

Sjukvårdens farlighet –

Som moderator på 1997 års Riksstämmas öppningsmöte »Hur farlig är sjukvården» vill jag sammanfatta några av de synpunkter som framfördes.

(Deltagare i panelen var Göran Berglund, professor i internmedicin, Universitetssjukhuset MAS; Olof Edhag, överdirektör, Socialstyrelsen; Birgitta Eidrup Persson, distriktssköterska, Blekinge; Bengt Järhult, distriktsläkare, Blekinge; Anita Olofsson, advokat med patientärenden som specialitet, Umeå; Sonja Thorburn, socialdirektör, Umeå.)

Först av allt bör betonas att när det gäller sjukvårdens farlighet och kvalitetsarbetet som pågår för att minska denna farlighet finns det inga enkla lösningar och förutbestämda svar. Den pedagogik som man bör använda för att implementera kvalitetsarbetet är den trots sin höga ålder fortfarande modern, nämligen den som Konfucius år 500 f Kr proklamerade:

**»Den ideale läraren vägleder sina elever,
men drar dem inte,
förmår dem att gå framåt,
men trycker inte ner dem,
visar dem var vägen finns,
men tar dem inte till stället i fråga.»**
(Konfucius 551–479 f Kr)

Det viktiga är således att få människor i sjukvården att reflektera över de olika farligheter som finns.

Det första som bör definieras är för vem sjukvården är farlig. Sjukvården kan vara farlig för ett flertal inblandade:

- samhället, genom att sjukvården kostar mycket pengar
- politiker, genom att sjukvården är en av de största politiska frågorna, och om den missköts kan politikern bli av med jobbet
- tjänstemän, exempelvis har sjukhusdirektörer i Stockholm en »treårsöverlevnad» som för närvarande är 0 procent
- personalen, där vi vet från ett flertal arbetsmiljöstudier att sjukvården kan vara farlig.

Det är emellertid ur patientens synvinkel självklart viktigast att bedöma graden av sjukvårdens farlighet. Innan jag går in på olika typer av farlighet bör det fastslås att det är kvoten nytta/farlighet som är den viktiga. Det finns ett fler-

tal ingrepp i sjukvården, t ex avancerad hjärtkirurgi, som är farliga, men där nyttan ändå överstiger farligheten. I gengäld finns det en hel del ofarliga åtgärder som emellertid inte gör någon nytta alls, men som stjäl resurser från vården och därigenom ändå blir skadliga. Det betyder med andra ord att det finns såväl direkta som indirekta farligheter.

De direkta farligheterna är naturligtvis de som mest omnämns i debatten, och av dem talas det mest om de »hårda», direkta farligheterna. Med hårda direkta farligheter menar jag misstag och ingrepp i vården som oftast leder till att patienten får fel diagnos eller behandling som i viss omfattning leder till anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Lex Maria) eller som hanteras lokalt i form av incidentrapportering.

Direkta »hårda»farligheter. För att minska denna direkta »hårda» farlighet har ett flertal goda initiativ tagits, där samarbete mellan Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, olika yrkesföreningar och sjukvårdsorganisationer pågår. Det har de senaste åren införts ett flertal kvalitetsindikatorer, lagstiftats om incidentrapportering, och därigenom hoppas vi få faktaunderlag som bättre än idag talar om vilken storleksordning denna farlighet har och hur man kan minska den.

Mycket få studier finns. Den största kommer från Boston – där man gick igenom drygt 30 000 journaler – och visar att sjukvården ger upphov till biverkningar i 4 procent av fallen, varav ungefär 30 procent, dvs 1 procent av incidenterna, berodde på undermålig vård [1].

Konklusionen av denna studie är således att det finns en icke-negligierbar skaderisk för patienter på grund av sjukvård, och det finns stor anledning att denna minskar.

För att kartlägga farligheter har Socialstyrelsen (tillsammans med sjukvårdsorganisationerna) byggt upp en riskdatabas där man registrerar sjukvårdens farlighet. I denna finns Lex Maria-anmälningar samt en del av ansvarsnämndens (HSANs) beslut inmatade, ca 6 500 riskhändelser. Ur denna kan bl a hämtas information om i vilken region, vid vilken typ av sjukvårdsinrättning och vilken typ av händelse som in-

träffat. Dessutom ger Sos som återkoppling för sjukvårdspersonalen ut »RiskRonden» som på ett pedagogiskt sätt återger händelser i sjukvården som åstadkommit skada eller risk för skada för patienter.

Även SBUs arbete att införa evidensbaserad sjukvård är strävanden i riktningen att minska sjukvårdens direkta farlighet. Dessutom finns en stor kunskapskälla i att lära av patienter och närstående och från egna och andras misstag. En systematisk avvikelshantering har visat sig vara ett bra sätt att undvika patientskadan, den medicinska katastrofen.

Andra viktiga bidrag är nationella kvalitetsregister som innehåller data om diagnoser, åtgärder och utfall. Det finns för närvarande 36 nationella kvalitetsregister. När det gäller rapportering av incidenter/avvikelser och felbehandlingar måste vi skapa ett system där sjukvårdspersonal aktivt vill söka upp sina problem och fel, där kvalitetssystemen leder till reflektion och prevention, inte bestraffning.

Direkta »mjuka» farligheter. Uppenbart är att även direkta farligheter av mera »mjuk» karaktär måste analyseras och åtgärdas om man vill minska sjukvårdens farlighet. Jag tänker då på bl a kommunikation och förståelse. En viktig orsak till sjukvårdens farlighet är bristande kommunikation mellan patient och sjukvårdande personal. Ett flertal incidenter som inträffar i sjukvården beror på att patienten inte förstått vad doktorn sagt, och en återkommande fråga från sjukvården är »Varför gör inte patienterna som jag säger» och svaret är att »De förstår inte vad doktorn sagt». Ett faktum som Kierkegaard så väl uttryckt: »För att förstå en människa måste man förstå vad just den människan förstår.» Det finns därför all anledning för sjukvårdens organisationer, högskolor och universitet att lägga stor vikt vid kommunikation i sin utbildning så att de som arbetar inom sjukvården lär sig att »höra – lyssna – känna – och förstå» patienternas behov. Säkerheten i sjukvården kommer att öka om patienten är välinformerad och görs delaktig och vi lär oss att se verksamheten med patientens ögon.

Andra direkta »mjuka» farligheter i sjukvården är överdiagnostik, överbehandling och den fragmentering inom

för patient och samhälle

sjukvården som pågår, dvs att specialisering sker på bekostnad av helhet. Även underdiagnostik och att patienter står i kö är förenat med fara. Patienter som inte får någon diagnos eller står i kö löper en icke oväsentlig fara som i vanliga termer inte registreras såsom en direkt farlighet i sjukvården.

Vad gäller överdiagnostik och överbehandling är risken speciellt stor beträffande gamla patienter: att personal i all välmående berövar patienter göromål de själva klarar av eller att »vården» i livets slutskede i stället för att förlänga livet förlänger döendet.

Överbehandling med läkemedel, exempelvis att på felaktiga indikationer behandla måttlig hypertoni, har redan rönt stort intresse, men även överbehandling med läkemedel på alltför vida indikationer är ett exempel på »mjuka farligheter».

Indirekta farligheter. Sist men icke minst finns även indirekta farligheter som per definition inte »direkt» är farliga för patienten, men som genom att de stjäl resurser från sjukvården till och med kan överstiga de direkta farligheterna. Exempel är omorganisationer av sjukvården som sker utan att uppföljning eller utvärdering av förändringarna sker. Fördes riskmoment in i vården i och med omorganisationen? Sannolikt har omorganisationer tagit stora resurser från sjukvården.

Hur ofta orsakas de direkta farligheterna av exempelvis nedskärningar – med kortare vårdtider, snabbare omsättning av patienter och snabba svåra beslut som ökar risken för misstag?

Hur pass väldokumenterad är kostnadseffektiviteten av införandet av (omotiverade) administrativa rutiner, t ex signeringstväng och vissa omvårdnadsjournaler? Administrationen ökar ständigt inom sjukvården, och tidsstudier visar att bl a läkare och sjuksköterskor har mindre än 50 procent av sin arbetstid till patientkontakt.

Kraven i modern sjukvård på välmotiverad administration och registrering är givetvis berättigade. Vi är alla intresserade av att offentliga medel används på bästa möjliga sätt. Men alla måste vara medvetna om att den kostar pengar och därigenom blir en indirekt farlighet, dvs nyttan måste vägas mot kostnaden. Detta utvärderas aldrig. Det borde vara krav på att innan olika organisa-

tionsförändringar genomförs måste dessa utvärderas i form av kontrollerade studier, exempelvis mellan två olika landsting, innan man generellt i landet förändrar administrativa rutiner vars kostnad och nytta för patienten är oklar.

En annan typisk indirekt farlighet är om man ser sjukvården ur ett snävt produktionsperspektiv. Många organisationer har idag incitament- och styrsystem (och ändå värre redovisningssystem) som endast tar hänsyn till budgetutfall och produktion, utan att tid för eftertanke, kvalitet i mötet sjukvården–patienten, patientnyttan och effekten av sjukvårdsbehandlingen utvärderas.

Sammanfattningsvis finns det många olika farligheter som måste angripas för att vi ska få en välfungerande sjukvård. De direkta »hårda» farligheterna som också är lättast att mäta är de som idag åtgärdas bäst och där det finns ett flertal aktörer som agerar föredömligt. Men när det gäller »mjuka» och »indirekta» farligheter finns det stora mörkertal, och det finns all anledning att analysera och angripa dessa för en säkrare sjukvård. Möjligen kan man känna en viss oro inför det till synes aldrig sinande behovet av kvalitetsförbättringar men bör då ha en dikt av Alf Henrikson som ledstjärna:

När missnöjet tryter tar framstegen slut.

När lyckan är nådd ebbar kraften ut.

Men dit är det lyckligtvis långt som vi vet.

Vi kan räkna med framsteg i evighet.



KRÖNIKÖR

PETER ASPELIN
professor, röntgendiagnostiska kliniken, Huddinge sjukhus.

”Det finns ett flertal ingrepp i sjukvården, t ex avancerad hjärtkirurgi, som är farlig, men där nyttan ändå överstiger farligheten. I gengäld finns det en hel del ofarliga åtgärder som emellertid inte gör någon nytta alls, men som stjäl resurser från vården och därigenom ändå blir skadlig”