

Finn latent fel i stället för syndabockar

Nytt synsätt i amerikanskt patientsäkerhetsarbete

Ett nyväckt starkt engagemang i patientsäkerhetsfrågor i USA har lett till att flera aktiviteter har startats inom ett antal sjukvårdsorganisationer för att utforma system för att minska risken att göra fel och minimera konsekvenserna. Att hitta orsakerna till det inträffade i stället för att som nu bestraffa syndabockar är ett nytt synsätt som spritts inom vården och andra områden med stora krav på säkerhet, t ex trafikflyget.

Under de senaste två decennierna har det bedrivits en omfattande internationell forskning för att komma till rätta med fel och misstag i komplexa organisationer och system med stora krav på säkerhet, där många människor måste samverka sinsemellan för att klara en avancerad teknologi, t ex trafikflyg. En av de viktigaste lärdomarna har varit att man måste acceptera att människor ibland gör fel och att man måste utforma systemen så att risken att göra fel blir så liten som möjligt och att konsekvenserna minimeras. Ett sätt att minska antalet fel som leder till missöden och olyckor är att identifiera sk latent fel i en organisation, fel som ännu inte lett till några allvarliga konsekvenser. Bestraffning av den som gjort fel är inte någon bra metod för att minska antalet fel, tvärtom kan det ha motsatt effekt eftersom människor som arbetar i organisationen då tenderar att dölja både latent fel och fel som redan inträffat.

I USA har ett antal sjukvårdsorganisationer under de senaste två åren startat flera aktiviteter för att introducera

denna nya syn på säkerhet inom sjukvården. Vid »Annenberg Center for Health Sciences» i Palm Desert i södra Kalifornien arrangerades i oktober 1996 och i november 1998 konferenser om patientsäkerhet.

Huvudsponsorer för de amerikanska konferenserna har varit American Medical Association (AMA), American Association for the Advancement of Science (AAAS) och Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Dessutom har flera patientorganisationer medverkat. Den direkta anledningen till den första konferensen var ett antal mycket uppmärksammade fall av patientskador som inträffat under de senaste åren.

Intressant nog deltog inga företrädare för rättssystemet i denna första konferens, som andades stark frustration över det amerikanska systemets oförmåga att genom hård bestraffning och utdömande av stora skadestånd, som dock i mycket ringa utsträckning kommer patienten till godo, reducera det oacceptabelt stora antalet skador i sjukvården. »The real tragedy in medical accidents» poängterades det, »is that so little knowledge is derived from them.»

Misstag beror på systemfel

Däremot fanns företrädare för bl a trafikflyget och kärnkraftsindustrin, som presenterade sin syn på misstag och olyckor i komplexa system. Deras budskap var att dessa inte beror på att en människa har gjort ett misstag utan på systemfel i organisationen. En förutsättning för att öka säkerheten i dessa och liknande komplexa system är att skapa en arbetsmiljö där man undviker bestraffning av misstag. Dessa görs ju sällan i ond avsikt och i regel av dem som befinner sig i verksamhetens »sharp end», dvs av dem som rent praktiskt vidtar olika åtgärder (sjuksköterskor, läkare, tekniker och laboranter), och det är i regel de som bestraffas. I själva verket är misstagen, har det visat sig, ofta en följd av beslut som fattas av dem som befinner sig i »the blunt end» av systemet, dvs av dem som är ansvariga för planeringen och uppbyggnaden av organisationen och utformandet av rutinerna såsom chefläkare, administra-

törer, ekonomer och andra ledare på olika nivåer. Att bestraffa dem som befinner sig i »the sharp end» är inte bara meningslöst utan kan medföra en ökning av riskerna genom att de verkliga orsakerna till det inträffade döljs och felet därför riskerar att upprepas. Man brukar säga att man fastnat i en »blame trap», man tror sig ha funnit en förklaring till vad som hänt då man funnit en syndabock att bestraffa, och tänker inte på att man måste eliminera den grundläggande orsaken till att det inträffat.

Förändrad sjukvårdskultur

Det första Annenbergssymposiet 1996 resulterade bl a i att AMA (American Medical Association) bildade en ny »not for profit»-organisation, »National Patient Safety Foundation» (NPSF) med uppgift att arbeta för forskning och utbildning i frågor som rör patientsäkerheten. NPSF ger ut en kvartalstidskrift »Focus on Patient Safety» för att informera om verksamheten, ordnar seminarier och workshops i patientsäkerhetsfrågor och stöder ekonomiskt forskare som arbetar med dessa problem. Man försöker också vända den allmänna opinionen till en mer öppen och mindre bestraffningsinriktad attityd till fel och misstag i sjukvården.

Målsättningen är att förändra den amerikanska sjukvårdskulturen från »a culture of blame» till »a culture of safety». Man har fått stöd från patientorganisationer men möter mäktigt motstånd från advokater och andra företrädare för rättssystemet, som hävdar att det gamla systemet med rättegång inför allmän domstol med utseende av syndabock och hård bestraffning av denne är nödvändigt för att sätta press på sjukvårdspersonalen, skydda patienterna och minska antalet skador. AMA och andra medicinska organisationer har dock vunnit mycket goodwill genom att de visat en ambition att öppna det tidigare ganska slutna sjukvårdssystemet och betonat sin starka vilja att skaffa kunskap om och förebygga misstag i sjukvården.

En rad nya aktiviteter för ökad säkerhet

Vid det andra Annenbergssymposiet i november 1998 rapporterades om en

Författare

SVEN-ERIK BERGENTZ

professor emeritus i kirurgi vid Lunds universitet, f d vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen, Stockholm

SYNNÖVE ÖDEGÅRD

doktorand vid Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

rad nya aktiviteter, av vilka många initierats vid 1996 års symposium. Vid Veterans Administration (VA), USA:s största samlade sjukvårdsorganisation, har sålunda startats ett elvapunksprogram som omfattar forskning för att förbättra patientsäkerheten, ett rapporteringssystem för incidenter inom organisationen och »patient safety improvement rewards», belöningar till dem som uppmärksammar och rapporterar risker inom vården och föreslår åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Flera enskilda stater har visat stor aktivitet då det gäller att öka patienters säkerhet. I Massachusetts har sålunda implementerats ett patientsäkerhetsprogram av Massachusetts Board of registration in medicine. Enligt detta måste alla sjukhus, health management-organisationer och praktiserande läkare engagera sig i ett program för förbättrad patientsäkerhet för att få fortsätta sin verksamhet. Från Utah rapporterades om tolv sjukhus som skapat ett gemensamt system för rapportering av incidenter och för att dra slutsatser av dem.

Amerikanska civilflyget en förebild

Det är ändå uppenbart att sjukvården ligger långt efter andra komplexa system då det gäller förebyggande av missöden och olycksfall. Det framgick inte minst av dr Charles Billings presentation av 22 års erfarenhet av »The aviation safety reporting system» (ASRS). Detta system innebär att personalen inom civilflyget stimuleras att rapportera incidenter som inträffar i verksamheten. Systemet är helt konfidentiellt, och rapportören har ett lagstadgat skydd mot bestraffning. Syftet är att avslöja latent fel i organisationen och därmed hindra att de blir manifesta. Billings, som själv är läkare, har även varit delaktig i uppbyggandet av liknande system vid ett antal New York-sjukhus.

Billings framhöll att det som krävs för att ett sådant självrapporteringssystem skall fungera tillfredsställande är inte bara att det är frivilligt och konfidentiellt och ger anmälaren en garanterad immunitet mot bestraffning utan också att personalen stöder det helhjärtat.

För att rapporteringen skall ha något värde fordras också att en vederhäftig och objektiv analys görs av de inträffade incidenterna och att de lärdomar man kan dra av dem regelbundet förs tillbaka till dem som arbetar i vården. Incidenterna måste registreras och kategoriseras på ett sådant sätt att de slutsatser som dras kan utnyttjas i framtiden.

Antalet rapporter till ASRS är nu uppe i över 340 000! Kostnader och arbetsinsatser för ett väl fungerande incidentrapporteringssystem skall därför

Exempel från svensk sjukvård där systemet varit skyldigt

Bland de svenska HSAN-ärendena finns fortfarande många exempel på brister i system, praxis och rutiner som lett till patientskador, men där kritiken (och bestraffningen!) inte har drabbat den verkligt ansvarige.

Sjuksköterskeelev åtalades

Redan de fyra dödsfall som inträffade på Maria sjukhus för 61 år sedan och som gav incitament till Lex Maria vittnar om hur lätt det går att göra fel när rutiner och organisation inte anpassats till människan. De fyra patienterna skulle ha fått injektioner av ett lokalbedövningsmedel men fick i stället kvicksilveroxycyanid, ett giftigt rengöringsmedel som endast får användas för externt bruk. De båda vätskorna hade förvarats i samma skåp. En sjuksköterskeelev åtalades för att hon tagit fram och dragit upp fel vätska i injektionssprutan (men frikändes på grund av att man inte lyckades reda ut exakt hur misstaget gick till).

AT-läkare på sin första journatt bestraffades

En 70-årig man skickades hem en natt från en akutmottagning på ett normallasarett, där han sökt för njurstensliknande buksmärtor. Nästa dag inför-

des han till sjukhuset död på grund av ett rupturerat aortaaneurysm. Den som anmäldes till HSAN, och bestraffades, var primärjourhavande, en AT-läkare som gjorde sin första journatt på sjukhuset och som just tillträtt en tjänst på kvinnokliniken som hade samjour med kirurgen. Kirurgklinikens bakjour hade emellertid inte varit i kontakt med den unga primärjournen för att bekanta sig med henne och ge instruktioner t ex om att inte skicka hem oklara fall utan kontakt med honom.

Inga åtgärder på grund av oklar ansvarsfördelning

Nyligen drabbades en patient av lårbensamputation på grund av kompartmentsyndrom i nedre extremiteterna efter en urinblåseoperation. Cirkulationsrubningen i nedre extremiteterna upptäcktes redan på eftermiddagen då patienten kom från operationsavdelningen till den postoperativa avdelningen. Fyra läkare, en anestesilog, operatören (en urolog), klinikens jourhavande allmänkirurg samt en kärkirurg, var involverade under kvällen och natten, men på grund av oklarheter i ansvarsfördelningen vidtogs inga aktiva åtgärder förrän cirka ett dygn efter det att patienten kommit från operationsavdelningen.

inte underskattas, men i varje fall då det gäller ASRS har de gynnsamma effekterna varit imponerande.

Vad kan Sverige lära av detta?

Det är ingen tvekan om att de olika aktiviteter som redovisades vid det andra Annenbergssymposiet vittnar om ett nytillkommet, starkt engagemang i patientsäkerhetsfrågor bland sjukvårdspersonalen och dess organisationer i USA och ett nytt sätt att se på problemet. Presidentens nyligen tillsatta »Advisary Commission on Health Care» har också givit patientsäkerhet högsta nationella prioritet och flera amerikanska medicinska tidskrifter har uppmärksammat problemet.

Vad kan då vi i Sverige lära av detta, vi som brukar se ganska nedlåtande på den amerikanska situationen, som länge dominerats av ett legalt system som baserats helt på bestraffning medan försök till prevention av patientskador lyst med sin frånvaro? Vi kan med visst fog hävda att vi länge haft ett sätt att handskas med dessa problem som varit överlägset det amerikanska.

Vår nu mer än 60 år gamla Lex Maria, som ursprungligen stadgade en skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen allvarliga skador där man inte kunde utesluta att någon av sjukvårdspersonalen begått fel, var på sin tid närmast

unik och har givit många viktiga kunskaper som kunnat utnyttjas för att öka patientsäkerheten.

Lex Marias inslag av bestraffning är visserligen blygsamt och inskränker sig i regel till ett diciplinärt straff (erinran eller varning) utdelat av en »specialdomstol», Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Men bestraffningsinslaget minskar uppenbarligen intresset för att anmäla inträffade incidenter. Visserligen har under årens lopp (fram till den 1 januari 1999!) skett en viss nedtoning av de disciplinära aspekterna av Lex Maria, men fortfarande har Socialstyrelsen en skyldighet att anmäla till HSAN den som begått fel eller försummelse som varit »mer än ringa».

Det torde inte råda någon tvekan om att denna inriktning på bestraffning vid incidenter eller olyckor i sjukvården minskar inte bara våra möjligheter att bedriva effektiv prevention utan även forskning inom området.

Under de 60 år som förflutit sedan införandet av Lex Maria har sjukvården utvecklats till ett ofta tekniskt komplext teamarbete, som kan jämföras med andra komplicerade system med stora krav på säkerhet. Det är dags att diskutera vad vi i svensk sjukvård kan lära av modern säkerhetsforskning och av de förändringar som nu sker i amerikansk sjukvård. •