grundläggande hygienrutin inom vården. Handskar bör alltid användas om det finns kontakt eller risk för kontakt med kroppsvätskor. Handsken skyddar handen från smittämnen och valet av handske görs utifrån vårdmomentets karaktär (Vårdhandboken, 2012).

5.1.7 Butterfly

Butterflynålar är ett venprovtagningsset med finare nålar. Nålens konstruktion innebär att man får arbeta med en annorlunda arbetsteknik än med en vanlig nål. När man har tagit provet har man en slang med kanyler i båda ändar som ska föras ned i den gula burken.

Sju respondenter uppger att de arbetade med Butterfly-nål när skadan inträffade. De flesta av dessa olyckor har skett vid hantering av nålen efter provtagning. Speciellt när man försökte att lägga nålen i gula burken, montera ihop eller på annat sätt försökte att avsluta provtagningsmomentet skadan uppstått. Tre respondenter uppger att de skadade sig vid recapping av Butterfly-nålen.



5.1.8 Gula burken

Tillgång till gula burken är viktig för att använda nålar ska kunna tas om hand på ett säkert sätt. Den gula kanylburken som finns i olika storlekar ska ha tillslutande lock och inte överfyllas. Under 2012 har en svensk standard för avfallsbehållare för stickande/skärande föremål fastställts, SS-EN ISO 23907:2 012.

I några fall förklaras recapping av att man inte haft tillgång till gula burken och en respondent uppger att den gula burken inte fanns i närheten vid sticktillfället utan hon stack sig på vägen till gula burken.

Ytterligare en respondent uppger att hon skadade sig när hon städade och av misstag stoppade fingrarna i den gula burken som var utan lock och överfull.



5.1.9 Patientrelaterade orsaker

Vid nio av olyckorna var skadan patientrelaterad. Två olyckor uppkom där patienten var dement eller påverkad och aggressiv och på grund av sitt tillstånd bidrog till olyckan. Vid

ytterligare ett par tillfällen riskerade en annan patient i närheten av respondenten att falla, vilket skapade förvirring och bidrog till att koncentration och fokus försvann. Förutom att ta hänsyn till patientens tillstånd och förutsättningar runt om patienten har flera av respondenterna gjort avsteg från rutiner eller i övrigt förändrat sitt arbete för att inte störa anhöriga eller andra patienter.

5.1.10 Hänsyn och hjälp till arbetskamrater

Vid några av fallen beror skadan på att en anställd velat hjälpa en kollega och försökt att recappa och skadat sig. I ett par fall har man hjälpt till genom att hämta något eller assistera vid en provtagning och blivit skadad. Någon har hjälpt till vid en provtagning och när jourtelefonen ringde räckte sköterskan över mobilen med sprutan fortfarande i handen varefter respondenten blev skadad. En annan respondent berättar att hon blev skadad då hon under sin praktik skulle observera en provtagning. Eftersom läkaren inte hade någonstans att ställa provröret blev hon ombedd att hjälpa till att hålla i provröret. När läkaren sedan skulle placera topsen med det tagna provet i provröret höll han fortfarande kanylen i handen och stack henne.

5.1.11 Vad händer efter en stick- och skärskada?

Intervjuerna visade att omhändertagandet av de som drabbats av en stickskada i stort sett fungerade bra för många av de skadade. Kunskap och information om rutiner och profylaktiska åtgärder efter en stick- eller skärskada var i regel god. En övervägande del av respondenterna visste på ett ungefär hur de skulle göra, även om flera medgav att de inte var helt säkra utan mer kände till att det fanns rutiner och instruktioner, eller visste att de förväntades göra något men inte exakt vad och hur de skulle gå tillväga. De fick fråga sin chef, kollegor eller leta efter information i pärmar eller på nätet för att hitta rätt.

Ungefär en fjärdedel av respondenterna uppgav att de saknade kunskap om att det fanns rutiner för vad de skulle göra efter en stick- eller skärskada. Några av olyckorna inträffade i samband med praktik eller när respondenterna var relativt nyanställda. Ibland hade informationen inte hunnit förmedlas och i något fall har man fått felaktig information efter olyckan. En stickskadad fick information av sin handledare att hon inte behövde göra något efter olyckan eftersom ”det är en känd patient som inte har någon blodsmitta”. Respondenten var ändå orolig och vänder sig till sin andra handledare som då ordnar med provtagning. En annan respondent berättade att när hon gjorde sin praktik och råkade ut för en stickskada ”visste ingen ens vad jag skulle göra” och hon uppmanades att söka information på Google.

Att följa upp inträffade tillbud och olyckor för att analysera orsaker och identifiera möjliga åtgärder för att förebygga liknande olyckor är en viktig del av arbetsmiljöarbetet för att minska stick- och skärskador. Enligt respondenterna var dock insatserna och initiativen för att minska stick- och skärskador genom aktiva åtgärder mycket sporadiska. Ett fåtal av de 81 stick- och skärolyckorna ledde till någon form av åtgärder som respondenten kände till. Det vanligaste var att inget hände eller förändrades efter olyckan. Vid en av stickolyckorna diskuterade den drabbade sköterskan händelsen direkt i korridoren med sin arbetsledare

och flera kollegor. Då framkom att samtliga sjuksköterskor arbetade på samma felaktiga sätt. Denna informella korridorssamtal resulterade i ändrade arbetsrutiner för samtlig personal med noggrann uppföljning av arbetsledaren. För några andra respondenter bidrog skadan till att beslut togs att köpa in och använda säkerhetsprodukter. För flertalet har händelsen överhuvudtaget inte diskuterats i arbetsgruppen. Oftast dokumenterades och rapporterades skadan som arbetsskada i avvikelssystemet, men följdes inte upp på arbetsplatsnivå.

5.1.12 Attityder, känslor och stress

Några respondenter har framfört att stick- och skärskadorna är ”något man får räkna med” i omvårdnadsarbete. Dessutom beskrivs kommentarer från kollegor och arbetsledare efter skadan som tenderar att lägga skulden på den enskilde medarbetaren istället för att stödja och hjälpa. Om den som skadats tar på sig ansvaret för det inträffade, ”om jag bara inte hade”, och kanske väljer att inte ens berätta om ”sitt misstag”, initieras inga förändringar.

Sinnesstämningen berörs av några respondenter. De uppger att de varit trötta, distraherade, irriterade eller känt sig sjuka. Ett tiotal av de intervjuade upplevde att skadan till stor del berodde på deras eget slarv eller försummelse. De har gjort ”fel” eller gjort något ”dumt” ibland varit lite trötta eller stressade.

Även om många arbetssituationer inom vården kan vara stressiga är det endast ett mindre antal (12/81) av respondenterna som spontant nämnt att de upplevt sig stressade vid olyckstillfället och att detta haft betydelse för skadan. De beskriver sin arbetssituation som att de ”vill att det ska gå undan”, att man ”har bråttom” eller att man ”skulle ändå passa på”. Någon uttrycker det som att hon försökt att göra två saker samtidigt och att ”man har mycket att göra”.

5.1.13 Oro och ångest

Generellt kan respondenterna delas in i tre ungefär lika stora delar när det gäller oro och ångest efter skadan. En tredjedel uttryckte stark oro, en del medgav att det fanns en viss oro men att den inte var så påtaglig och den sista tredjedelen kände sig lugna och oroades inte alls av det som hänt. En respondent vill inte berätta om känslorna efter skadan, han valde att förtränga det som hänt sa han.

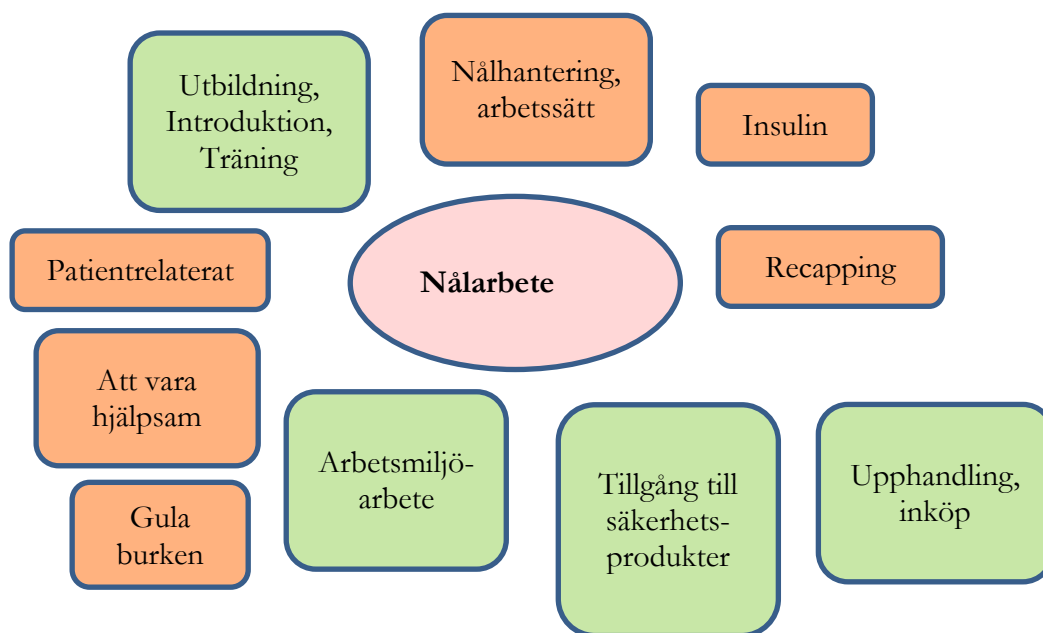
Den tredjedel (26/81) som uppgav att de kände stort obehag efter skadan uttryckte den känslomässiga upplevelsen som ”äckligt, traumatiskt, olustigt och mycket obehagligt”. En respondent berättade att hon först upplevde ”panik och chock”. Hon var relativt nyanställd och hennes chef var inte på plats. Arbetskamraterna bagatelliserade hennes skada och fick henne att känna sig både dum och pinsam. Att känna sig illa till mods och skämmas berättade andra respondenter att de upplevde när skadan skett. Någon har ”funderat mycket” och någon menade att det ”var en hemsk upplevelse”.

Lite oro och funderingar har den andra tredjedelen, 31 av de 81 respondenterna känt. De har inte varit ”speciellt oroad” eller uttrycker att de inte ”har brytt sig så mycket” eller upplevt skadan som ”mest irriterande”.

För återstående respondenter innebar skadan inte någon oro eller ångest. De var lugna och oroad sig inte heller inför framtiden.

6 Hur kan man minska stick- och skärskador?

Intervjuerna visar att flera faktorer bidrar till uppkomsten av stick- och skärskador, vilket innebär att flera åtgärder behöver kombineras för att förebygga skadorna. Figur 3 ger en översikt av faktorer som påverkar uppkomsten av stick- och skärskador. De gröna rutorna relaterar till organisatoriska faktorer och de bruna till faktorer i direkt anslutning till nålarbetet, exempelvis utrustning eller arbetssituation.



Figur 3. En översikt över faktorer som har betydelse för uppkomsten av stick- och skärskador.

De åtgärder som krävs för att minska stick- och skärskador behöver beakta dessa faktorer och hur de relaterar till varandra. Som framgår av intervjuer, diskussioner vid workshoppar och besök beror många av olyckorna på att man (mot gällande regler) försökt recappa, i cirka hälften av fallen vid arbete med insulin till patienter/boende inom äldreomsorg eller hemvård. Upphandling och användning av säkerhetsprodukter skulle kunna minska denna typ av skador. Andra skador uppkommer vid andra typer av nålhantering när man ibland inte känner till eller frångår gällande rutiner. Även andra vassa instrument än nålar och sprutor orsakar skador. Flera stick- och skärskador kan förmodligen förhindras genom att

det sticksäkra arbetssättet görs mer tydligt och att rutinerna för säkert stickarbete följs. Tre huvudåtgärder för att förebygga stick- och skärskador är;

- Implementering av **lagkrav och regler/föreskrifter**.
En fördel med lagar och föreskrifter är att de motiverar insatser för att minska skadorna. En nackdel är att föreskrifterna är relativt generellt hållna (eftersom de behöver ge utrymme för arbetsplatserna att hitta sina egna lösningar), även om förbudet mot recapping är tydligt uttalat. Föreskrifterna behöver kompletteras med mer handfasta råd och stöd till arbetsplatserna att implementera föreskrifterna.
- Eliminera riskerna genom att **använda säkerhetsprodukter** och se över om vassa instrument och verktyg kan bytas ut eller sorteras bort.
- **Implementering av och ökad tydlighet om vad som är ett sticksäkert arbetssätt** på arbetsplatsen och anpassat till verksamheten. Arbetssättet behöver innefatta rutiner exempelvis för val av produkt, hur nål/spruta/kniv och gula burken hanteras och eventuell skyddsutrustning. Detta mer standardiserade arbetssätt (good practice/best practice) behöver också anpassas så att det stämmer överens med miljö- och hygienkrav samt patientsäkerhet. (SOSFS 2011:3)

För att implementera åtgärder, krävs att organisationen har vilja, förmåga och förutsättningar för det. Här ingår att arbetsledare och chefer kan behöva underlag för sitt eget arbete med att förebygga skadorna men också stöd för den kommunala alternativt landstingsledningen med att lägga upp en strategi för att minska stick- och skärskador inklusive upphandling av säkerhetsprodukter.

- På **ledningsnivå inom landsting/kommun** behövs underlag för att ledningen ska kunna fatta policybeslut om stick- och skärskador. Detta underlag behöver utgå från ledningens perspektiv och innefatta:
 - En ekonomisk utvärdering exempelvis av kostnaden för säkerhetsprodukter i relation till kostnader för stick- och skärskador respektive kostnader för arbetsplatsernas arbete med sticksäkra arbetsrutiner.
 - Underlag om hur upphandling av säkerhetsprodukter kan användas för att minska stick- och skärskador.
- På **arbetsplatsnivå** behövs ett stöd för chefernas arbete inom sina respektive ansvarsområden med:
 - Val av säkerhetsprodukter och utbildning om att använda dem.
 - Introduktion och utbildning om sticksäkert arbetssätt, samt ett tydligt förhållningssätt till sticksäkert arbete. I detta ingår handledning av praktikanter som delvis lär sig yrket genom praktik på avdelningar och enheter.
 - Att systematiskt säkerställa att anställda har rätt kunskaper om sticksäkert arbetssätt.
 - Göra riskbedömningar.
 - Följa upp inträffade tillbud och olyckor för att lära och vidta åtgärder för att förebygga nya skador, genom fungerande tillbudsrapportering.

- Vid delegering av arbetsuppgifter som kan innebära risk för stick- eller skärskada behöver det finnas fungerande rutiner för att säkerställa att den som ska utföra arbetsuppgifterna har tillräcklig kompetens för att kunna utföra arbetet på ett säkert sätt.

6.1 Säkerhets(stick- och skärsäkra)produkter

Att helt övergå till säkerhetsprodukter kan förhindra en stor del av olyckorna men behöver kombineras med andra insatser. Enligt ANA American Nurses Association beräknas 90 % av stickskadorna kunna förebyggas om man använder säkerhetsprodukter och kombinerar detta med utbildning och träning (ANA 2008). En analys av de 81 skador som vi studerat tyder på att cirka 70 % med stor sannolikhet skulle ha undvikit sin skada om de istället arbetat med en säkerhetsprodukt. Bland dessa ingår förutom de som recappat nålen även skador som uppkom genom felaktigt hanterad nål/spruta eller att man skadat sig på grund av andras slarv, exempelvis kvarglömda eller felaktigt placerade nålar.

Säkerhetsprodukter är en förstahandsåtgärd för att minska stick- och skärskadorna och har nämnts vid arbetsplatsbesök och diskuterats vid samtliga workshops.

Det finns olika typer av stickskydd, ”aktiva” där stickskyddet aktiveras när nålen dras tillbaka och ”passiva” där skyddet måste aktiveras av brukaren för att skydda nålspetsen. Idag går utvecklingen mot ökad användning av säkerhetsprodukter. Många landsting upphandlar säkerhetsprodukter för att det ska finnas ett alternativ parallellt med icke skyddade produkter, men det finns också landsting som så långt görligt går över till säkerhetsprodukter. Variationen mellan landsting och mellan kommuner är dock stor, bland annat beroende på inriktning av verksamhet, tillgång till säkerhetsprodukter, ekonomi och förändringsvilja.

För närvarande finns säkerhetsprodukter för vissa men inte alla spetsiga och vassa instrument. Dessutom finns det arbetsmoment där produkt med säkerhetsskydd inte kan användas, exempelvis för att det blir för otympligt. Nya säkerhetsprodukter utvecklas löpande vilket innebär att utbudet ökar. Vid arbetsplatsbesök och i workshops har framförts att man haft nära kontakt med tillverkare av säkerhetsprodukter och lämnat förbättringsförslag som beaktats i produktutveckling. Även tillverkare har påpekat att de tacksamt tar emot användarnas åsikter för att produkterna ska bli så användarvänliga som möjligt.

6.1.1 Varför använder inte alla säkerhetsprodukter?

Som nämnts finns inte säkerhetsprodukter för alla applikationer, men även om säkerhetsprodukter finns, används de inte alltid. Frågan är varför säkerhetsprodukter inte används när de finns? Vid diskussioner i samband med arbetsplatsbesök och i workshops har följande orsaker lyfts fram.

Ekonomi, säkerhetsprodukter är dyrare att köpa in. Beslut om vilka produkter som ska användas tas ofta på respektive avdelning eller enhet och inköp av billigare produkter utan säkerhetsmekanismer kan uppfattas som ett sätt att hushålla med resurserna.

Det kan finnas ett **motstånd hos vårdpersonalen att byta till nya produkter**, som måste hanteras annorlunda än de produkter man är van vid. Motståndet kan botten i att man vill använda sig av inarbetade metoder och rutiner som man känner sig trygg med. Nya säkerhetsprodukter kan innebära att man upplever att man inte kan använda sig av sin yrkesskicklighet. Om man dessutom aldrig varit utsatt för någon stickskada kan produktbytet upplevas som onödigt.

Det förekommer att anställda har **negativa erfarenheter av säkerhetsprodukter** vilket påverkar inställningen till andra och nya säkerhetsprodukter, även om de nya är bättre och mer användarvänliga. Denna reaktion är inte ovanlig (liknande reaktioner finns inom andra verksamheter än vården) men kan blockera användning av nya och bättre säkerhetsprodukter.

I kommunal verksamhet och speciellt inom hemvård och äldreomsorg finns ytterligare en faktor, som är svår att påverka – **patientens val**. Detta är speciellt påtagligt för insulin, där patienten har egen utrustning för att ta blodprov och injicera insulin. En stor del av insulinpennorna är inte sticksäkra. Personal inom äldre- och hemvård hjälper ofta till med insulininjektioner och använder då patientens egen utrustning.

Miljöaspekten har också nämnts som en orsak att inte använda säkerhetsprodukter. Säkerhetsprodukter anses belasta miljön mer genom att själva säkerhetsmekanismen ökar avfallsmängden. Säkerhetsprodukter är vanligtvis förbrukningsmaterial som kastas när de använts. Det förekommer att icke sticksäkra produkter åtminstone delvis återanvänds efter diskning, exempelvis hylsa vid blodprovtagning. Det kan dock finnas en miljöbelastning också vid återanvändning av icke sticksäkra produkter, eftersom desinfektion av dem innebär användning av kemiska produkter som belastar miljön.

6.1.2 Hur kan användning av säkerhetsprodukter öka?

Grundläggande för ett sticksäkert arbetssätt är att man har tillgång till, och kunskap om och vet hur instrument och utrustning ska användas. För säkerhetsprodukter gäller det att veta vilken typ av skydd som finns, hur det fungerar och aktiveras etc. Att utveckla säkra arbetsrutiner som fungerar i det dagliga arbetet är viktigt.

Flera förutsättningar för att säkerhetsprodukter ska användas har nämnts vid arbetsplatsbesök och workshops samt i litteratur (exempelvis Wilburn, 2004, NIOSH, 2008):

- Säkerhetsprodukten måste upplevas som funktionell.
- För att säkerhetsprodukter ska accepteras och användas, får det inte påverka omvårdnaden av patienten eller patientsäkerheten på ett negativt sätt eller äventyra andra aspekter av vården.
- Skyddet ska vara integrerat i säkerhetsprodukten.

- Användaren ska tydligt se när säkerhetsprodukten är aktiverad.
- Anställda måste få tid att träna och lära sig använda säkerhetsprodukter.
- Chefer och anställda måste vara medvetna om och acceptera att det tar tid att lära sig att använda säkerhetsprodukterna.
- Arbetsledningen och chefer behöver vara tydliga och konsekventa med att alla ska använda säkerhetsprodukter.

6.2 Stick- och skärsäkert arbetssätt

Flera skador har inträffat för att arbetssättet inte varit tillräckligt tydligt definierat och säkerhetsorienterat. För att förebygga dessa skador har några av besökta verksamheter arbetat aktivt med att införa och bibehålla ett sticksäkert arbetssätt. I det sticksäkra arbetssättet har det bland annat varit mycket viktigt med fasta och tydliga rutiner vid nålarbete. Varje verksamhet har anpassat arbetssättet efter egna förhållanden och provat sig fram till ett arbetssätt som är anpassat till verksamhetens förutsättningar.

Att alltid arbeta sticksäkert och förhålla sig till alla patienter som om de är potentiella smittbärare underlättar och förenklar. Dels används samma arbetssätt, oavsett patient, dels underlättas kommunikationen mellan anställda inom vården samt med patienten om samma rutiner tillämpas oavsett patient. Alternativet att göra en subjektiv bedömning av risken för smitta inför varje patient fungerar oftast inte bra. Lymer beskriver att ibland bedöms risken hos patienten utifrån ålder, utseende och beteende. Patienter som inte avvek från det normala betraktades som relativt ofarliga (Lymer et al 2003). I intervjuerna framkom att liknande bedömningar gjorts vid exempelvis omvårdnad av små barn eller äldre patienter, då man till exempel inte använt handskar eftersom patienten bedömdes som riskfri.

Insatser behövs för att tydliggöra ett sticksäkert arbetssätt. Att beskriva vad som är ett sticksäkert arbetssätt är en komplex uppgift eftersom vården är en komplex verksamhet och vad som är sticksäkra rutiner kan variera. Det finns dock några grundläggande förhållningssätt och rutiner som kan tillämpas inom de flesta verksamheter. Till exempel Vårdhandboken och E-facts 40 innehåller en del sådana råd och rutiner.

Förhållningssätten innefattar exempelvis:

- Om möjligt, använd säkerhetsprodukter.
- Recappa inte.
- Arrangera arbetet så att det går att arbeta i en bra (eller åtminstone acceptabel) arbetsställning. En bra arbetsställning är stabil, utan risk att tappa balansen, halka eller ramla och innebär att det man arbetar med är nära till hands så att man har bra kontroll över stabiliteten i handrörelserna.
- Placera utrustning/instrument så att de är lättillgängliga och kan nås utan att man behöver sträcka sig eller korsa armarna.
- Använd relevant personlig skyddsutrustning. Skyddshandskar ska alltid användas vid risk för kontakt med kroppsvätskor (SOSFS 2007:19)

- Förbered och informera patienten om vad som ska göras.
- Förberedda nålar ska inte läggas ner om de saknar skydd för nålspetsen.
- Räck inte oskyddad och använd nål till någon annan.
- Rutiner för säker demontering av kanyl eller avknipsning av nål.
- Placera gula burken i närheten och så att det är nära till att lägga nålen i burken utan att korsa armarna eller föra nålen förbi någon annan.
- Använda nålar ska läggas direkt i gula burken.
- Det ska finnas rutiner för hur avfallsburkar hanteras så att de inte blir överfulla.
- Enkel tillgång till peang som kan användas för hantering av vassa instrument, exempelvis för att lägga i butterfly i gula burken.
- Arbetsituation som innebär att man kan fokusera på sin uppgift och inte störs av kollegor eller andra patienter. Vid ett av de besökta goda exemplen i projektet hade flera stickolyckor lett till att provtagning numera var ett moment med större fokus, där man arbetade mer avskärmat och kollegor tog bättre hänsyn och visade respekt för det som pågick.
- Rutiner för besvärliga situationer, exempelvis aggressiva, oroliga eller berusade/drogade patienter eller stökiga anhöriga. Säkerställ om möjligt lugn innan det stickande arbetet påbörjas eller arbeta tillsammans med en kollega.
- Betrakta alla patienter som potentiella smittorisker, betrakta alla som potentiellt smittbärande.

Vid operation uppgav några respondenter att det finns arbetsrutiner/åtgärder för att minska stick- och skärskador. Dessa åtgärder beskrivs också i litteratur (Parantainen et al, 2011, Vose & McAdara-Berkowitz, 2009, DHHS 2008))

- Dubbla handskar används för att upptäcka och undvika skador. Handskarna fungerar som en indikator där den inre handsken är färgad och den yttre vit. Om den vita handsken perforeras syns den färgade handsken och ger en indikation på skada och samtidigt ett visst skydd för handen.
- ”No touch” eller ”hands-free-metoden”, innebär att man använder en neutral zon för överlämning av instrument.
- Valet av suturnål påverkar också risken för stickskadorna. Ibland, men inte alltid kan en trubbig nål väljas.

6.3 Organisatoriska och administrativa insatser

För att stick- och skärskador ska förebyggas, krävs insatser på flera organisatoriska nivåer inom både landsting och kommuner.

Ledningens policybeslut styr verksamheten. Därför är det viktigt att ledningen har en klart uttalad syn på hur stick- och skärskador ska minskas och hur gällande lagstiftning ska implementeras i organisationen. Hur detta hanteras av ledningen kan variera, beroende på lokala förutsättningar. Besluten kan vara komplicerade då hänsyn också behöver tas till patientsäkerhet, hygien, ekonomi och miljö, vilket bland annat styrs av Socialstyrelsens

föreskrifter bland annat SOSFS 2007:19 och SOSFS 2011:9. Vår bedömning är att det skulle vara värdefullt med underlag som underlättar för ledningen att implementera säkerhetsarbetet i organisationen. Underlaget behöver innehålla:

- Vilka krav som ställs i lagar och regler (som anpassats efter det nya EU-direktivet).
- En analys av åtgärder för att minska stick- och skärskador i relation till patientsäkerhet, hygien och miljökrav.
- Vilka insatser som krävs för att leva upp till lagar och regler och en diskussion om olika alternativ inklusive kostnader för olika alternativ. Detta innefattar:
 - En strategi för upphandling av säkerhetsprodukter.
 - Underlag om upphandling av säkerhetsprodukter, som underlättar att ställa krav på säkerhetsprodukter.

Ledningen kan i sin tur behöva ta fram underlag och stöd för arbetsplatsernas arbete med att undvika stick- och skärskador i form av:

- Riktlinjer för avdelningars och enheters val av produkter inklusive säkerhetsprodukter.
- Interna rutiner för information och utbildning samt handledning av praktikanter.

Genom tydligt kommunicerade policys, riktlinjer och underlag från ledningen får verksamheternas chefer stöd i arbetet med att minska stick- och skärskadorna. Policys sätter mål och anger riktlinjer för åtgärdsarbetet.

6.3.1 Arbetsmiljöarbete

Arbetsmiljöarbete har vid flera tillfällen lyfts fram som en förutsättning för att minska stick- och skärskadorna. Arbetsmiljöarbetet handlar bland annat om att förebygga skador genom att riskbedöma arbetsuppgifter och vidta åtgärder som minskar riskerna. Förutom att riskbedöma arbetsmiljön, kan stick- och skärskador undvikas genom att man lär av de skador som inträffat tidigare. Ett underlag för detta är anmälningar om stick- och skärskador, vilket bygger på en fungerande avvikelserapportering.

Ett effektivt och fungerande förebyggande arbetsmiljöarbete innebär att risken för stick- och skärskador minskar. Därmed minskar antalet skador som behöver följas upp. Användning av sticksäkra produkter och sticksäkert arbetssätt minskar också risken för skador, vilket underlättar riskbedömningen. För att arbetsmiljöarbetet ska bli så enkelt som möjligt är det därför viktigt att lägga tyngdpunkten på det förebyggande arbetet inklusive säkerhetsprodukter och säkra arbetsmetoder.

6.3.2 Riskbedömning

Riskerna i verksamheten ska bedömas och åtgärder ska vidtas som minskar riskerna. Krav på systematiska riskbedömningar finns i stort sett i alla Arbetsmiljöverkets föreskrifter men även i föreskrifter från Socialstyrelsen. Arbetsgivaren är ansvarig för att riskbedömningar

görs. Dessutom bedömer de flesta anställda mer eller mindre medvetet riskerna i arbetet, exempelvis när något oväntat inträffar eller när man ska utföra en ny arbetsuppgift.

Att göra riskbedömningar av god kvalitet kräver kunskap om och förståelse för vad risker är och även metoder för hur de ska bedömas. Det finns många tänkbara risker och riskbedömningen kan därför lätt bli omfattande. För den som dagligen finns i verksamheten är det lätt att bli hemmablind och att underskatta de risker som man upplever att man behärskar och som ingår som en med eller mindre naturlig del i det dagliga arbetet.

Kvalitén i riskbedömningar kan ibland vara otillräcklig och vissa risker kan underskattas. Inom vården finns verksamheter med andra stora arbetsmiljörisker än stick- och skärskador. Inom kommunal verksamhet kan personalen exempelvis ställas inför mycket besvärliga situationer med patienter, anhöriga, husdjur eller oroligt bostadsområde som i värsta fall kan kräva eskort av väktare. Vid sådana allvarliga och ibland extrema risker är det lätt hänt att risken för stick- och skärskador glöms bort vid riskbedömningen. Det finns också en uppenbar risk att riskbedömningen av stick- och skärskador glöms bort eller inte hinns med om det är tidsbrist eller för att andra och arbetsuppgifter prioriteras.

Riskbedömning ska alltid göras. Riskbedömningen är dock verkningslös, om resultatet inte används som underlag för att vidta åtgärder som minskar riskerna, exempelvis genom att utveckla standardiserade arbetssätt och rutiner som förebygger stick- och skärskador.

6.3.2.1 Riskbedömning och åtgärder

Riskbedömning är en metod för att identifiera risker som är så allvarliga att åtgärder krävs. Enligt lagar och regler inom arbetsmiljö men även inom andra områden, krävs riskbedömning i ett stort antal situationer och av i stort sett alla arbetsmiljörisker, oavsett hur allvarliga riskerna är (eftersom man egentligen inte kan bedöma om en risk är stor eller liten innan risken har bedömts). Det är självklart att detta kan leda till ett gränslöst arbete med riskbedömningar. I praktiken görs därför riskbedömningar främst av sådana risker där man misstänker att det kan finnas en risk som behöver åtgärdas.

En god riskbedömning ställer krav på att den som bedömer riskerna har goda kunskaper och kan göra riskbedömningar. Enligt en modell som utvecklats av Rasmussen och vidareutvecklats av Reason, kan beteenden delas in i tre nivåer (Rasmussen 1983, Rasmussen et al. 1994, Reason, 1990, 1997)

1. "Skill-based", dvs. bygger på inlärd beteenden, yrkeskunnande, ryggmärgsreflexer etc.
2. "Rule-based", regelstyrt, dvs. bygger på inlärd regler som man följer. Med denna modell väljer man ur den eller de regler som gäller och tillämpar regeln i den aktuella situationen

3. ”Knowledge-based”, kunskapsbaserat dvs. bygger på kunskap och att denna kunskap används som underlag för analys av situationen och för att fatta beslut om hur man går vidare.

I praktiken använder man sig alltid av en kombination av dessa beteenden. ”Skill-based” kan exempelvis vara sådant som man lär sig i utbildningen och som blir ett självklart arbetssätt. När något händer som gör att förhållandena avviker från det vanliga, kan man istället gå över till regelstyrt beteende, där man väljer mellan olika regler och beteenden. Saknas regler, måste man använda sin kunskap och kompetens för att analysera situationen och hitta en egen lösning.

Modellen ovan kan tolkas som att nivå 1 innehåller mindre av kunskap än nivå 3. Så behöver inte alls vara fallet. Beteenden som är ”skill-based” kan bygga på komplex och gedigen kunskap. Blir sammanhangen så komplexa att det måste finnas en beredskap för olika beteenden, krävs sannolikt regelbaserat beteende istället. Som exempel kan nämnas att inom vården men också i kärnkraftverk och andra komplexa verksamheter som innebär stora risker, har regelbaserat beteende där man använder sig av checklistor lett till en säkrare verksamhet med minskat antal dödsfall (t ex vid operationer inom vården), olyckor och incidenter. Det är dock viktigt att det regelbaserade beteendet inte blir mekaniskt, utan kombineras med kunskap och en förståelse för varför reglerna ser ut som de gör.

Forskningen visar att tidsåtgång liksom kunskapskrav och risken för fel ökar när man går från nivå 1 till nivå 3. Detta kan beskrivas som att säkra och standardiserade arbetssätt som ingår som en del av yrkeskunnandet eller t o m yrkesidentiteten är ett snabbt sätt att arbeta, det kräver förhållandevis lite kunskap hos den som utför arbetet och risken för fel är liten. Ett kunskapsbaserat arbetssätt däremot kräver betydligt mer tid och kunskap samtidigt som risken att man gör fel bedömningar är relativt stor.

I många sammanhang diskuterar man standardiserade arbetssätt som ett sätt att öka säkerhet och kvalitet. Standardiserade arbetssätt ligger på nivå 2 och möjligen ibland också på nivå 1 (beroende på hur automatiskt man tillämpar arbetssättet och hur många alternativa arbetssätt det finns att välja mellan). Riskbedömning är en utpräglad kunskapsbaserad aktivitet, som tar mer tid och med ökande risk för fel, ju mer komplex aktiviteten är som ska riskbedömas.

Vid riskbedömningar är det en etablerad metod att lära av andras riskbedömningar och det är också vanligt att man på olika sätt drar lärdom av andras åtgärdsarbete samtidigt som man på många arbetsplatser enbart i begränsad utsträckning tar till sig och lär av andra. Ett standardiserat säkert arbetssätt kan bygga på sådana insamlade och gemensamma erfarenheter av god praxis eller best praxis. Att bedöma riskerna med ett säkert arbetssätt som följer god praxis är betydligt snabbare och enklare än att göra en riskbedömning av en komplex arbetsuppgift där det finns många olika typer av risker. Även om processen för att bedöma riskerna är likadan, är riskerna i sig enklare att beskriva och bedöma om riskerna är välkända, väl kontrollerade eller små, jämfört med om riskerna är stora och arbetssättet varierar kraftigt för att var och en själv väljer hur man vill arbeta.

6.3.3 Hantering av olyckor och tillbud

Enligt Arbetsmiljöverket ska arbetsskador och allvarliga tillbud som inträffar följas upp och åtgärder ska vidtas så att något liknande inte händer igen. Ett tillbud definieras som ”en oönskad händelse som kunnat leda till ohälsa eller olycksfall”. (AFS 2001:1) I detta projekt diskuterar vi olyckor och tillbud – där olyckan är en faktisk händelse, exempelvis att sticka sig, och tillbud situationer som kan leda till olycka, exempelvis nål som ligger öppet på en bänk.

Det första steget är att personalen skriver tillbuds- och olycksfallsrapporter. Några faktorer som bidrar till ökat antal skrivna rapporter:

- Rapporteringssystemet är lätt att använda och enkelt att fylla i
- Ledningen är tydlig med att de vill få in rapporter
- Rapporterna hanteras och återkopplas till personalen
- Rapporterna betraktas som ett underlag i förbättringsarbetet utan att skuldbelägga den som skrivit rapporten.

För att hantera rapporterna behöver det finnas tydliga rutiner för uppföljning, både på lokal och på central nivå i organisationen. Analyser av enskilda olyckor liksom sammanställning och analys av likartade skador och trender ger ofta ett bra underlag för det förebyggande arbetet.

6.4 Vilka andra effekter av åtgärderna behöver beaktas?

Det finns flera följd effekter som har lyfts fram när man arbetar med att åtgärda riskerna för stick- och skärskadorna. En säkerhetsfaktor som vården är van att diskutera är patientsäkerhet. Flera personer har påtalat att patientsäkerheten faktiskt kan öka när arbetet blir säkrare för personalen. Även ekonomin anses kunna förbättras i vissa fall.

6.4.1 Hygien

Hygienbegreppet har i vårdsammanhang främst fokus på patienten, att patienten ska skyddas från vårdrelaterade infektioner, men det gäller även för att inte sprida smittor till personal och mellan patienter. I Socialstyrelsen föreskrift om Basal hygien inom hälso- och sjukvården finns principiella hygienkrav som gäller på nationell nivå (SOSFS 2007:19).

Inom vården finns hygiensjuksköterskor som bland annat ska sprida kunskap om smittsamma sjukdomar, skapa rutiner för olika ingrepp och procedurer i sjukvården, undervisa och ge råd samt delta/driva utvecklingsprojekt och utredningar för att kartlägga och förbättra hygienrutinerna. (www.smittskyddsinstitutet.se) Vid diskussioner om stick- och skärskadorna har det framkommit att hygienkrav kan påverka möjligheten till stick- och skärsäkert arbetssätt, framför allt användning av den gula burken.

Vid samtal om gula burken har det bland annat påtalats att vid arbete i patientens hem, får den gula burken av hygieniska skäl inte förvaras tillsammans med insulinsprutor. Vid arbete på sjukhus kan det också finnas hygieniskäl som begränsar möjligheten att placera gula burken på ett optimalt sätt. För att kunna ge rekommendationer om sticksäkert arbetssätt och användning av gula burken är det viktigt att klargöra hur sticksäkert arbetssätt kan kombineras med god hygien.

6.4.2 Patientsäkerhet

Lagar och regler styr patientens rätt i hälso- och sjukvården och personalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (SFS 2010:659). När personalen har lärt sig att använda säkerhetsprodukter kan de känna extra trygghet och därmed arbeta lugnare, vilket förväntas minska risken för patientskador. Vissa av de sticksäkra pvk:er som idag finns på marknaden har dessutom modifierats på sådant sätt att patientens kärl får en minskad retning, vilket minskar obehaget för patienten men även risken för inflammationer i venen.

Vid intervjuerna och workshops har det framkommit att det också är viktigt att inte orsaka patienten obehag. Detta kan ha betydelse för vilken utrustning som väljs.

6.4.3 Ekonomi

Kostnaden för säkerhetsprodukter är vanligtvis högre än för traditionella produkter utan säkerhetsmekanism. För exempelvis avdelningar inom den slutna vården kan det bli ett argument för att av ekonomiska skäl välja billigare produkter som innebär större risk att sticka eller skära sig. Detta förstärks naturligtvis av om budgeten upplevs som pressad och det finns andra utgifter som anses vara viktigare att prioritera.

Beräkningar har gjorts av kostnaden för stick- och skärskador. I genomsnitt är kostnaden för uppföljning och profylaktisk behandling efter en inträffad skada cirka 2 500 kronor (€272) (Glenngård & Persson, 2009). Den reella kostnaden är sannolikt betydligt högre och innefattar även:

- Förlorad arbetstid
- Eventuellt minskad effektivitet på grund av oro och psykisk belastning

Ett annat sätt att se på kostnaden är att jämföra kostnaden för säkerhetsprodukter med kostnaden för att använda icke säkerhetsprodukter. Tabell 1 visar en enkel översikt över vad som skulle kunna ingå i en sådan jämförelse. I tabellen har vi utgått från att säkerhetsprodukter minskar stick- och skärskadorna med 70 %.

Tabell 2. I tabellen finns en grov jämförelse av kostnader vid användning av säkerhetsprodukter mot icke säkerhetsprodukter.

Kostnadspost	Ej säkerhetsprodukter	Säkerhetsprodukter
Inköpskostnad	Baskostnad, känd	Högre än för säkerhetsprodukter, prisskillnaden minskar gradvis när volymen sticksäkert ökar
Kostnad för förebyggande behandling när skada inträffat	x fall per år * 2 500:-	30 % av x fall per år * 2 500:-
Kostnad för bortfall av arbetstid efter skada, skadad, chef, och ev. arbetskamrater	x fall per år	30 % av x fall per år
Utbildningskostnad, för att lära sig använda säkerhetsprodukt	(X) Utbildning kan behövas för nya produkter även om de inte har säkerhetsmekanism	X Denna kostnad minskar sannolikt på några års sikt
Utbildningskostnad för att lära sig ett sticksäkert arbetssätt	X	X
Kostnad för bedömning av risk för stick- och skärskada	X Återkommande kostnad så länge ej sticksäkra produkter används	< X Minskar genom att risk för skada minskar

Av tabell 2 framgår att säkerhetsprodukter är dyrare i inköp men också att kostnader för förebyggande behandling efter skada minskar vid användning av säkerhetsprodukter då antalet stick- och skärskador minskar. Förlorad arbetstid efter en stick- eller skärskada döljs normalt i det dagliga arbetet. Den förlorade arbetstiden innefattar bland annat:

- Tidsåtgång för den som skadats att besöka infektionsklinik samt eventuellt minskad effektivitet i arbetet efter skadan.
- Tidsåtgång för arbetskamrater i samband med skadan och efteråt.
- Tidsåtgång för chefen att hantera skadan och göra en utredning och vidta åtgärder för att något liknande inte ska inträffa igen (vilket är vad som förväntas efter en arbetsskada enligt AFS 2001:1).

Chefernas hantering av inträffade skador fungerar inte särskilt väl idag, enligt många av de intervjuer som gjorts inom projektet. Ofta är den förebyggande behandlingen den enda insats som görs. Om uppföljningen ska fungera i enlighet med intentionerna i lagar och regler, behövs ett mer omfattande arbete med att följa upp skadorna och för detta krävs sannolikt att de som ska följa upp skadorna har en bättre utbildning inom detta område. Sammanfattningsvis är denna kostnad sannolikt relativt låg idag, främst för att de insatser som görs är begränsade.

- Utbildning av anställda behövs både när det gäller sticksäkert arbetssätt och användning av säkerhetsprodukter.

När man börjar använda nya produkter är det vanligt att tillverkaren kan erbjuda en inledande utbildning. Flera tillverkare har denna typ av information om sina produkter på sina hemsidor. Sannolikt är det något mer tidskrävande att lära sig använda en sticksäker produkt än en som inte är sticksäker. När säkerhetsprodukter blir vanligare, kommer sannolikt tidsskillnaden att minska. Utbildning måste fungera kontinuerligt, för att säkerställa att det säkra arbetssättet tillämpas. Det ställer krav på återkommande utbildning om och/eller kontroll av arbetssättet. På sikt är det därför sannolikt att utbildningskostnaden kommer att vara betydligt högre för icke sticksäkra produkter.

- Både för sticksäkra och icke sticksäkra produkter behöver man bedöma risken att skadas och vidta åtgärder. Kostnaden för riskbedömning av säkerhetsprodukter bedöms dock vara betydligt lägre än för icke säkerhetsprodukter.

Eftersom säkerhetsprodukter innebär mindre risk att sticka sig, blir riskbedömningen av sådana produkter mycket snabbare och enklare än riskbedömning av icke sticksäkra produkter (se avsnitt 6.3.2.1). En snabb och enkel form av riskbedömning är om man använder en sticksäker produkt och ett standardiserat arbetssätt som man vid tidigare riskbedömningar kommit fram till minimerar riskerna, kan det ibland räcka att konstatera att ett standardiserat och säkert arbetssätt används. Intervjuerna tyder på att riskbedömningar sällan görs och när de görs, spelar även subjektiva bedömningar in och man kan felbedöma risker. Detta innebär att det finns ett behov av att öka kompetensen att bedöma risker och det krävs tid för att göra riskbedömningar. Vår bedömning är att om riskbedömningarna ska fungera på avsett sätt (enligt AFS 2005:1) krävs insatser i form av utbildning men också för att göra riskbedömningar.

Sammanfattningsvis visar resonemangen ovan att kostnaden för produkterna endast är en liten del av den totala kostnaden för att använda produkterna. En avsevärd del av kostnaderna handlar om arbetstid för utbildning och att tillämpa de rutiner som krävs enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Vår slutsats är att om man ser till de totala kostnaderna blir säkerhetsprodukterna på sikt med stor sannolikhet billigare än traditionella produkter.

6.5 Hur kan åtgärderna implementeras?

De intervjuer, arbetsplatsbesök och workshops som genomförts visar att en kombination av insatser krävs för att minska stick- och skärskadorna i vården. Insatserna kan summeras som:

- **Ökad användning av säkerhetsprodukter.** För detta krävs en kombination av insatser i form av
 - **Ledningsbeslut** om att dessa produkter ska finnas och användas i så stor omfattning som möjligt. Ett beslutsunderlag som beskriver konsekvenser av

- olika val och vinster/fördelar med säkerhetsprodukter underlättar sannolikt denna typ av beslut.
- **Upphandling** av säkerhetsprodukter. Ett underlag (guide/guidelines) som ger tips om hur krav på säkerhetsprodukter kan hanteras i samband med upphandling skulle sannolikt underlätta, speciellt för mindre landsting.
 - Resurser till **utbildning** av anställda som ska börja använda säkerhetsprodukter. Utbildning innefattar både yrkesutbildningar samt information och utbildning av praktikanter och yrkesverksamma inom vården. Här kan exempelvis leverantörerna bistå med utbildning om säkerhetsprodukter, förutsatt att detta inkluderas i upphandlingen och att cheferna är medvetna om möjligheten till utbildning.
 - **Närvarande och/eller täta kontakter med leverantörerna** har i flera fall lyfts fram som väsentliga faktorer för att implementering fungerat tämligen friktionsfritt. Då har problem med produkterna, frågor om hantering etc. avhjälpes snabbt och korrekt vilket naturligtvis påverkat hur man upplevt förändringsprocessen.
 - Att chefer inom avdelningar och enheter får ett underlag och verktyg som gör det enkelt för dem att implementera säkerhetsprodukter.
 - Tydlighet i och **ökad användning av sticksäkra arbetsätt**. För att detta ska fungera krävs:
 - Att innehållet i ett sticksäkert arbetsätt beskrivs på ett tydligt sätt och för olika verksamheter.
 - Att informations- och utbildningsunderlag tas fram som kan användas i vårdutbildningar, vid arbetsplatsförlagd utbildning och handledning, ”avrostningsutbildningar” för uppdatering och påfyllning av kunskap samt som kontroll på att alla anställda har kunskap inom området.
 - Att chefer inom avdelningar och enheter får ett underlag och verktyg som gör det enkelt för dem att implementera ett sticksäkert arbetsätt.

Ett sätt att stödja den förändringsprocess det är att införa säkerhetsprodukter och arbetsätt är att utveckla webbinformation med ovanstående innehåll. Webbinformationen i sig leder inte till någon förändring, men i kombination med effektiva kommunikationsvägar kan webbplatsens innehåll användas av olika aktörer och initiera de förändringar som behövs för att minska stick- och skärskador i vården.

För att denna typ av förändringsarbeten ska lyckas, finns det generellt sett ett antal framgångsfaktorer som behöver beaktas;

- **Att ledningen fattar beslut och tydligt stödjer förändringsarbetet.** Vid implementering av, exempelvis ett sticksäkert arbetsätt eller en sticksäker produkt är det viktigt att det finns ett uttalat stöd i genomförandet av ledning/chef.
- Använda flera kompletterande **kommunikationsvägar** för att sprida kunskap och information till exempelvis anställda, avdelningar, enheter, sjukhus, äldreboende mm.

- Att implementeringen av säkerhetsprodukter och sticksäkert arbetssätt **följs upp** och att åtgärder vidtas om det uppstår problem med implementeringen. Speciellt värdefullt är det att chefen ger feedback till anställda både när arbetet görs på rätt sätt och när avvikelser förekommer.

6.5.1 Kommunikationsvägar

En utmaning för ett arbete som syftar till att minska stick- och skärskador är att så många verksamheter är berörda och fattar egna beslut som har direkt betydelse för risken för stick- och skärskador. För att nå alla dessa aktörer och beslutsfattare krävs en genomtänkt kommunikationsstrategi som når relevanta målgrupper. Samtidigt måste kommunikationsinsatserna vara kostnadseffektiva eftersom resurserna (som alltid) är begränsade. Mot bakgrund av diskussionerna vid workshops har följande strategi utkristalliserats.

Insatser krävs för att nå chefer och anställda inom vården. Ofta informeras dessa via arbetsmarknadens parter (exempelvis SKL, Kommunal, Vårdförbundet, Läkarförbundet, Vision). Informationen via parterna är viktig för att lyfta intresset för frågorna och sprida information. Det är också viktigt att nå ledning, chefer och skyddsombud med information anpassad till dem, vilket är möjligt via parterna.

För att nå ut till vårdutbildningarna är samarbete med exempelvis Vårdhandboken och VFU-portalen önskvärt. Vårdhandboken fungerar också som metodreferens för yrkesverksamma inom vården och har därför en stor potential att påverka arbetssätt inom vården.

Inom landstinget finns hygiensjuksköterskor med ett speciellt ansvar för hygien och att minimera smittspridning. Via information till och samarbete med hygiensjuksköterskorna borde det vara möjligt att få ut information och initiera aktiviteter lokalt på sjukhus. Inom kommuner finns medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Dessa är också en tänkbar samarbetspart och informationskanal till äldreomsorg och hemvård i kommunal regi.

Enskilda medarbetare och skyddsombud kan också sprida information genom att diskutera med arbetskamrater om att det är viktigt att använda de säkerhetsprodukter och den skyddsutrustning som arbetsgivaren tillhandahåller.

En stor del av informationen till upphandlare och användare står leverantörerna för. Ett visst samarbete med leverantörerna av säkerhetsprodukter är därför önskvärt.

Detta innebär att den information som finns i Vårdhandboken och VFU-portalen behöver kompletteras.

6.5.2 Upphandling

Vilka produkter som används inom vården bestäms till stor del i samband med upphandling. Inom både landsting och kommuner är det vanligt att upphandling görs med

några års mellanrum och för stora produktgrupper varje gång. Upphandlingarna rör stora belopp och måste naturligtvis göras i enlighet med lagen om offentlig upphandling, LOU (SFS 2007:1091). I upphandlingsprocessen ställs olika typer av krav, exempelvis avseende funktion, miljö och kvalitetsprestanda. För att användningen av stick- och skärsäkra produkter ska öka, är det därför centralt att säkerhetsprodukter upphandlas.

Vid de diskussioner som förts i samband med arbetsplatsbesök och vid workshops, har det framkommit några faktorer som har betydelse för upphandlingen. Dessa summeras och diskuteras nedan.

Det är viktigt att **definiera vad som är säkerhetsprodukter**. I förfrågningsunderlag är det därför bra att hänvisa till ISO-standarden Skydd mot stick- och skärskadorna – Krav och testmetoder - Skyddsfunktioner för stickande och skärande engångsprodukter av typ injektionsnålar, introducers för katetrar och nålar för blodprovstagning. (SS-EN ISO 23908:2011).

Krav behöver ställas på **funktionen** hos säkerhetsprodukter. Exempel på krav är att säkerhetsprodukten ska:

- Skydda mot stickskadorna när den används.
- Aktiveras utan risk för kontakt/stickskada.
- Ha minst samma eller bättre funktion jämfört med icke sticksäkra produkter.
- Vara märkt så att det tydligt framgår att det är en sticksäker produkt.
- Kunna hanteras med en-hands-grepp.

Nya säkerhetsprodukter utvecklas löpande. Även om det inte finns några säkerhetsprodukter när upphandlingen görs, är det viktigt att skriva in att sådana efterfrågas. Det ger en möjlighet att efter avslutad upphandling köpa in nyutvecklade säkerhetsprodukter från andra leverantörer, även om man inte har avtal med dem genom upphandlingen.

Utbildning av anställda som ska börja använda säkerhetsprodukter. Vissa säkerhetsprodukter ställer krav på förändring av arbetssättet. I förfrågningsunderlag bör ingå utbildning av anställda i användning av nya produkter.

I samband med upphandling kan det också vara värdefullt att fundera över ett eventuellt samarbete med leverantörerna för att ge möjlighet till **återkoppling av erfarenheter av säkerhetsprodukter** och därmed ge leverantören underlag för vidareutveckling av produkterna.

6.5.3 Utbildning

Utbildning som innefattar användning av säkerhetsprodukter och sticksäkra arbetssätt är av stor vikt för att minska stick- och skärskadorna. Denna kunskap kan och bör integreras i utbildning på flera olika sätt.

- I yrkesutbildningar för vårdpersonal. Vårdhandboken används ofta som underlag i utbildningarna och samverkan med Vårdhandboken är därför viktigt.
- I samband med att säkerhetsprodukter introduceras är det viktigt att anställda utbildas i och får tid att testa och vänja sig vid de nya produkterna. Detta är särskilt viktigt för produkter som upplevs som annorlunda och besvärliga att arbeta med och som bryter mot invanda arbetssätt vilket innebär att man inte kan använda andra och väl inarbetade kanyler, pvk:er mm.
- Inom sjukvården förekommer det repetitionsutbildning för att säkerställa att personalen har rätt kompetens. Dessa utbildningar kan kombineras med kunskapstest. Denna typ av utbildning skulle vara värdefull, speciellt för de verksamheter där säkerhetsprodukter av något skäl inte kan införas.
- Introduktionsutbildning för praktikanter och nyanställda, för att utbilda om användning av säkerhetsprodukter men vid behov också om sticksäkert arbetssätt anpassat till den egna verksamheten.

Målgrupperna för dessa utbildningar är

- Studenter inom vårdutbildningar
- Yrkesverksamma inom vården som utför sådant arbete att det kan finnas risk för stick- eller skärskador
- Nyanställda eller praktikanter

När en ny produkt ska tas i bruk har flera intervjupersoner påpekat vikten av att tillverkarna håller utbildning hos och för användarna av produkterna. Det är inte ovanligt med motstånd från användarna när en ny produkt introduceras.. Saknas utbildning eller introduktion, finns en risk att personalen lär in fel arbetssätt vid hantering av produkten. Utbildning ger också möjlighet att beskriva fördelarna med att använda säkerhetsprodukter.

Det sticksäkra arbetssättet kan vara svårt att beskriva i ord, det handlar i många fall mer om att lära sig ett hantverk. I det sticksäkra arbetssättet ingår sådant som redan är känt, men som inte tillämpas men också sådant som hos många inom vården är ”tyst kunskap”, dvs rutiner som man följer men som man sällan pratar om och kanske inte ens är medveten om att de är rutiner som förebygger stick- och skärskador. Det sticksäkra arbetssättet kan också beskrivas som ett ”standardiserat arbetssätt”. En metod som använts tidigare för att beskriva och förmedla denna typ av kunskap är korta filmklipp som illustrerar säkert/lågbelastande arbetssätt (se filmklipp på webbplatserna Allt om städ, www.alltomstad.se och Svetsa Rätt, www.svetsaratt.se).

6.5.4 Kommunala verksamheter

Kommunala verksamheter har delvis annorlunda förutsättningar än vården i landstingets regi. Kommunala verksamheter innefattar bland annat äldreomsorg och vård i hemmet men även skolhälsovården där vaccineringsprogram förekommer.

Inom landstingsvården köps utrustning ofta in centralt genom breda upphandlingar. Inom den kommunala verksamheten förekommer det också, men delvis styrs valet av utrustning exempelvis insulinpenna för en person som vårdas i hemmet, av patienten alternativt av patientens läkare som skriver ut receptet. Detta gör det betydligt svårare att styra över mot säkerhetsprodukter, jämfört med landstinget.

Också inom skolhälsovården görs inköp, exempelvis av färdiga sprutor med vaccin.

Inom kommunal verksamhet krävs särskilda insatser för att stick- och skärskadorna ska minska. Dessa insatser bör utvecklas i samråd med de medicinskt ansvariga sköterskor som finns i kommunerna.

Intervjuerna visar att minst 22 av de 81 intervjuade var verksamma i någon kommunal verksamhet. För att minska stick- och skärskadorna är det därför viktigt att inkludera insatser inom kommunal verksamhet. En del av skadorna inträffade i samband med delegering av arbete till undersköterskor, vilket pekar på behovet av att utbilda dessa om säkerhetsprodukter och sticksäkert arbetssätt. Dessutom bör undersökas om det går att styra över mot ökad användning av säkerhetsprodukter och hur detta i så fall kan göras.

6.5.5 Privata verksamheter

De verksamheter som beskrivs i denna rapport förekommer också i privat regi. Problemen är likartade och till stor del också lösningarna. För privat verksamhet gäller dock inte LOU, vilket innebär att upphandling kan göras utan att säkerställa att upphandling görs i konkurrens enligt LOU.

7 Referenser

- AFA Försäkring Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro 2010
- ANA American Nurses Association´s Needlestick Prevention Guide (2002) tillgänglig på www.nursingworld.org
- Arbetsmiljöverket AFS 2005:1 Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet
- Arbetsmiljöverkets statistik Personlig dialog med och underlag från Kjell Blom
- Carlson Maria & Lundberg Stefan, (2004) *Stick- och skärskador samt blodexponering I vården. Blodburen smitta – en nollversion. Ett informations och utbildningsmaterial.* Vårdförbundet & Swedish Medtech
- Carlsson Maria & Lundberg Stefan (2005) *Stick- och skärskador samt blodexponering i vården.* Rapport Vårdförbundet Nr 01
- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) NIOSH Alert: *Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings*, 1999 Publication No 2000-108 www.cdc.gov/niosh/2000-109.html
- Cutter Jayne & Jordan Sue, (2004) *Uptake of guidelines to avoid and report exposure to blood and body fluids.* Journal of Advanced Nursing, 46 (4), 441-452
- Erlandson Åsa. Sticka säkert inte självklart. Vårdfokus, nr 4, 2011.
- European Agency for Safety and Health at Work, E-facts 40 Riskbedömning och nålsticksskador tillgänglig på <http://osha.europa.eu>
- EU-direktiv 2010/32/EU om genomförande av det ramavtal om förebyggande av stick- och skärskador inom hälso- och sjukvården.
- Gabriel J (2009) Reducing needlestick and sharps injuries among healthcare workers *Nursing Standard.* 22, 41-44
- Glenngård Anna H & Persson Ulf (2009) *Costs associated with sharps injuries in the Swedish health care setting and potential cost savings from needle-stick prevention devices with needle and syringe* Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2009; 41: 296-302
- Hanrahan Anita & Reutter Linda (1997) *A critical review of the literature on sharps injuries: epidemiology, management of exposures and prevention.* Journal of Advanced Nursing, 25, 144-154
- Larsson Maria & Sairio Annica (2008) *Faktorer som påverkar vårdpersonalens följsamhet till säkerhetsrutiner i situationer som medför risk för blodexponering – en litteraturstudie.* Examensarbete 15 hp, C-nivå Sjuksköterskeprogrammet Karlstads universitet, Karlstad.
- Lymer Ulla-Britt, Richt Bengt & Isaksson Barbro (2003) *Health care workers´action strategies in situations that involve a risk of blood exposure.* Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 660-667
- Nee Ng Leng, Hui Li Lim, Yiong Huak Chan & Dzulazwan Bin Bachok (2002) Analysis of sharps injury occurrences at a hospital in Singapore.

- NIOSH National Institute for Occupational Safety and Health (1999) *Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings* Publication No 2000-108.U.S: Department of Health and Human Services
- NIOSH National Institute for Occupational Safety and Health (2008) *Use of Blunt-Tip Suture Needles to Decrease Percutaneous Injuries to Surgical Personnel* Publication No 2008-101
- Parantainen A, Verbeek JH, Lavoie MC, Pahwa M (2011) Blunt versus sharp suture needles for preventing percutaneous exposure incidents in surgical staff (review). The Cochrane Collaboration, J Wiley & Sons Ltd.
- Rasmussen, J (1983). Skills, rules, and knowledge: signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models. IEEE Transactions: Systems, Man & Cybernetics, 1983, SMC-13, pp.257-267. ISSN: 0018-9472.
- Rasmussen, J, Pejtersen, A M, Goodstein L P (1994). Cognitive systems engineering. Wiley-Interscience Publication, New York, USA.
- Reason J (1990). Human error. Cambridge University Press, New York, USA.
- Reason, J (1997). Managing the Risks of Organizational Accidents, Aldershot, Ashgate.
- Rogers Bonnie & Goodno Leslie (2000) Evaluation of Interventions to Prevent Needlestick Injuries in Health Care Occupations. *American Journal of Preventive medicine* 2000: 18 (4S)
- SFS 2010:659 Svensk Författarsamling, Patientsäkerhetslag (2010:659), Socialdepartementet, Regeringskansliet
- Smittskyddsinstitutet <http://www.smittskyddsinstitutet.se/temaar-2009/fokusomraden/blodburna-smittor/stickskador-orsakar-hepatit-b-och-c-smitta-i-varden/> Smittskyddsinstitutet. Vårdrelaterade smittor. Slutrapport 2010-06-17. Årsrapport Vårdrelaterade smittor och Smittor i Samhället Temaår 2009-2010
- SOSFS 2007:19 Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Thomas, S. Agarwal, M. Mehta, G. (2001). Intraoperative glove perforation – single versus double gloving in protection against skin contamination. *Postgrad Medical Journal*, (77), 458-460.
- Vose, J.G. McAdara-Berkowitz, J (2009) Reducing Scalpel Injuries in the Operating Room AORN journal, Vol 90, No 6.
- Vårdhandboken 2012-08-10 tillgänglig på www.vardhandboken.se
- Wilburn Susan (2004) *Needlestick and Sharps Injury Prevention* Online Journal of Issues in Nursing Vol. 9. No 3, Manuscript 4. Available:
[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/InjuryPrevention.aspx)
[TableofContents/Volume92004/No3Sept04/InjuryPrevention.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/InjuryPrevention.aspx)

Wilburn Susan Q & Eijkemans Gerry (2004) *Presenting Needlestick Injuries and Healthcare Workers: A WHO-ICN Collaboration*. International Journal of Occupational and Environmental Health 2004; 10:451-456.

Bilaga 1. Metod

Intervjuer

Urval

Med stöd av projektets referensgrupp har intervjupersonerna rekryterats via de provtagningskliniker (infektionsmottagningar) dit sjukvårdspersonal hänvisas efter en stick- eller skärskada för att ta s.k. nollprover. Kontakt togs med 5 universitetssjukhus, varav ett tackade nej till att delta. Ytterligare ett universitetssjukhus tillfrågades och accepterade att hjälpa oss med att hitta intervjupersoner. De sjukhus som vi engagerade i projektet var; Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset i Linköping och Universitetssjukhuset i Örebro. Kontaktarbetet innefattade även information till sjukhusledning och fackliga organisationer vid berörda enheter.

Genomförande

Ett informationsbrev om projektets syfte och målsättning lämnades ut tillsammans med en kontaktblankett av infektionsmottagningarna till de medarbetare som kom för att ta sitt nollprov. Total anonymitet utlovades. Blanketterna samlades in av mottagningspersonalen och skickades veckovis till IVL.

Från december 2010 till mars 2011 inkom totalt 165 svar varav 127 personer accepterade att vi tog kontakt per telefon för en intervju om den inträffade olyckan. Totalt 81 personer telefonintervjuades under denna period.

En intervjuguide utvecklades med öppna frågor om t ex arbetsuppgifterna och händelseförloppet vid olyckan. Se bilaga 3. Telefonintervjuerna genomfördes vid något tillfälle som respondenten uppgivit som mest lämpligt, och varje intervju tog cirka 20-30 minuter.

Telefonintervjuer har genomförts med arbetsskadade medarbetare inom hälso- och sjukvården som drabbats av en stick- eller skärolycka. Intervjuerna har framför allt samlat in information om hur olyckan skett och olika organisatoriska faktorer som erfarenhet, kunskap och åtgärder har även belysts.

Analys

I analysarbetet har trender och mönster hittats och resultatet har dels grupperats i relation till typ av arbetsmoment som förorsakade skadan men även kategoriserats efter ex. bidragande orsak till skadan, yrke, arbetsplats, tekniska och organisatoriska faktorer, erfarenhet, ålder och åtgärdsarbete.

Arbetsplatsbesök, goda exempel

Urval

Tillsammans med referensgruppen har ett antal förslag på goda exempel på verksamheter som i ett eller annat avseende illustrerar ett framgångsrikt arbete för att minska olyckor och minimera olycksrisker föreslagits. Ett 10-tal enheter har kontaktats för en första telefonintervju och totalt 4 har besökts för en djupare intervju. Vid första telefonkontrakten visade sig flera av de föreslagna goda exemplen vara redan avslutade projekt som inte gick att studera närmre.

Genomförande

En intervjuguide utvecklades som innehöll frågor om ex. organisationen, typ av åtgärd, effekter och problem. Se bilaga X. Vid besöket intervjuades den eller de som varit ansvarig för initiativet till åtgärdsarbetet. Intervjuerna spelades in efter godkännande av respondenten.

De goda exempel som besöktes i projektet representerade åtgärder av införande av sticksäkra produkter och arbetsätt, utbildning samt tillbudsrapportering och uppföljning av olyckor.

Analys

Inspelningarna och noteringarna efter intervjuerna transkriberades och materialet genomlästes och strukturerades samt kodades i olika teman och kategorier i Nvivo för en djupare analys.

Workshops

Urval

När generella åtgärder utvecklats genomfördes 4 workshoppar med speciellt inbjudna personer för att vidare diskutera åtgärdsförslagen. Workshoparna fokuserade på olika ämnen som identifierats som viktiga i det planerade åtgärdsarbetet och eftersom syftet med workshoparna var att ytterligare bearbeta och diskutera förslagen förväntades deltagarna ha intressanta erfarenheter och kunskaper att bidra med. Inbjudningarna skickades ut med hjälp av referensgruppen till tänkbara personer.

Genomförande

Workshop 1 Säkert nålarbete (7 deltagare)

Diskussion kring hur arbetsmetoder, sticksäkra produkter, förutsättningar och krav i arbetet kan bidra till ett säkert nålarbete. Vid frågan "Vad ger säkerhet vid stickarbete?" menade deltagarna att det handlar om ledningens ansvar att se till att aktivt arbeta för att åtgärda och uppmärksamma stickskador, men att det gäller att även arbeta med riskbedömningar, ha bra arbetssätt och rutiner, ge rätt introduktion/utbildning, använda sticksäkra produkter, placera och inte överfylla den gula burken samt att ha en lugn arbetsmiljö var aspekter att uppmärksamma.

Deltagarna diskuterade även vad som krävs för att detta ska fungera i verkligheten. Kraven bör komma ifrån ledningen, och även om arbetsgivaren har ett yttersta ansvar behövs en samverkan både på central och på lokal nivå.

Kring introduktions och utbildningsfrågor diskuterade deltagarna bland annat att det inte finns några övergripande riktlinjer för introduktion utan att varje avd. ansvarar för sin. Introduktionen varierar därför mycket och den är oftast inte anpassad efter var i utbildningen den enskilde studenten befinner sig.

Workshop 2 Arbetsmiljöarbete (5 deltagare)

Under workshopen diskuterades vilka möjligheter och hinder som deltagarna såg hur arbetsmiljöarbetet kunde fungera och bidra med i ansträngningarna att minska stick- och skärskadorna. Bland möjligheterna framkom dels behovet av samverkan, men även att det finns rutiner för avvikelserapportering. Återkoppling och uppföljning av tillbud och olyckor behöver vara enkla och snabba att hantera. Andra möjligheter som poängterades var introduktion och utbildning som med rätt utformning kan bidra till en säkrare arbetsmiljö.

De flesta hinder som identifierades handlade om okunskap och bristande ansvar på alla nivåer i vårdsektorn. Istället för att ha bra rutiner, återkoppling och uppföljning så upplevde man att brister och problem "försvinner" på vägen. Gamla arbetssätt lever kvar och attityden gentemot avvikelser är att någon gjort fel istället för att se det som en möjlighet till förbättring. Att chefer behöver vara tydliga med att inte skuldbelägga någon drabbad utan istället följa upp incidenter och se över tänkbara åtgärder. Ytterligare ett hinder som deltagarna identifierade var tidsbrist, man upplever sig överbelastad och att det inte finns tid för att arbeta med sin arbetsmiljö.

Workshop 3 Kommunala verksamheter (5 deltagare)

När deltagarna vid workshopen fick i uppgift att bedöma sina verksamheter utifrån risken att drabbas av stick- eller skärskada framkom att det var många arbetssituationer i den kommunala verksamheten som innebar stora risker för personalen. En stor del av den kommunala vården ges i hemmiljö och här kan inte alltid krav ställas på rätt utrustning, t ex vid korttidsvård i hemmet. Istället tvingas personalen att göra akuta insatser och får ofta anpassa sig efter de begränsningar som patientens hem erbjuder. Risker som identifierades var att det ofta saknas material eller utrustning eftersom man pga. platsbrist och prioriteringar inte kan ha allt med sig. Riskerna med att man får arbeta i begränsade utrymmen, ibland i svåra arbetsställningar och att det ofta saknas uttalade och klara rutiner

för hur arbetet ska utföras. Ibland har personalen dålig kunskap om vilka riskerna är, men deltagarna menade att ibland är man mycket medveten om riskerna men följer inte riktlinjerna. Tidspress och stress bidrar här till att personalen känner sig osäker och har svårt att ta rätt beslut.

Diskussionen om åtgärder för de kommunala verksamheterna handlade dels om hur viktig den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) är, men också mycket om hur delegering av medicin och insulin fungerar på olika sätt. Utbildning och introduktion var också åtgärdsförslag som diskuterades, där deltagarna menade att det kan se väldigt olika ut, beroende på arbetsgrupp och vilken tid som finns tillgänglig. I dagsläget är det mycket upp till varje enskild ansvarig chef att förstå de problem och regler som finns kring risker med stick- och skärskadorna men här framkom att kommunala chefers yrkesbakgrund inte alltid är medicinsk, vilket ibland gör att det finns en bristande förståelse för problematiken.

Workshop 4 Upphandling av sticksäkra produkter (10 deltagare)

När en upphandlingsprocess för sticksäkra produkter ska påbörjas samlas vanligtvis en expertgrupp (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, samt ibland adjungerade representanter från vårdhygien, patientsäkerhet och miljö) för att utarbeta ett förfrågningsunderlag med kravspecifikation. Deltagarna vid workshoppen menade att det då finns bra möjligheter att kunna ställa krav på sticksäkra produkter vid upphandling. Det gäller bara att vara medveten om vilka produkter som finns.

De hinder som deltagarna främst identifierade i upphandlingsprocessen var att många medarbetare motarbetar det faktum att man vill upphandla sticksäkra produkter. Oftast känner de sig säkra och trygga med de gamla vanliga produkterna som man har god erfarenhet av. Viljan till förändring är inte så stor, och kräver en del utbildningsinsatser.

De ekonomiska diskussionerna och argumenten som förs fram vid upphandlingsprocessen kan också betecknas som hindrande för införandet av sticksäkra produkter. I dagsläget kan de sticksäkra produkterna innebära en större investering vilket ibland kan vara svårt att prioritera.

SLL har formulerat upphandlingskrav för sticksäkra produkter; där krav bland annat ställs på att stickskyddet skall kunna aktiveras omedelbart efter avsedd användning av produkten, och att stickskyddet inte ska kunna brytas upp eller reaktivera.

Analys

Anteckningar, noteringar och material från workshopparna sammanställdes och strukturerades för närmare analys och tolkning. Då ingick och bearbetades även analyserna av materialet från intervjuerna och workshoppar vidare.

Bilaga 2 Översikt över respondenter

I intervjustudien har totalt 81 respondenter intervjuats, av dessa var 41 sjuksköterskor, 27 undersköterskor/vårdare och 9 läkare. Fyra respondenter som betecknats som ”övrigt” - hemtjänst, personlig assistent, tandsköterska och städare. Respondenterna är fördelade över discipliner/verksamhetsområden enligt tabell 3.

Tabell 3. Fördelning av inträffade skador efter disciplin/verksamhetsområde och yrke.

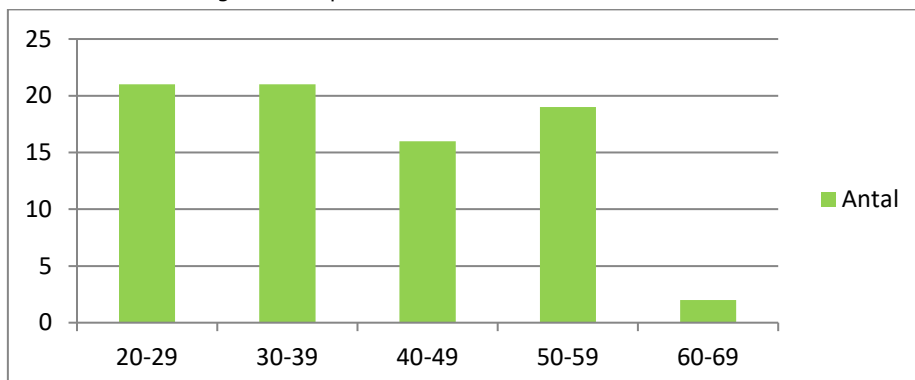
Verksamhetsområde	Antal usk	Ssk	Läkare	Övriga	Totalt
Äldreboende, geriatrik, demens	11	5			16
Operation		4	4		8
Hemvård	2	2			4
Akutvård	2	4			6
Medicin		4	1		5
Kirurgi		5			5
Hemsjukvård	1	4			5
Psykiatri	2	1			3
Ortoped		1	1		2
Vårdcentral		2			2
Neonatalvård		2			2
Korttidsboende	2				2
Planeringsteam	1				1
Hemtjänst	2				2
Verksamheter med en respondent	4	7	3		14
Övriga				4	4
Totalt	27	41	9	4	81

Tabell 3:1 Verksamheter (med en respondent) vardera var:

Rehab (usk)	Gruppboende(usk)	Specialistvård (ssk)	Transplantations.avd. (ssk)
Barn (ssk)	Reumatolog(läkare)	Rättpsykiatri (ssk)	Strokevårds.avd. (ssk)
Hud (läkare)	Missbruk (ssk)	Urolog (usk)	Hjärtviktsavd.(usk)
		Thorax (ssk)	Öron (läkare)

Åldersfördelningen har varit relativt jämn, förutom i kategorin +60 med endast två respondenter. Respondenternas ålder visas i tabell 4.

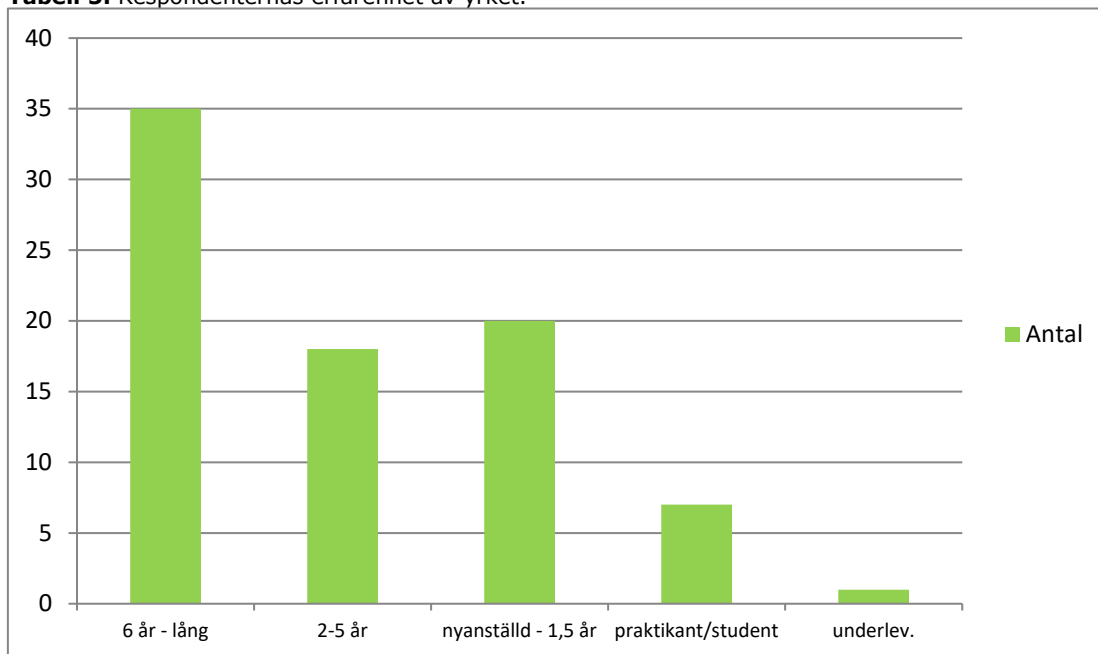
Tabell 4. Fördelningen av respondenterna efter ålder



Skador har inträffat för både nyanställda och för mer erfarna medarbetare. De flesta (35) som intervjuats har haft en relativ lång erfarenhet av sitt arbete, 6 år eller längre.

Respondenternas erfarenhet (år i yrket) redovisas i tabell 5.

Tabell 5. Respondenternas erfarenhet av yrket.



Bilaga 3 Intervjuguide

1) Vem är du?

- ålder
- utbildning
- arbetslivserfarenhet
- erfarenhet på arbetsplatsen

2) Vilka arbetsuppgifter? Var/vilken typ av avdelning/verksamhet?

3) Kan du beskriva vad som hände? Hur utfördes?

- Varför så?
- Vad injicerades/vilken typ av prov?
- Standardiserad metod?
- Rutiner?

4) Vilken utrustning använde du?

- Sprutor
- Handskar
- PVK
- Instrument, verktyg
- Avfallsbehållare
- Visir

5) Hur medveten var du om eventuella risker?

- Gjorde du någon speciell riskbedömning?

6) Var det något som avvek från det normala förfarandet?

- Andra störande moment? Varför?

7) Var det rätt plats? Ergonomiskt rätt?

- Utbildning? Erfarenhet?

8) Vad gjordes initialt efter olyckan?

- Tvätt, provtagning etc.
- Skrevs rapport? Vems ansvar?
 - o Var rutinerna kända?
- Medicinsk uppföljning?
 - o Var rutinerna kända?
- Uppföljning/stöd från chef?

9) Vilka känslor och tankar fick du?

- Behandling?
- Oro? Tankar framöver?
- Fick du stöd?
- Smittad?
- Hänt tidigare?
- Erfarenhet av liknande situationer?
- Kvar på samma arbetsplats?

16) Inköp

- Centralt/lokalt?
- Inflytande delaktighet?
- Vem bevakar marknaden?
- Tidsperspektiv?
- Expertresurser?

15) Underrapportering

Vanligt? Varför? Orsaker?
Hur ser rationaliteten ut?

Organisation

- Ledarskap/chefsansvar
- Stödfunktioner?
- Hierarkier, delegering
- Delaktighet

13) Hur upplever du säkerhetskulturen på din arbetsplats?

- Är ledningen engagerad?
- Hur fungerar det mellan arbetskamrater?

Tycker du att personalen arbetar riskmedvetet?

- Lokala praktiker, kunskap

14) Var olyckan möjlig att förutse?

- Liknande situationer?
- Vilka är riskfaktorerna? När?
- Tillbud/tillbudsrapportering?

Varför tar man risker?

- Samtal, attityder kring säkerhet
- Delaktighet i AMA
- Delaktighet i verksamhet.

10) Har något hänt på din arbetsplats för att minska riskerna efter olyckan?

- Vad har gjorts för att minska riskerna? Du/AG/kollegor?

11) Ändrade arbetssätt, utrustning, rutiner?

- Varför inte?
- Organisatoriska åtgärder?
- Vidare diskussion?

Säkerhetsrutiner för utrustning

För att välja utrustning?
För vilka skydd som ska användas?
För hantering av avfall?

12) Görs kontinuerliga riskanalyser el. skyddsronder?

- Diskuteras riskerna på APT
- Ges utbildning, drivs projekt, eller någon annan kompetensutveckling avseende stick och skärolyckor?
- Facklig medverkan?
- Eget ansvar

SAM

FAS05

EU-direktiv