

Misstag i vården

Misstag och felaktiga åtgärder inom sjukvården uppmärksammas oftast ur ett snävt skuldfrågeperspektiv. Hur man på ett systematiskt sätt analyserar värderar och identifierar risker i organisationer och verksamheter för att därmed förebygga potentiella tillbud får relativt sett mindre uppmärksamhet.

I denna sektion presenteras kommenterade referat av fyra artiklar ur årets marsnummer av BMJ – ett nummer som helt ägnas analyser av risker och misstag i sjukvården.

Josef Milerad
Medicinsk chefredaktör



Vem bär huvudansvaret för misstag i vården – doktorn eller systemet?

Under Education och debate i BMJs temanummer om misstag i vården diskuterar James Reason två principiella sätt att förhålla sig »till den mänskliga faktorn» när något har gått snett på kliniken. Reason menar att den mänskliga faktorn kan betraktas antingen utifrån ett »personbundet» eller ur ett »systembundet» perspektiv.

Det i särklass vanligaste är att den mänskliga faktorn tolkas ur det personbundna perspektivet; nämligen att doktorn, sköterskan eller apotekaren har gjort fel på grund av dålig uppmärksamhet, oaktsamhet, oförsiktighet, okunskap, dålig motivation, osv. I detta perspektiv behandlas inte sällan inträffade fel som om de vore moraliska ärenden – »dåliga saker händer bara dåliga människor». Olika sätt att komma till rätta med personbundna problem kan t ex vara: framtagning av postrar, produktion av detaljerade lathundar, olika disciplinära åtgärder, att tvinga de skyldiga individerna att göra omprov, namngivning av skyldiga.

Systemperspektivet utgår ifrån att människor inte är ofelbara, utan snarare att alla människor gör mer eller mindre fel varje dag, varje vecka, varje år. Det ligger därför på systemkonstruktionen att denna är utformad på ett sådant sätt att den mänskliga naturen inte kan initiera några katastrofer. Det systembundna perspektivet har sin grund i övertygelsen att vi inte kan ändra människan utan istället måste fokusera på förutsättning-

arna under vilka hon lever; skyddande system, barriärer och olika säkerhetslösningar är enda lösningen.

I artikeln berörs de senaste resultaten från forskning inom området »error management». Man studerar hur uppkomsten av farliga fel kan begränsas samt hur man kan skapa system som bättre kan tolerera förekomsten av olika fel orsakade av människor. Med utgångspunkt från dessa frågeställningar har man studerat amerikanska marinens kärnreaktor drivna hangarfartyg, olika kärnkraftverk samt centraler för flygtrafikledning. Dessa benämns med ett gemensamt begrepp »high reliability organisations» och de karakteriseras bl a av att de är komplexa, dynamiska, interaktiva och ofta arbetar under tidspress. I dessa organisationer är man ständigt beredd på att fel kan uppstå. Man arbetar systematiskt för att finna – och tidigt åtgärda eventuella fel. Istället för att isolera problem och misstag strävar man efter att generalisera dem och lära sig mer om deras uppkomst och natur. Man nöjer sig inte med lokala åtgärder om fel uppstår, man vill alltid försöka uppnå förbättrande systemreformer.

I en annan artikel i samma nummer av tidskriften diskuterar Thomas W Nolan olika strategier för hur ett system kan bidra till att reducera uppkomsten av olika fel. Tre olika koncept diskuteras vid designen av sådana system: system som förebygger uppkomsten av fel, system som gör uppkomna fel syn-

liga för användaren (och därigenom kan förhindras) respektive system som förhindrar oönskade konsekvenser av uppkomna problem vilka inte upptäckts och förhindrats tidigare i en process.

Min bedömning är att vården har allt att vinna på en professionell hantering av frågor som berör patientsäkerhet och misstag. Genom systematisk inhämtning, bearbetning och resursfördelning baserad på dessa analyser skulle ett sådant arbete kunna utgöra grunden i ett verksamhetsförankrat kvalitetsarbete värt namnet. Det skulle bli möjligt att mäta förbättringar över tiden och därigenom på riktigt kunna arbeta med att utveckla innehållet i vården – inte som idag när man huvudsakligen riktar uppmärksamheten på kvantiteterna i sjukvårdsproduktionen, samtidigt som man skär i ekonomin. För den enskilde individen skulle en utveckling i »systemperspektivets tecken» innebära att ingen riskerar hamna ute i kylan om olyckan skulle vara framme. Tillsammans skulle man i stället driva det dagliga kvalitetsarbetet framåt – ytterst för patienternas bästa.

När skall vi inleda denna diskussion i den svenska vården?

Ola Landgren
ola.landgren@ks.se