

Har sjukvården blivit säkrare?

Lex Maria-ärendena fortsätter att minska

Antalet Lex Maria-ärenden fortsätter att minska.

Beror det på att sjukvården blivit säkrare? Eller är det bara bagatell-ärendena som fallit bort – eller har kanske villigheten att anmäla sjunkit?

Frågorna ställs i Riskronden Special nr 1 1998. Där ges en sammanfattande statistik över alla Lex Maria-ärenden. Totalt finns nu 7 400 ärenden som är utredda och belutade vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och registrerade i sjukvårdens egen Riskdatabas.

Dessutom innehåller databasen i runda tal 2 500 HSAN-ärenden (fall avgjorda i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd).

Trenden när det gäller Lex Maria-ärendena är tydlig. Sedan 1994 har de blivit färre och var 1997 1 172 stycken. 1994 var de 1 586.

Vad beror då nedgången på – har vården blivit säkrare?

Frågan, menar Riskronden Special, är omöjlig att besvara med utgång från Riskdatabasen. Den största osäkerhetsfaktorn utgörs av om mörkertalet gällande Lex Maria-anmälningarna är konstant eller inte. Tyvärr är kunskapen kring det »svarta hålet» liten.

Men indirekt finns det flera saker som kan indikera att minskningen av ärendena enligt Lex Maria faktiskt motsvaras av en säkrare vård.

Färre missöden i läkemedelshanteringen

Det har inte skett någon märkbar försämring i benägenheten att rapportera enligt Lex Maria.

Anmälningarna har minskat mest från den kommunala vården, endast obetydligt från landstingens verksamheter. Och på den privata sidan märks en ökning av anmälningarna.

I kommunerna beror minskningen främst på färre anmälda missöden vid hantering av läkemedel. Den tendensen har funnits några år och tycks inte vara slumpmässig. Med stor sannolikhet beror den i stället på att man infört säkrare rutiner i de särskilda boendeformerna.

Även om just dessa ärenden ganska sällan bedömdes ha en hög risknivå så var den stora volymen ändå ett tecken på att säkerhetstänkandet var eftersatt.

Nu kan man konstatera att kommunernas inställning förbättrats när det gäller att minska antalet riskhändelser i vården.

Om det var så att minskningen av

Lex Maria-fallen bara berodde på att de bagatellartade ärendena försvunnit borde andelen högriskärenden öka i stället. Men så är det inte. Ärendena med hög risknivå var 1997 15,8 procent, för tidigare år 17 procent. På samma gång har fallen med risknivån »Kan ej bedömas», och de är många, minskat 1997. Även om skillnaderna är små så pekar de i samma riktning som andra indicier:

Färre anmälningar totalt samtidigt som man ser ett något lägre antal ärenden med hög risknivå.

Riskronden Special ställer fler frågor: Har de regionala tillsynsenheternas arbete med Lex Maria-ärendena bidragit till en säkrare vård?

Den är omöjlig att besvara, men det finns en hel del intressanta uppgifter i Riskdatabasen. Socialstyrelsen har under förra året minskat antalet beslut av typen »Påpekande om förändring», vilka för det mesta haft en till intet förpliktigande betydelse. I stället har två andra typer av beslut ökat – »HSAN-anmälan» samt »Inget påpekande».

Förändringen kan tyda på en mer skärpt inställning från Socialstyrelsens sida i vissa ärenden, men också på en mindre pekpinneaktig hållning i ärenden som vården själv bör ta hand om.

Människan vanligaste orsaken till felen

Vilka är då orsakerna till de felhandlingar som leder till Lex Maria-anmälningar?

Om man ser till perioden 1992–97 så bedöms den mänskliga faktorn vara boken i 64 procent av fallen, organisationen i 19 procent, tekniken i 5 procent medan övrigt svarar för 12 procent.

De åtgärder som planeras, eller har vidtagits, som en direkt följd av Lex Maria-händelser inriktas på organisationen i 72 procent av fallen, på människan i 15 procent, på tekniken i 6 procent och kan ej bedömas i 7 procent av fallen.

I vilket skede av vården förekommer då felen?

Ja, felhandlingarna i samband med allmän behandlingsverksamhet liksom förväxlingar (oftast läkemedel) är vanligast, men även fel vid diagnostik och operation samt medicinska och tekniska komplikationer är ganska vanliga.

Det här och mycken annan statistik finns i Riskronden Special. Där redogörs också för en lång rad ärenden. Vi återger bara ett av dessa.

En 41-årig kvinna med upprepade sår i tolvfingertarmen togs in akut på sjuk-

hus efter att ha fått svåra buksmärtor och uppspänd buk. Röntgen avslöjade fri gas i bukhålan. Man misstänkte brustet magsår och började operera akut.

Det fanns omkring fem liter vätska i buken och magsäcken hade en nekros som omfattade nästan hela minorsidan. Operatören tillkallade bakjouren, som övertog ansvaret. Bakjouren ansåg att en subtotal gastrektomi med rekonstruktion enligt Billroth II var lämpligast.

Borde inte ha använt suturmaskin

Det var svårt att lösa tolvfingertarmsstumpen eftersom det fanns mycket ärrbildning vid nedre magmunnen. Men ingreppet lyckades så småningom och stumpen slöts med suturmaskin.

Kvinnan verkade återhämta sig bra. Men 4–5 dagar efter ingreppet blev hon sämre med blodtrycksfall och uppspänd buk. Man misstänkte en akut blödning och opererade henne på nytt.

Då upptäcktes dels en artärblödning från bukspottkörtelhuvudet som låg bart och dels att galla läckte fram bredvid bukspottkörteln. En närmare inspektion avslöjade att den stora gallgången låg fri liksom den stora bukspottkörtelgången. Vid den första operationen hade alltså dessa båda gånger delats av strax före mynningen till tolvfingertarmen, något som bekräftades av en mikroskopiundersökning av preparatet från primäroperationen. I detta preparat kunde man påvisa en papillstruktur vid den distala resektionsranden i tolvfingertarmen.

Finsnickeriet bör tas fram

Socialstyrelsens vetenskapliga råd fann vid en granskning att operatören på grund av de besvärliga förhållandena i operationsområdet inte borde ha använt suturmaskin när han förslöt tolvfingertarmsstumpen.

»Om man har ärrig vävnad i tolvfingertarmen efter upprepade sår och en inflammerad och svullen serosa efter peritonit bör suturmaskinen få vila i sin förpackning och finsnickeriet tas fram».

Operatören bedöms ensam ha ansvar för den uppkomna skadan. Felbedömningen kan vara ett resultat av bristande träning och vana vid den här typen av magsårskirurgi.

Socialstyrelsen kom fram till att operatören allvarligt hade missbedömt läget och inte iakttagit den noggrannhet som situationen krävde.

Dan K G Andersson, spindel i Riskdatabasens nät

”Alla gjorde allt för att tysta ner felen som begicks i sjukvården”

Sjukvårdens egen riskdatabas innehåller idag cirka 10 000 ärenden, till övervägande del Lex-Maria-anmälningar, och utgör därmed en mycket stor kunskapskälla om riskbeteenden i vården.

Lex Maria-bestämmelserna, med krav på att allvarliga fel och tillbud inom sjukvården skall anmälas, har funnits i 60 år. De tillkom efter ett förgiftningsfall på Mariasjukhuset i Stockholm. Men det var först i början av 1990-talet som de ansvariga för säkerheten inom hälso- och sjukvården kom på att man systematiskt skulle kunna utnyttja Lex Maria-fallen för att förebygga nya likartade fel.

Därför började man bygga upp Riskdatabasen. Den finns hos Socialstyrelsens Örebroenhet med Dan K G Andersson som spindel i nätet. Han är överläkare och har bland annat varit distriktsläkare i Laxå i 23 år.

Tillsynen över läkarna har genom åren sett lite olika ut, den har bl a skötts av läns- och stadsläkare.

– De tog doktorer i örat när dessa skrev ut för mycket sprit till jul, säger Dan K G Andersson muntert.

Socialstyrelsen skötte under många år sin tillsyn enbart från Stockholm.

»Naiv tilltro till läkare»

– Man hade nån sorts naiv tilltro till läkarna och ansåg att de inte behövde någon särskild tillsyn annat än från centralt håll. Men då bet man sig i tummen. Man satt på sin stjärta i Stockholm och skötte ärendena utan att ha en aning om hur det såg ut ute i verksamheten, t ex för doktorerna i Norrland, påpekar Dan K G Andersson.

Men i slutet av 1980-talet blev det uppenbart att den organisationen inte räckte till. Det behövdes regionala tillsynsenheter – sex sådana inrättades. Samtidigt började man diskutera hur man skulle kunna skapa ett effektivt uppföljningssystem. Det handlade mer om att försöka förebygga fel inom vården än att bestraffa läkare och annan personal för fel de gjort.

– Då insåg man att man aldrig riktigt hade utnyttjat den stora kunskap som Lex Maria-ärendena förmedlade om misstagen som begåtts, konstaterar Dan K G Andersson.

Därför beslutade man att de regionala tillsynsenheterna skulle registrera alla Lex Maria-ärenden i en riskdatabas.

Statistiken i Riskdatabasen sammanställs i Riskronden Special av Dan K G Andersson.

Att enbart samla information om de begånga felen var inte nog. Det gällde ju att sprida kunskapen ute på fältet så att man där kunde lära av misstagen och förhindra att likartade fel hände igen. I praktiken hade ingen tidigare varit inresserad av den biten.

– Man utredde sina ärenden och meddelade de inblandade sina belut. Men sedan gjorde alla berörda sitt bästa för att tysta ner det hela – man försökte i någon form av självbevarelsestrategi se till så att ingen fick veta att man gjort något tokigt. Det gällde inblandade läkare, sjuksköterskor, kliniker, sjukhus och huvudmän, berättar Dan K G Andersson kritiskt.

För att återföra erfarenheterna av Lex Maria-ärendena till sjukvården började Örebroenheten 1992 ge ut informationsbladet Riskronden där man återger fall av principiellt intresse.

Men efter några år stod det klart att täckningen den vägen »bara var en droppe i havet». Samtidigt började fallen i riskdatabasen bli så många att det blev möjligt att göra intressanta statistiska sammanställningar, som borde spridas. Lösningen blev ett nytt informationsblad, Riskronden Special, som kommer fyra gånger per år med bl a om-

fattande statistik och fallbeskrivningar. Vanliga Riskronden når ut ganska brett. Det gör däremot inte Riskronden Special – den borde skickas ut till fler, hävdar Dan K G Andersson och framhåller att det går att prenumerera på båda två.

»Lär de sig aldrig...»?

Behövs den här typen av återföring av erfarenheter – gör den någon nytta?

– Ja, visst behövs den. För tyvärr ser vi att likartade misstag upprepas om och om igen inom sjukvården. Och då undrar vi »lär de sig aldrig någon gång», säger Dan K G Andersson suckande.

Men han repar snabbt mod och berättar att de efter särskilda insatser kan se kortsiktiga förbättringar. Ett exempel: Efter en artikel om testikeltorsion i Riskronden felbedömdes den diagnosen mera sällan än tidigare. Det slog igenom att akut skrotum skall ses som testikeltorsion tills diagnosen kunnat uteslutas.

Men efter en tid återkom felet, testikeltorsion bedöms som epididymit – trots att läkarna inte först uteslutit testikeltorsion.

Det är inte bara genom Riskronden som informationen från Riskdatabasen förs ut. Det sker även vid t ex fortbildningskurser och vid datauttag för bl a forskningsändamål.

Tom Ahlgren

FOTO: PAVEL KOUBEK