

”Försumlighet” vid avvikelser?

I Läkartidningen 5/99 redovisas i en artikel en utvärdering för ett datorstött system för avvikelshantering. Det betonas att syftet med avvikelshantering inte är att hitta syndare. »I stället skall avvikelserapporteringen ses som ett led i strävan att öka medarbetarnas intresse för ständiga förbättringar av vården...»

Jag är ganska övertygad om att detta inte kommer att vara fallet för åtminstone de 16 procent av medarbetarna vilkas felbehandling, enligt denna utvärdering, klassificeras som »försumlighet».

Försumlighet, enligt artikeln, är den vanligaste orsaken (21 procent) till fel där den »männsliga faktorn» varit inblandad.

Jag är mycket kritisk till att använda begreppet »försumlighet» i ett system för avvikelshantering. Det är i huvudsak en juridisk term, synonym med »oaktam», hämtad ur en helt annan uppfattning om olyckors uppkomst än den som rätteligen borde användas, nämligen en systemteoretiskt baserad processmodell för hur olyckor uppkommer, och utvecklas ur »avvikelser».

Icke oavsiktliga männsliga felhandlingar

»Försumlighet», synonymt med »oaktam», »slarvig», är ett värdeomdöme som bör förpassas till den beklagliga, repressiva hanteringen av missöden, och hör inte hemma i ett modernt system för riskhantering. Avvikelshantering rör processtorningar i komplexa system, där icke-avsiktliga männsliga felhandlingar är en av flera komponenter som kan förklara varför en process kommer i ett tillstånd av bristfällig kontroll.

Vid utredning av en avvikelse bör utredaren i stället fråga sig vad felbehandling, som vid en ytlig betraktelse kan uppfattas som »försummelse», egentligen berodde på. Det går nästan alltid att hitta en rimlig förklaring till »försummelsen» i en olämplig utformning av människa-systemgränssnittet, som på något sätt strulade till problemlösningen för den aktuella medarbetaren.

Ett exempel är narkosköterskan, som missade korrekt kontroll av patientidentitet när hon skulle ge blodtransfusion, vilket fick till följd att patienten fick blod som skulle ha getts till en an-

nan patient (namnet stämde, men inte personnumret). Försumlig? Hon utförde ju inte den kontroll hon borde ha gjort enligt instruktioner och föreskrifter.

Tittade man närmare efter hur hennes »problemscenario» såg ut just då noterade man att hon samtidigt

- behandlade patientens astmaattack,
- noga följde blodtrycket, som var ostabilt, på monitorn,
- fungerade som handledare för medicinska studenter,
- besvarade ovidkommande frågor från en narkosläkare från en annan sal,
- fungerade som växeltelefonist genom att ha en ständigt ringande mobiltelefon i fickan.

Olämplig arbetsituation

Den skenbara »försumligheten» var därför snarare ett uttryck för en olämplig arbetsituation. Det är beklagligt att

beskylla hårt arbetande personal för »försumlighet» när de, i en mycket ansträngd arbetssituation, gör sitt bästa och ändå misslyckas. Systemet måste anpassas till mänskliga förutsättningar att klara av problemlösning. Motsatsen är en omöjlighet.

Ett adekvat system för avvikelshantering bör kunna hantera detta. Det räcker inte med standardiserade blanketter och datorstöd. Det är viktigt att utredarna har basal kunskap om komplexa systems dynamik, och om begränsningar i människans förmåga att hantera parallell problemlösning.

Sven Ternov
leg läkare,
Genarp

Referens

Ternov S. Människor och misstag i sjukvården. Lund: Utbildningshuset Studentlitteratur, 1998.

Funderingar kring sjukskrivning

I en fortlöpande dialog med försäkringskassorna har det blivit nödvändigt för mig att klarläggande gå till grunden med indikationerna för den betydelsefulla ordination som sjukskrivning utgör. Begreppet »arbetsoförmåga på grund av sjukdom», som skall utgöra ett slags riktmärke för att kunna skilja agnarna från vetet, har i detta vårt gemensamma arbete blivit en föregångensklippa och intervjun i Läkartidningen 9/99 med ordföranden i Försäkringsmedicinska Sällskapet aktualiserade denna olust. Lagutredare, politiker, domare, försäkringskassanställda och även vi sjukvårdsarbetare har intolkat i sjukdomsbegreppet en helt orimlig innebörd där dessa olika missförhållandetillstånd, som namnges med diagnoser och ibland är förenade med mer eller mindre påtagliga sjukdomskänslor också omedvetet tycks förutsättas hysa en gemensam entitet, något »något», som å priori oförväxlingsbart kan igenkännas vara – eller icke vara – sjukdom. Detta i stället för att självklart förstå sjukt och friskt som polariteter alltså i stil med ned och upp, dåligt och bra etc,

men också som godtyckligt avgränsade kategorier.

Medicinska skäl

»Medicinska skäl» är ett begrepp som ofta alternativt används i stället för sjukdom. I motsats till »medicinska orsaker», som är ett semantiskt och rent logiskt vederstyggligt uttryck, inbjuder »medicinska skäl» till att ge sjukdomsbegreppet en preciserad innebörd genom att välja den mest meningsfulla aspekten på begreppet, nämligen att i sådana här rättsliga sammanhang kalla detta sjukdom, som är missförhållandetillstånd behandlade inom sjukvården. Eftersom begreppet till sin art endast är möjligt att godtyckligt begränsa, måste det vara att föredra att man väljer en precisering, som även om denna också är godtycklig, dock i motsats till andra godtyckliga innebörder, inte är kontraproduktiv utan underordnad behandlingens syfte, alltså bl a återgång i arbete.

Enades man om denna innebörd av begreppet, alltså att sjukdom är ett fortlöpande skeende möjligt att aktivt för-

Livskvalitet – ett användbart mått på god sjukvård

Hur kan patienternas bedömningar bättre tas till vara?

Är livskvalitet ett bra effektmått i sjukvården?

Termen livskvalitet är, liksom hälsa, mångtydig och kan inte ges en distinkt definition. Båda dessa begrepp anknyter till mångsidighet och välbefinnande, men livskvalitet har ett avsevärt bredare innehåll. Begreppet ligger i betydelsen nära livstillfredsställelse och anger det relativa värde en person sätter på sin tillvaro. Förändringar i en rad faktorer påverkar upplevelsen, t ex behov, förväntningar, fysisk och psykisk funktionsförmåga, relationer till andra och till samhället och materiell standard. – Det är detta som åsyftas i reportaget med Göran Bodemar i *Läkartidningen* 10/99 [1]. Hälsorelaterad livskvalitet däremot innebär en avgränsning som underlättat operationalisering och ledande forskare inom området har enats om en minimiuppsättning domäner som bör ingå.

Standardiserade livskvalitetsmått initierades av läkare

Incitamentet till att detta område ut-

hålla sig till – behandla – befrias det från belastningen att behöva vara funktionsstörning och lidande och har då inte längre den skadliga makt över tanken ordet nu har, som gör människor till vegeterande offer för sjukdomen, vilket till och med kan bli en attraktiv identitet, »sjukrollen». Och om sjukersättningen i överensstämmelse härmed utslutande underordnades behandlingsarbetets målsättning bortföll detta absurda etiska dilemma, att vissa patienter ej får adekvat behandling, därför att de utestängs från något, varförutan behandlingen i övrigt kanske inte alls fungerar, rätten till sjukpenning. Funderingar kring sjukskrivningen skulle då inte heller längre behöva sabotera behandlingsklimatet genom att störa den öppna sannfärdiga dialog som utvecklar och fastlägger den gemensamma målsättningen och vara förutsättning för ömsesidig tillit.

S E »Eje» Åhström

leg läkare, psykiater, Bromma

vecklats inom hälso- och sjukvården angår »hälsans paradox»; förbättrad hälsoliv enligt traditionella indikatorer åtföljs inte automatiskt av förbättrat välbefinnande och tillfredsställelse med hälsan. Utvärdering av den givna vården kräver givetvis allmänt accepterade indikatorer. Livslängd, dödlighetstal, data från sjuk- och skaderegister och traditionella medicinska effektmått såsom labdata, läkarbedömd sjukdomsaktivitet, etc har här sin givna plats. Sådana indikatorer är dock otillräckliga för förståelse av hur människors livskvalitet påverkas av ohälsa och vilka vinster och begränsningar medicinska omhändertaganden medför i patienternas ögon. Tillförlitliga mätinstrument finns nu att tillgå där patienten själv bedömer den hälsorelaterade livskvaliteten, dvs väldefinierade nyckelområden som speglar symtombörda, funktionsinskränkningar samt välbefinnande fysiskt, psykiskt och socialt. Konsensus om begrepp och metoder har lett till dagens standardiserade frågeformulär med goda psykometriska egenskaper och jämförbarhet internationellt [2-4].

Nytta med livskvalitetsmått för sjukvården

Behandlingsregimer kan korrigeras på grund av livskvalitetsdata till att öka patienternas motivation att påbörja och

fullfölja behandling och optimera effekterna. Vårdtagaren själv kan få hjälp att bättre lägga märke till viktiga symptom, informera bättre om sjukdomsbörda och bieffekter av behandling och således underlätta att rätt patient får rätt behandling. Underlag för policybeslut i vården kräver i ökande utsträckning hänsyn till patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Forskningsråd, etiska kommittéer och myndigheter som SBU och Läkemiddelsverket rekommenderar allt oftare livskvalitetsmått i kliniska prövningar.

Marianne Sullivan

professor, sektionen för vårdforskning, institutionen för invärtesmedicin, SU/Sahlgrenska, Göteborg

Ingela Wiklund

professor, Quality of Life R&D, Astra Hässle, Mölndal

Referenser

1. Wilhelmson B. Livskvalitetsmått kan bli förödande för sjukvården (reportage). *Läkartidningen* 1999; 96: 1216-9.
2. Shumaker SA, Berzon R. The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995.
3. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
4. Salek S. Compendium of quality of life in-

Läkemedelsbehandlingen vid obesitas kommer in långt senare

I *Läkartidningen* 15/99 skriver Vendela Englund Burnett sagan om pillertrillarna och befolkningens nya bantningsmedel. Kejsarens nya kläder, XL. Läkemiddelsföretagen bistår läkarkåren med såväl fortbildning, läroböcker, BMI-snurren och måttband som pedagogiska hjälpmedel. Allt detta material kommer personer med övervikt och fetma till del samt även all sjukvårds- och friskvårdspersonal. Nu först när läkemedel kommit in på scenen vaknar intresset att bistå personer med den kroniska sjukdomen obesitas. Självklart är vi alla medvetna om att läkemiddelsindustrin är i färd att teckna in sina mark-

nadsandelar. Läkemiddelsindustrin och läkarkåren är överens om att basen i behandlingen är mat, motion och beteendemodifikation. Farmakologisk behandling kan bli aktuellt enbart i utvalda fall.

Det tål att påpekas att sjukvårdshuvudmannen inte har bibringat oss erforderlig tid, pedagogisk kompetens eller pedagogiska hjälpmedel för att bistå en halv miljon obesa svenskar som går en för tidig död tillmötes.

Vårdprogram för sjukdomen obesitas lyser med sin frånvaro liksom nationellt konsensus avseende behandlingsstrategi. Följdsjukdomar såsom hyper-