

# Analysera, lyssna, åtgärda, be om ursäkt och lära

## SÅ BLIR EN ORGANISATION SÄKER – OCH BÄTTRE

Det som kommit fram de senaste veckorna om vad som hänt på Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset behöver inte upprepas här, men vi kan konstatera att hanteringen av Macchiarini-ärendet har varit bristfällig.

Hittills har den karakteriserats av en slående tondövhets från både Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset. Såväl sjukhusets som institutets attityd har präglats av förnekande. Anställda som haft en avvikande uppfattning om vad som pågår har hotats med polisanmälan.

Av offentligt tillgängligt material att döma förefaller organisationernas riskanalyser och bedömningar av flera varningssignaler ha misslyckats. Några ursäkter värda namnet har till dags dato inte framförts. Förtroendet är i grunden skadat och mediedrevet bara fortsätter.

### Att förhindra och hantera skandaler

Inga system eller organisationer är immuna mot säkerhetsproblem. Däremot finns det olika sätt att i första hand förhindra att skandaler uppstår och i andra hand hantera skandaler då de uppstår.

En viktig del i det förebyggande arbetet är riskanalyser och analys av varningssignaler. Om problemet väl är ett faktum handlar arbetet om att erkänna felet för



**Pelle Gustafson**, docent, chefläkare, medicinsk

redaktör, Läkartidningen, Stockholm  
● pelle.gustafson@lof.se



**Hans Rutberg**, adjungerad professor i utvärdering och hälsoekonomi, särskilt kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, Linköpings universitet

ring och hälsoekonomi, särskilt kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, Linköpings universitet

att kunna finna orsaken, och därefter om att lära av vad som hänt för att förhindra upprepning.

### Exemplet Mercedes-Benz A-klass

Hösten 1997 avsåg Mercedes-Benz lansera världens bästa småbil, Mercedes A-klass. Ambitionen var i det närmaste obegränsad. Bilen kom att skriva motorhistoria, men inte på det sätt Mercedes hade avsett.

Då tidningen Teknikens Värld några veckor efter världslanseringen testade bilen välte den. Mercedes första reaktion var att anklaga de svenska journalister för att ha fabricerat testresultaten. Tyska motorjournalister upprepade testen med samma resultat, och till slut stod det klart för alla att bilen hade allvarliga säkerhetsproblem.

De ansvariga inom Mercedes vägrade till en början att inse problemen, utan försökte lägga skulden på bl a däcktillverkarer. Inte förrän den allra högsta ledningen inom Daimler-Benz grep in hände något. Produktionen stoppades, de 2 600 bilar som byggts togs tillbaka, och kunderna fick ersättning. Analyser visade bl a att tyngdpunkten var för hög, något som inte hade fångats upp och beaktats i de otillräckliga och förhastade test som gjorts före lanseringen.

De ansvariga inom Mercedes vägrade till en början att inse problemen, utan försökte lägga skulden på bl a däcktillverkarer. Inte förrän den allra högsta ledningen inom Daimler-Benz grep in hände något. Produktionen stoppades, de 2 600 bilar som byggts togs tillbaka, och kunderna fick ersättning. Analyser visade bl a att tyngdpunkten var för hög, något som inte hade fångats upp och beaktats i de otillräckliga och förhastade test som gjorts före lanseringen.

### Skandalen vändes till försäljningsframgång

När bilen sedan åter sattes i produktion hade den bl a styvare fjädring och andra däck, men också ett nytt elektroniskt antisladdsystem, som tidigare bara erbjudits som tillval i exklusiva modeller. Testen skedde bl a med hjälp av de journalister som först hade avslöjat bristerna. När modellen på nytt lanserades skedde detta med en massiv världsomfattande kampanj, vilken inleddes med orden »Faktum är - vi gjorde misstag. Men vi har rättat till dem, och vi har lärt vår läxa«.

Modellen har sedan dess modifierats i flera omgångar, och A-klassen har blivit en av Mercedes största försäljningsfram-

gångar. Mercedes-Benz namn är i dag starkare, och deras bilar säkrare, än någonsin.

### Missförhållanden på brittiskt sjukhus

Våren 2013 publicerades den sk Francis-rapporten om de skandalösa förhållandena vid sjukhuset i Stafford inom Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Under åren 2005 till och med 2008 var den medicinska vården på sjukhuset i Stafford så dålig att mellan 400 och 1 200 patienter mer än vad som kunde förväntas avled. Dessutom fanns ett flertal rapporter från bl a tillsynsmyndigheter om undermålig omvårdnad.

Vittnesmål om missförhållanden kom från såväl patienter och anhöriga som anställda. Bland annat rapporterades om stora trycksår hos yngre patienter, att mat bars in till äldre patienter och bars ut igen utan kontroll att patienterna hade kunnat äta själva och att patienter kunde få ligga flera dygn i sin egen avföring. Dessa förhållanden var till viss del kända via olika rapporter och inspektioner, men hade inte föranlett någon reell åtgärd.

»En säkerhetsmedveten organisation vågar ifrågasätta sin kultur och sina rutiner ...«

En av sjuksköterskorna på akutmottagningen vid sjukhuset, Helen Donnelly, hade skrivit över 175 avvikelserapporter utan resultat. Hon och Julie Bailey, dotter till en av de patienter som avlidit till följd av vanvård, bestämde sig för att försöka få en ändring till stånd. De fick initialt betala ett högt pris: Helen Donnelly fick avsked från sjukhuset, och Julie Bailey ombads sluta med sina aktiviteter och flytta från staden.

De valde dock att, tillsammans med andra, försöka påverka via externa kana-

### HUVUDBUDSKAP

- Oredlighetsärendet på Karolinska institutet/Karolinska universitetssjukhuset visar på strukturella patientsäkerhetsproblem.
- Stora likheter finns med andra skandaler både inom och utanför sjukvård.
- Säkerhet skapas genom riskanalys, korrekt omhändertagande av varningssignaler, korrekta åtgärder, beredskap att erkänna fel och förmåga att dra lärdom av det inträffade.



Illustration: Fotolia

Ett givet första steg i att hantera och lära av sina misstag är att be om ursäkt. Genom att be patienter, anhöriga, medarbetare, forskare, anslagsgivare och andra drabbade om ursäkt för det som inträffat i Macchiarini-ärendet kan Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset visa på insikt om allvaret i det som hänt och att man är villig att lära av det och bli bättre.

ler, främst genom demonstrationer och via medier. Den granskning som bl a BBC då gjorde medförde att missförhållandena inte längre kunde döljas.

## Brist på öppenhet och kritisk analys

En utomstående utredare, Sir Robert Francis, fick fria händer och lade i mars 2013 fram sin rapport, som otvetydigt beskriver en organisation i fritt fall [1].

Orsakerna till skandalen var att ledningen inriktade sig på affärsmässiga aspekter på driften av sjukhuset och inte satte patienternas behov i fokus, brist på öppenhet och kritisk analys i ledningens agerande och en kultur där ledningen bejakade och fäste större värde vid positiv information än vid negativ.

Francis underströk även vikten av öppenhet, som innebär att oro och klagomål dels kan uttryckas i en organisation utan risk för repressalier, dels diskuteras öppet med patienter, allmänhet och medarbetare.

Premiärministrarna Gordon Brown och David Cameron tvingades som ytterst ansvariga för det statliga engelska sjukvårdssystemet att offentligt be om ursäkt, och ett mycket omfattande arbete med att ställa saker till rätta inleddes.

I dag finns sjukhuset kvar. Den vård som bedrivs där är numera mycket säkrare än för några år sedan. Processen att återuppbygga förtroendet hos patienter och anhöriga är i gång. Både Helen Donnelly och Julie Bailey har fått upprättelse för sina insatser i samband med avslöjandet av skandalen, och även tilldelats Order of the British Empire »for services to the National Health Service«.

## Uppmärksamhet i medier gav resultat

Tyvärr offentliggjordes i mars 2015 ännu

en skandal inom det brittiska National Health Service, denna gång vid det lilla sjukhuset Furness General Hospital i nordvästra England [2]. Tre mödrar och 15 barn hade under åren 2004 till och med 2013 avlidit under eller strax efter förlossningen. Förhållandena var i vissa kretsar kända, men tystades ner. Ett flertal mindre utredningar hade inte gett något resultat.

En av de drivande i försöken att ställa saker till rätta var James Titcombe, pappa till Joshua, som var ett av de barn som avlidit. James Titcombe försökte upprepa gånger att få en förklaring via normala kanaler, utan att lyckas. Han såg sig därför tvungen att via medier försöka få en förändring till stånd, och lyckades.

Det som hänt kunde efter en omfattande utredning förklaras med bristande kompetens, dåligt samarbete mellan olika professioner, starka subkulturer inom och mellan professionerna samt en omfattande tystnadskultur.

Den över 200 sidor långa rapporten presenterar 44 olika förslag på vad som kan och måste göras. Det är värt att notera att det första förslaget är att be alla inblandade om ursäkt, dels för det som skett, dels för det bristfälliga sätt på vilket saken hanterats efter dödsfallen.

Nu pågår ett arbete, både lokalt och nationellt, för att förhindra en upprepning av det inträffade. The National Maternity Review [3], en grupp i vilken James Titcombe ingår, kommer inom kort att lägga fram förslag på hur brittisk förlossningsvård kan bli säkrare. Förslagen bygger på riskanalys, lyhördhet, analys och lärande.

## Ärligt menad ursäkt är tecken på insikt

Det kommer alltid att finnas brister i alla organisationer. Inom sjukvård kan det handla om individuella tillkortakomman-

den eller systemfel som gör att patientsäkerheten är sämre än den borde vara. Men en säkerhetsmedveten organisation känner till att svagheter existerar. Genom att riskanalysera, lyssna, åtgärda och lära arbetar organisationen ständigt för att höja säkerheten. Om en oönskad händelse har inträffat ber man om ursäkt dels för att visa att man uppfattat situationens allvar, dels för att visa att signaler om eventuella svagheter är viktiga, dels för att visa en vilja att bli bättre.

En ärligt menad ursäkt är ett tecken på insikt: »det här blev inte bra - vi kan bättre«. En säkerhetsmedveten organisation vågar ifrågasätta sin kultur och sina rutiner, lära av både signaler och av det som inträffat, och blir på så vis både bättre och säkrare.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det nu inte avgörande vem eller vilka som felat och om de eventuellt ska avgå eller inte. Tvärtom kan avskedanden utan organisatoriskt lärande öka risken för upprepning. Det avgörande nu är huruvida Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset som organisationer lärt sig av det som inträffat och hur man har hanterat det.

Ett givet första steg i detta lärande är att be alla dem som drabbats om ursäkt. Det gäller patienter, anhöriga, medarbetare, forskare, anslagsgivare och andra som drabbats. Då visar institutet och sjukhuset att man har förstått det som hänt, att man inser att det inte är bra, att man är villig att lära av det inträffade och bli bättre.

Resten av forsknings- och sjukvårds-Sverige kan också lära: Var finns riskerna i den egna organisationen? Hur fångar vi upp dem och beskriver dem? Vilka är varningssignalerna? Gör vi korrekta analyser? Är vi beredda att be om ursäkt? Har vi system för att lära av det inträffa- de? ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Pelle Gustafson har sedan 2013 en anknytning (affiliering) till Medical Management Centrum (MMC), institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) vid Karolinska institutet.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DXFZ

## REFERENSER

1. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Final report. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/report>
2. Kirkup B. The Report of the Morecambe Bay Investigation. March 2015. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/408480/47487\\_MBI\\_Accessible\\_v0.1.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/408480/47487_MBI_Accessible_v0.1.pdf)
3. National Health Service. The Maternity Review Board. <https://www.england.nhs.uk/tag/maternity-review/>