

# INCIDENTRAPPORTERING GER SÄKRARE SJUKVÅRD!

Ordet »incident» används egentligen i två betydelser: Dels för att beteckna en händelse som fått mer eller mindre allvarliga konsekvenser, dels för att beteckna något som skulle kunnat bli en händelse med allvarliga följder, men som avvärjts genom att det uppmärksammats i tid. Både inom sjukvården och i andra verksamheter brukar vi numera i första hand tänka på den senare betydelsen av ordet. Genom att uppmärksamma och rapportera incidenter skapas möjligheter att ändra regler och rutiner och därmed öka säkerheten i verksamheten.

## Bestraffning före prevention

I den svenska sjukvården fick vi en första bestämmelse om incidentrapportering redan 1936, efter det att fyra människor avlidit på Maria sjukhus i Stockholm sedan de fått felaktig injektionsvätska i samband med lokalanestesi. Enligt en kungörelse föranledd av denna händelse, Lex Maria, skulle rapport omedelbart inges till Medicinalstyrelsen (Socialstyrelsen) och polismyndighet om någon patient åsamkats skada i sjukvården, »dock att anmälan ej kräves, om det är uppenbart att vårdslöshet eller försummelse ej förelegat vid behandlingen».

Intresset var sålunda inte inriktat på *händelsen* som sådan, och hur man skulle hindra att den inträffade igen, det var helt koncentrerat på den personal som var involverad, och som eventuellt skulle bestraffas. Om det var uppenbart att ingen kunde bestraffas brydde man sig inte om händelsen, hur allvarlig den än var! Bestraffning föreföll vara viktigare än prevention.

Lex Maria ersattes 1982 av en bestämmelse med en något annorlunda och vidare utformning. Den omfattar nu inte bara patienter som kommit till skada, utan även sådana som »utsatts för

risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom», sålunda varit utsatta för en incident i ordets vidare bemärkelse. Kravet på polisanmälan, som fanns i den ursprungliga kungörelsen, är borttaget, likaså uppgifterna om vårdslöshet eller försummelse av någon av den inblandade personalen.

Den nya kungörelsen innebar sålunda ett steg bort från tonvikt på försumlig personal och krav på bestraffning, och till en inriktning på händelsen och möjligheten att förebygga ett uppreppande. Den var förmodligen ett uttryck för en förståelse för att sjukvården genomgått enorma förändringar under de nära 50 år som förflutit mellan de två kungörelserna. Vården hade utvecklats till ett komplext lagarbete, i vilket många människor av olika kategorier och med varierande kompetens och skilda arbetsuppgifter var involverade. Dessutom utnyttjades allt oftare en alltmer komplicerad teknisk apparatur. Om man skulle förebygga att en händelse upprepades räckte det därför inte med att leta efter en syndabock och bestraffa honom eller henne, man måste analysera varför händelsen inträffat och vid behov genomföra sådana systemförändringar att risken för ett uppreppande blev så liten som möjligt.

Även i 1982 års kungörelse kvarstår emellertid kravet på anmälan av personalen för eventuell bestraffning. Jag återkommer till detta.

## Internationella erfarenheter

Som påpekas i Westerlings och medarbetares artikel i detta nummer av Läkartidningen finns idag en mycket begränsad kunskap om hur ofta missöden inträffar i sjukvården. Vi vill i sjukvården inte gärna acceptera att vi kan göra fel, och vi undviker att tala om det, i varje fall utanför sjukhusets väggar. Det beror bl a på rädsla för bestraffning, oro för att sjukhuset skall få »dåligt rykte» och för skadeståndsanspråk.

På många håll i världen pågår nu förändringar i riktning mot en större öppenhet, delvis framtvingad av allmänhetens krav på ökad insyn i vad som sker på sjukhusen. En av de första och mest uppmärksammade undersökningarna på detta område var »Harvard

Medical Practice Study» från ett antal sjukhus i staten New York [1]. I denna rapporteras att 3,7 procent av alla intagna patienter drabbades av iatrogena skador. 70,5 procent av dessa förorsakade symtom som kvarstod i minst sex månader, 2,6 procent gav skador som kvarstod hela livet, medan 13,6 procent var dödliga. I nära en tredjedel av fallen bedömdes den uppkomna skadan som möjlig att undvika.

Speciella studier har också utförts rörande fel i läkemedelshanteringen, varvid personal stimulerats att anmäla alla fel, inklusive incidenter som kunnat avvärjas innan någon skada skett [2]. Allvarliga »adverse events», som medförde en genomsnittskostnad för sjukhuset på 2 000 US-dollar per händelse, inträffade bara i ett fall på 2 000 läkemedelsadministreringar, vilket kanske inte låter så farligt. På de två universitetssjukhus i Boston där denna studie genomfördes gavs emellertid under en sexmånadersperiod inte mindre än 700 000 läkemedelsdoser, ett uttryck för den enormt höga aktiviteten på ett modernt akutsjukhus. 350 fall av allvarliga »adverse events» inträffade sålunda under denna tid. Det är uppenbart att kraven på säkerhet i sjukvården måste ställas utomordentligt högt – det räcker inte att vi »nästan alltid» gör rätt.

När man ser sådana siffror förstärker man också att vi kommer att misslyckas i våra strävanden att förbättra patientsäkerheten om vi förutsätter att människan är ofelbar, och bestraffar den som inte är det. Vi måste ha ett system som minskar riskerna att göra fel, och om någon gör fel måste vi ha ett skyddsnet som eliminerar eller minimerar konsekvenserna av felet.

## Vi bör lära av andra !

I Sverige har vi i vår skadeförebyggande verksamhet kommit ett stycke på väg från fokusering på individen till inriktning mot händelsen som sådan, bl a genom 1982 års version av Lex Maria. Fortfarande är emellertid incidentrapporteringen förenad med risk för bestraffning, vilket uppenbarligen verkar återhållande, något som också framgår av Westerlings och medarbetares artikel. Det finns också andra faktorer som

## Författare

SVEN-ERIK BERGENTZ

professor i kirurgi, Lunds universitet; överläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

gör att incidentrapportering inte blivit rutin: En Lex Maria-anmälan är fortfarande förbunden med viss dramatik, den är en offentlig handling som ofta slås upp stort i dagspressen, den nödvändiggör ofta en ganska omfattande skriftlig utredning som tar lång tid och många människor i anspråk.

Allt detta gör att de som är inblandade i en incident tänker sig för mer än en gång innan de skickar in en anmälan. Och det är just det som de inte skall göra! All erfarenhet talar för att anmälan skall vara rutin, och den skall vara enkel och gälla även banala händelser. Den skall inte vara förbunden med straff, och den skall ske lokalt.

Vi i sjukvården är i dag inte ensamma om krav på en nästan hundra procentig säkerhet, kraven är minst lika stora inom många industrier, inom flyget och kärnkraftsverksamheten. Incidentrapportering har då ofta visat sig vara en effektiv metod för att öka säkerheten.

Ett av världens bäst genomtänkta och bäst fungerande system för sådan rapportering har utvecklats av det svenska flygvapnet. Det skedde efter det att man under ett decennium i början av 1960-talet förlorat ett 40-tal flygplan och mer än 20 piloter i haverier varje år. Systemet (av flygvapnet benämnt »driftstörningssystemet») bygger på att alla incidenter – antingen de är förorsakade av mänskliga fel, missförstånd eller av materielfel – omedelbart skall rapporteras. Detta kan ske anonymt. 3 000 rapporter inkommer årligen, därav en tredjedel från förare eller tekniker som anmäler fel som de gjort själva.

»Det kan inte nog betonas hur viktigt det är att få reda på vad som händer för att kunna vidta åtgärder för att förhindra ett uppreppande. För att få denna öppenhet är det för oss självklart att mänskliga felfunktioner inte skall bestraffas» [överstelöjtnant Bertil Olin, Flygsäkerhetsavdelningen, Stockholm, pers medd, 1996]. Flygvapnet har till och med överenskommit med riksåklagaren om att åtal inte skall väckas mot piloterna. Undantagna är naturligtvis direkta disciplinbrott, dvs klara brott mot utfärdade bestämmelser.

Driftstörningssystemet bedöms som en viktig anledning till att antalet haverier nu sjunkit till mellan noll och två per år.

Inom sjukvården befinner vi oss långt ifrån flygvapnets väl utvecklade system för incidentrapportering. Jorulf och Måre redovisade dock 1994 incidentrapportering som en praktisk me-

tod för kvalitetsutveckling på en röntgenavdelning [3].

### Utvecklat forskningsområde

Forskningen om fel och missöden i sjukvården, deras orsaker, konsekvenser och prevention befinner sig ännu i sin linda. Anmärkningsvärt få av de studier som publicerats har haft läkare som författare. Terminologin är inte enhetlig och de begrepp som används är ofta dåligt definierade. Man ställer sig därför tveksam till en del av uppgifterna, tex de orimligt höga siffrorna på antalet allvarliga iatrogena skador som bedömts möjliga att förebygga. Enbart i Australien har antalet sådana »preventable deaths» uppskattats till 14 000 per år! [4]. Även om den verkliga siffran bara är en bråkdel av denna är det mycket viktigt att ta reda på hur det verkligen förhåller sig.

Vi behöver »a strategy for reducing errors» stod det i en ledare i BMJ för en tid sedan [5]. Först måste vi emellertid ta reda på hur stort problemet är, och beskriva det närmare. Lex Maria ger oss härvidlag dålig hjälp. Vad vi behöver är ett lokalt, enkelt rapporteringssystem som inte är förbundet med bestraffning och som har ett helhjärtat stöd av hela personalen. Det är glädjande att så många svenska sjukvårdsinrättningar ställer sig positiva till detta.

### Referenser

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med 1991; 324: 370-84.
2. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Ismail SD, Servi D et al. Incidence of adverse drug events and potential drug events. JAMA 1995; 274: 29-34.
3. Jorulf H, Måre K. Incidentrapportering. Praktisk metod för kvalitetsutveckling. Läkartidningen 1994; 91: 3289-90.
4. Cordner SM. Australia's preventable deaths. Lancet 1995; 345: 1562.
5. Ferner RE. Is there a cure for errors? Better systems should be adopted to identify and eliminate errors [editorial]. BMJ 1995; 311: 463-4.

Se även artikeln på sidan 2928 i detta nummer.

# TILLVÄXT



## FAKTORER

### Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11–50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

.....  
Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19