

Medicinska misstag underskattat hot mot patienternas säkerhet

»Bakom de flesta felen finns bristande system«

Ökade kunskaper om hur riskfylld sjukvården egentligen är utgör skälet till att patientsäkerheten allt mer kommer i centrum. Det gäller inte minst vid Lunds universitetssjukhus där man i förra veckan sjösatte »Patientsäkerhet 2003«.

II En av konstruktörerna bakom satsningen är Ingemar Ihse. Som chefläkare och ansvarig för sjukhusets anmälningar enligt Lex Maria har han lång erfarenhet av olika aspekter på patientsäkerheten.

Redan tidigare fanns naturligtvis ett omfattande säkerhetsarbete vid sjukhuset. Skälet till att de nu lyfter fram frågorna än mer är den ökade kunskapen om hur riskfylld hälso- och sjukvården egentligen är, motiverar han den nya satsningen. Under de senaste tio åren har det blivit tydligt genom studier från USA, Australien, England och Danmark. (Den danska studien berättade vi om i LT nr 39/01. Se även nästa artikel).

– De visar att hälso- och sjukvården måste anses vara en mer riskfylld verksamhet än till exempel flyg och kärnkraft. Så säkerheten är ett område som har aktualiserats mer och mer, säger Ingemar Ihse.

Han poängterar att de internationella undersökningarna talar för att kanske så

mycket som hälften av de medicinska misstagen som leder till svåra patient-skador skulle kunna undvikas genom ett bättre säkerhetssystem och ett högre säkerhetstänkande ute i organisationerna.

Bakom den nya satsningen finns också en önskan om att Lunds universitetssjukhus ska uppfattas som ett sjukhus där de tar arbetet med patientsäkerheten på stort allvar.

Del i det dagliga arbetet

Det var i höstas som diskussionerna tog fart om att ta fram ett särskilt program för att öka säkerheten för patienterna. Det gjordes inte för att de i Lund bedömde att de skulle vara sämre än andra. Men de ville visa upp det som redan görs, »vi har många goda exempel«. Samtidigt är ambitionen att ännu mer höja säkerhetstänkandet i hela organisationen.

– Vi vill att det ska vara en naturlig del i vårt dagliga arbete, precis som de har lyckats med inom flygverksamheten, motiverar Ingemar Ihse.

Han anser, liksom många andra, att flyget och kärnkraften har bättre utvecklade säkerhetssystem än sjukvården.

– En bidragande orsak till det kan vara att varje gång det händer något i flyget eller inom kärnkraften, blir det en väldig massmedial uppmärksamhet och ifrågasättande kring säkerhetsarbetet.

Det händer uppenbarligen ännu mer i sjukvården, men det uppmärksammas inte på samma sätt. Därför har vi kanske inte upplevt samma tryck och press som jag föreställer mig att luftfartsverk och flygbolag känner när det händer någonting.

Genom att tala öppet om misstag och beskriva situationen, så kan förutsättningarna att arbeta med säkerhetsfrågorna bli bättre inom vården, menar han.

Kritiserar kvalitetssystem

Ingemar Ihse påpekar att man i hälso- och sjukvården är skyldiga att ha kvalitetssystem.

– Det finns en rad kvalitetssystem, men enligt min uppfattning så har de inte fått någon riktig acceptans ute på fältet. De är invecklade och kräver väldigt mycket arbete i form av bland annat dokumentation. Dessutom ser man som medarbetare inte så mycket resultat av det arbetet, i synnerhet inte när det gäller patientsäkerhetsfrågor, framhåller han kritiskt.

– Jag tycker att systemen har varit för lite inriktade på patientsäkerheten, som ju är den viktigaste domänen i kvalitetsarbetet. Därför fokuserar vi nu på patientsäkerhet, och vi gör det med enkla medel. Det handlar inte om stora omfattande och invecklade system utan om

»Hälften av patientskadorna kan relativt

Hälften av patientskadorna som orsakas av medicinska misstag på våra sjukhus skulle relativt enkelt kunna undvikas med ett vanligt målmedvetet säkerhetsarbete. För det behövs att man bland annat inför strama vårdrutiner och följer dem, åtgärder som inte kräver en massa extra resurser.

Det bedömer Lennart Rinder, tidigare mångårig tillsynschef och i dag projektledare på Socialstyrelsen.

II Uttalandet kommer bland annat mot bakgrund av en studie som han leder och som visar att under år 2000 dog 150 patienter i förtid på våra sjukhus på grund av fel i vården. 250 patienter fick bestå-

ende men. Av de 150 dog en handfull på grund av direkta missgrepp av exempelvis en enskild läkare.

Men huvuddelen av fallen berodde på mer komplexa bakomliggande förhållanden.

– Man kan säga att vårdrutinerna var oklara, det fanns inte riktiga riktlinjer för hur man skulle göra utan det visade sig vara lite vagt, säger Lennart Rinder.

Slumpmässig genomgång

Studien, som beräknas bli publicerad om cirka en månad, har gjorts via slumpmässig genomgång av vart tionde av de fall som avgjordes av Ansvarsnämnden HSN år 2000. Någon hänsyn till om utslaget blev friande eller fällande har inte tagits.

»Vi ska vara realistiska. Sjukvården är en extremt riskfylld verksamhet. Det är ett under att så lite går fel«, säger Lennart Rinder.



Lennart Rinder framhåller själv att studien säkert har sina brister, men anser att den är representativ för helheten och gjord med ett någorlunda »vetenskapligt stuk«.

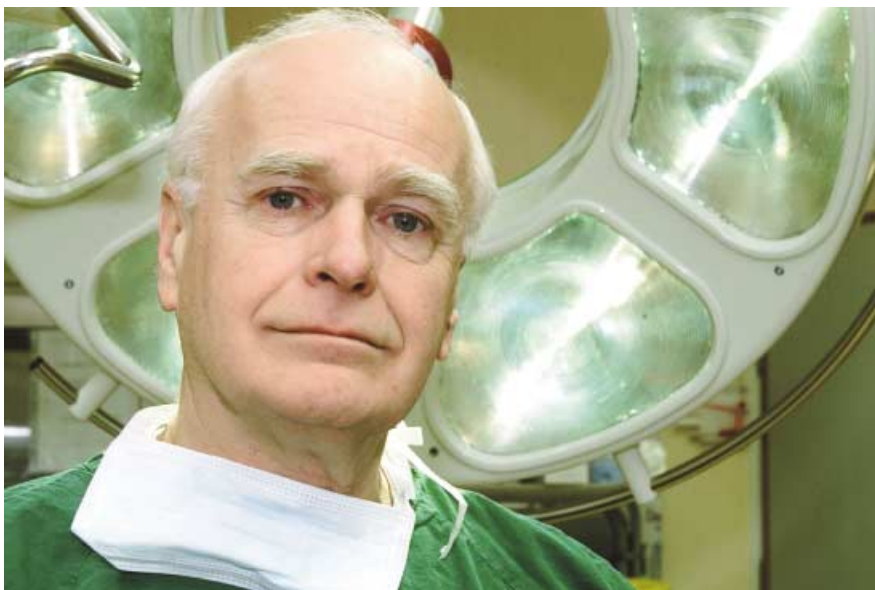


FOTO: ROGER LUNDHOLM

Ingemar Ihse, chefläkare vid Lunds universitetssjukhus, vill ha ett klimat av öppenhet när det gäller patientsäkerheten inklusive avvikelshantering och Lex Maria-anmälningar. »Jag tror att öppenhet avdramatiserar«, säger han.

små konkreta jord- och patientnära åtgärder. Sådant förekommer ju inom alla verksamhetsområden, men vi vill kartlägga och visa upp vad vi har idag, och vi vill strukturera det så att alla inom hela sjukhuset blir lika bra. Vi ska också se till att följa upp arbetet så att vi kan rätta till felen och förhindra att de upprepas.

Säkrare läkemedelshantering

De kommer att stimulera projektarbeten inom patientsäkerheten. Ett exempel är att försöka få en säkrare läkemedelshantering. Just läkemedel finns ofta med i Lex Maria-ärenden. Det gäller fel medicin, fel dos, fel patient och så vidare. Alla verksamhetsområden ska genomföra projekt.

De kommer också att inrätta ett antal priser som ska delas ut under senhösten i samband med en särskild seminarie- eller temadag kring säkerhet.

Vid Lunds universitetssjukhus har de, på hela sjukhuset, ett datorstött system för avvikelshantering som nu efter en inkörsperiod är igång.

– Första halvlek har vi använt för att introducera systemet och få registrering- en att fungera. Andra halvlek, som startar nu, ska vi lägga kraft på återkoppling och analys och utifrån det vidta åtgärder för att förbättra verksamheten och för att förhindra att liknande fel sker i framtiden, berättar Ingemar Ihse.

– För att lyfta upp frågorna i ljuset och för att sätta press på verksamhets-

cheferna att verkligen använda systemet som det är avsett, säger vi att vid alla avdelnings-, kliniklednings-, divisionslednings-, sjukhuslednings- samt samverkansgruppsmöten på klinikerna ska läget i avvikelshantering rapporteras.

Bristande system bakom många fel

Under år 2001 rapporterades 2 200 avvikelser vid Lunds universitetssjukhus. De flesta avsåg mindre allvarliga brister. 15 fall gick till anmälan enligt Lex Maria.

Många gånger finns en oro för att anmäla ett misstag, en avvikelse, eftersom man kan riskera att få någon form av disciplinär påföljd.

Ingemar Ihse tror att ett sätt att möta oron stavas öppenhet och information.

– Våra medarbetare är välutbildade och hängivna sitt arbete och de vill naturligtvis att vi ska ha så hög patientsäkerhet som möjligt. När ett fel eller en förseelse begås, så kommer alltid en medarbetare i fokus. Då betonar vi att bakom de flesta av dessa förseelser finns ett bristande system – det handlar om bristande resurser, felaktig organisation, felaktig schemaläggning, kanske att teknisk utrustning är felaktig eller inte ordentligt servad och så vidare. Då måste vi rätta till systemen och rutinerna. De systemen och rutinerna är det ledningarna, alltså chefer, som är ansvariga för.

– Genom att föra sådana resonemang hoppas vi få en ökad förståelse för att de här systemen är till för att förbättra säkerheten och inte för att jaga syndabockar, slutar Ingemar Ihse.

Tom Ahlgren

tom.ahlgren@lakartidningen.se

lätt undvikas på våra sjukhus«

Några närmare detaljer vill han inte släppa nu men berättar att några genuina nyheter inte finns, »vi hittar ingenting som vi inte har sett i ärenden förut«. Det handlar om fel medicinering, att man fastnat på fel diagnos, remisser som kommit bort eller provsvar som inte blivit lästa.

När rapporten kommer är den tänkt att vara ett kunskapsunderlag, som kan vara bra för att bedriva ett förbättringsarbete när det gäller patientsäkerheten, man lär sig lite av det och det kan stimulera de säkerhetsansvariga, menar Lennart Rinder.

Han hänvisar också till flera internationella studier kring patientskador orsakade av medicinska misstag. En dansk studie gjord år 2000 visade att var tion-

de patient på danska sjukhus skadades vid oförutsedda händelser.

– Så stora är likheterna mellan dansk och svensk sjukvård så jag tar deras siffror för gott, kommenterar Lennart Rinder. Så vi räknar med att var 10:e sjukhusvårdad patient drabbas av något som trasslar, och ger till exempel förlängd sjukhusvård.

Går att undvika med enkla medel

Lennart Rinder hävdar att hälften av dessa fall går att undvika med ganska enkla medel. Det behövs strama vårdrutiner och att man ser till att följa dem, till exempel kontrollerar att remisser kommer fram.

– Det handlar om ett vanligt målmedvetet säkerhetsarbete där det inte är in-

satser i pengar och andra resurser som är det viktigaste utan att chefen arbetar för en bra säkerhetskultur. Han måste se till att det finns vårdrutiner för de mest säkerhetskritiska momenten och att folk lär sig dem och tar dem på allvar, kommenterar han.

Han är betydligt mer pessimistisk när det gäller den andra hälften av fallen.

– För ska vi klara att undvika de sista procenten av misstagen krävs fantastiskt stora insatser, då behövs dubbelgranskning och kanske trippelgranskning av mycket, då behövs två människor i stället för en och då hamnar vi i någon slags löjlig orimlighet.

Tom Ahlgren

tom.ahlgren@lakartidningen.se