

## Läkaren sekundäroffer för medicinska misstag

I BMJs marsnummer om medicinska misstag rapporterar Barach och Small omkring 100 000 dödsfall/år på sjukhus på grund av medicinska misstag som kunde ha undvikits. Övriga misstag är många fler och underrapporteringen beräknas till över 50 procent [1].

Reason jämför akut- och intensivvårdsenheter med militära organisationer som också ska arbeta med stor precision under hög stress och med mycket ojämn belastning. Med siktet inställt på personalen och den organisation de arbetar i går det att minska felprocenten [2].

Nästan ingenting nämns dock om patientens lidande och hur det kan kompenseras. I Sverige kan en patient få ekonomisk ersättning oberoende av om hennes doktor gjort fel eller inte. Patienten är det primära offret, utsatt för en oerhörd kränkning; sviken i sitt förtroende för den medicinska professionen. Men det sekundära offret är läkaren själv, som är ansvarig för vad som hänt.

Professor Albert Wu från John Hopkins ger i en ledare sina synpunkter både på själva traumat och hur det kan förebyggas. Alla kliniskt verksamma doktorer har känt skräcken inför att begå misstag och genomför undersök-

ningar för att hålla ryggen fri. Det är till och med möjligt att begå misstag som varken patienten eller hennes familj är medvetna om. En sådan situation ger upphov till etiskt mycket svåra ställningstaganden [3].

Wu anser att enda vägen för en läkare som begått ett allvarligt misstag är att erkänna det, rätta till vad som är möjligt och be om ursäkt. Men ett sådant erkännande är svårt därför att det saknas bra former för hur det ska gå till. Hur ska en läkare ta upp felsteg med sina kolleger utan att förlora respekt och anseende och hur ska hon närma sig sin patient? Många läkare skyddar sig därför på ett olyckligt sätt, enligt Wu, anklagar sig själva in absurdum och överreagerar i arbetsinsatser intill utbrändhet. Enligt hans erfarenhet är det dessutom många gånger de bästa och mest patientnära klinikerna som hamnar i den fällan.

Wu rekommenderar att den som begått ett allvarligt misstag ska uppmanas skriva ner omständigheterna i detalj. Berättelsen ska han sedan gå igenom med en äldre erfaren kollega, som bör ha en accepterande attityd utan att förringa vad som skett. Parallellt måste de känsломässiga konsekvenserna för den

felande kollegan tas på största allvar. Det förefaller mig som om Läkarförbundet kommit en bra bit på den vägen med förtroendeläkare i varje landsting.

De misstag som inte blivit kända av patient eller anhöriga fordrar sin särskilda handläggning eftersom en rapport kan göra patienten mer skada än nytta. Här ger Wu ingen vägledning.

Vad kan då göras för att förbättra rutinerna? En systematisk genomgång, som sker vid kvalitetsvärderingar, är otvivelaktigt av stort värde. Jag känner också till en välfungerande habiliteringsverksamhet som har en »Strulpärm» där allting rapporteras som kunde ha gått fel eller inte fungerar. Det är sedan verksamhetschefens uppgift att regelbundet gå igenom pärmerna och vidta förebyggande åtgärder.

Sammanfattningsvis är förekomsten av medicinska misstag gravt underskattad, och frekvensen kan minskas genom fokus på personalen och inte minst under vilka omständigheter den har att arbeta.

*Bengt Lagerkvist*

1. BMJ 2000;320:759-63.

2. BMJ 2000;320:768-70.

3. BMJ 2000;320:726-7.

## Ackrediteringsarbete kräver att man vänder på varje sten

**Det är mänskligt att fela** kan man säga i Dalarna, men det gäller också inom sjukvården. Författarna i BMJs temanummer kommer från USA; den rättsliga situation och de staber av jurister som håller efter sjukvårdspersonalen där präglar några av inläggen. Men problemen är desamma och liknar onekligen dem man möter inom producerande industri i allmänhet. Frågan är vad man kan göra för att minska antalet fel och misstag och reducera följderna.

I Sverige riktades strålkastarna mot laboratorierna genom Medanalyaffären, där bl a förväxling av prover och provsvar var en punkt. Vi saknar verklig kännedom om hur ofta detta förekommer. Sammanställningar av incidentrapporteringar från ackrediterade laboratorier tyder på att felmärkningar av prover eller remisser är den enskilt största anledningen till klagomål.

Under 1990-talet tog professionen initiativet till en övergripande kvalitetshöjning genom att introducera ackreditering av de kemiska laboratorierna,

först på Sahlgrenska och nästan samtidigt på Karolinska sjukhuset. Nu är nästan alla laboratorier inom kemi och mikrobiologi ackrediterade. Ackreditering har till och med blivit en förutsättning för upphandling av laboratorietjänster i många landsting.

Laboratoriernas kvalitet har förbättrats genom ackrediteringen även om man lite varstans ifrågasätter kostnadseffektiviteten och ändamålsenligheten av några av ackrediteringsmyndighetens tillämpningsföreskrifter och bedömningar.

Flera kvalitetsförbättringssystem har tillämpats inom sjukvården där man har viss erfarenhet av vad som kallas verktyg för kvalitetsarbete, t ex Landstingsförbundets »Qualitet, utveckling, ledarskap» (QUL) och SPRIs »Organisationsgranskning» (OG). Båda är industriella system som mer eller mindre framgångsrikt anpassats till sjukvårdens speciella behov.

Man provar också att inom Sverige och på europeisk nivå genomföra någon form av ackreditering av hela, eller de-

lar av, sjukhusen, enligt befintliga eller planerade internationella standarder. Ackreditering baseras på överenskomna standarder som bl a föreskriver att ett kvalitetssystem upprättas och att allt som skall göras dokumenteras. Verksamheten skall också »inspekteras» av en tredje part med jämna mellanrum för att se till att uppställda regler följs. Ackrediteringsarbetet och krav på dokumentation innebär att organisationen måste vända på varje sten och motivera varje åtgärd. »Göra rätt från början» gäller, men säkerhetsrutiner finns i form av t ex interna revisioner och incidentrapportering.

**Artiklarna i BMJ** handlar främst om att kunna erkänna att fel begås inom sjukvården utan att detta i sig straffas. Författarna efterlyser en form för en »haveriutredning» som inte syftar till att finna syndabocker. I Sverige finns en sådan tradition genom Lex Maria och dess efterföljare. Ackrediteringens krav på internrevision och incidentrapportering ger ytterligare möjligheter till in-