

Rapporteringsplikt i Danmark sätter patientsäkerheten i fokus

Danmarks sätt att hantera avvikelser inom vården är unikt. Sjukvårdspersonal har en lagstadgad plikt att rapportera fel. Rapportören får inte straffas. Anmälan kan göras anonymt, men de flesta väljer ändå att underteckna.

– Alla gör fel, men på det här sättet kan vi alla lära något av dem, säger Beth Lilja Pedersen.

II Förr ägnades avvikelser inte någon stor uppmärksamhet på danska sjukhus. Att de förekom och ledde till komplikationer visste de flesta. Men det fanns inget system för att rapportera dem, och få hade modet att upplysa om fel de varit med om, eftersom det kunde leda till sanktioner. Klagomål från patienter var en av de viktigaste kanalerna för att få kännedom om vad som gått snett.

Men en undersökning 2001 visade att nästan var tionde patient som lades in på sjukhus i Danmark utsattes för en skada.

– Hälften av dessa ansågs möjliga att förebygga. Det gjorde att de ansvariga måste göra något, säger Beth Lilja Pedersen, ledare för patientsäkerheten i Köpenhamnsregionen och sekretariatschef för Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Samtidigt önskade Dansk Selskab for Patientsikkerhed, en nystartad intresseförening bestående av bland annat sjukvårdspersonal, patientorganisationer, sjukhusägarna och industrin, ett system för inrapportering av avvikelser. Därmed var grunden lagd för den lag som trädde i kraft den 1 januari 2004, lagen om patientsäkerhet.

Den ålägger personal inom sekundärvården att rapportera avvikelser. Hur rapporterna hanteras skiljer sig mellan sjukhus, men ofta går de till avdelnings- och sjukhusledning, en särskild riskmanager på sjukhuset, och därifrån vidare till länet och Sundhedsstyrelsen (den danska Socialstyrelsen). De allvarligas-

te incidenterna analyseras lokalt avseende orsak, och en handlingsplan tas fram för att motverka att händelsen upprepas. Alla incidenter samlas i en nationell databas.

Ingen påföljd

Enligt lagen får rapportören inte straffas för att ha berättat om incidenten. Han eller hon kan därför anmäla händelsen anonymt. Försummelse av rapporteringsplikten leder inte till påföljd.

– Vi kallar det för det lärande systemet, och det ersätter inte det disciplinära. En läkare kan fortfarande anmälas av en patient och bli fälld. Men rapporten från läkaren får inte användas som grund för bestraffning, förklarar Beth Lilja Pedersen.

USA har nu infört en liknande lag, och inom EU arbetar man på att utveckla ett konfidentiellt rapporteringssystem liknande det danska.

Alla Läkartidningen talar med menar att lagen innebär en kulturförändring i synen på hur fel uppstår. Det viktiga är inte vem som gjorde det, utan vad som hände.

– Lagen signalerar att det är systemet och inte människan som ska ändras. För mig handlar det om att vi ska bygga upp en säkerhetskultur som matchar de risker vi har, och om att erkänna att vi alla kan göra fel. Där är rapporteringssystemet bara en liten del, och det ändrar ju ingenting i sig själv. Andra viktiga delar är att ledarna prioriterar säkerheten i det vardagliga arbetet, hur man analyserar rapporterna och vilka åtgärder som vidtas, förklarar Beth Lilja Pedersen.

Fler rapporter än väntat

En »kulturrevolution« som denna är en långsam process, och intensiteten i arbetet varierar från sjukhus till sjukhus. Men många menar att lagen redan blivit en framgång, och kritik är svår att uppbåda. En första undersökning från Sundhedsstyrelsen visar att 5 700 rapporter kom in 2004. Det är mer än förväntat. Och antalet stiger – första halvåret 2005 inkom nästan lika många ärenden som under hela förra året.

– Det betyder inte att det begås fler fel, men att personalen sätter ett värde i att lära av varandras fel och att fokus på

Mer accepterat att göra

Nya droppetiketter, en checklista för medicinadministration och gemensamma infusionsapparater på olika avdelningar. På Amager hospital har fokuseringen på patientsäkerhet lett till konkreta åtgärder. Hållningen till fel har också förändrats.

– Den är mer accepterande än förut, säger Peter Gjersøe, överläkare på medicinkliniken.

II En tid efter att man började samla och analysera avvikelserrapporter stod det klart att de flesta fel rör medicineringen. När personalen intervjuades framkom att det uppfattades som legitimt att störa den som portionerar ut medicinen.

– Medicinrummet fungerade som en mötesplats. Det var en brist i säkerhetskulturen. Därför tryckte vi upp »Vill inte störas«-skyltar, som kan hängas på dörren. Vi tog också fram checklistor där det steg för steg framgår vilka kontroller som ska göras när medicinen fördelas, säger Ina Rønberg, sjuksköterska och



»Som riskmanager går jag runt på avdelningarna och talar med personalen, men det är också viktigt att sjukhusets ledning och avdelningscheferna visar att de prioriterar patientsäkerheten«, säger Ina Rønberg, riskmanager på Amager hospital.

sjukhusets så kallade riskmanager.

Hennes uppgift är att samordna sjukhusets patientsäkerhet. Varje avdelning har dessutom en säkerhetsansvarig, som



Det danska patientsäkerhetsarbetet kommer att presenteras under den nationella konferensen om patientsäkerhet som hålls i Stockholm nu i veckan.

patientsäkerheten ökat. Det kan man tolka som en succé, säger Elisabeth Hersby, projektledare på Sundhedsstyrelsen.

Också från den danska Lægeföreningen, som varit en drivande kraft bakom den nya lagen, är tongångarna positiva.

– Vi är långt ifrån de 100 000 fel som vi menar begås varje år. Men hållningen förändras, inte minst tack vare läkare som stått upp offentligt och berättat om fel, säger Geert Amstrup från Lægeföreningen.

Beth Lilja Pedersen betonar också att de flesta väljer att underteckna avvikelserapporterna.

– Anonyma rapporter är skräp eftersom de är svårare att följa upp. Det höga antalet undertecknade rapporter visar att man förstått systemet.

»Time out« före operation

Har man upptäckt nya mönster för hur fel uppstår? Nej, det mesta rör sig om fel som redan finns beskrivna i litteraturen. Men när man får ägarskap till data av det här slaget ökar möjligheterna att göra något åt problemen, de kommer helt enkelt närmare, menar hon.

– I Köpenhamnsområdet visade rapporterna att vissa patienter opererades på fel ställe. Det är ett klassiskt och sällsynt problem, men ändå återkommande, och man insåg att något måste förändras. Därför infördes en procedur med fem



Är preparatet seponerat? Är dosen rimlig? Stämmer namnet på medicinschemat med det på medicinglasat? Det är några av de kontroller som sjuksköterskorna på Amager hospital uppmanas göra för att nedbringa antalet medicineringsfel.

steg som ska genomgåas före varje operation. Exempelvis tar operationslaget en »time out« före operationen, då man inför varandra bekräftar att patienten, operationen och platsen är den rätta.

Åtgärden illustrerar också att ökad säkerhet som regel inte kostar mer pengar eller kräver större resurser, hävdar hon.

– Visst kan fler händer och fötter i

vården öka säkerheten, men långt ifrån alltid. Däremot har vi inte råd att inte göra vården mer säker.

Enligt en svensk undersökning från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi kostar patienter som skadats i vården samhället omkring 400 000 kronor under åtta år, inklusive kostnader för extra vård dagar, medicin, mottagningsbesök samt vård och behandling i patientens hem.

Beth Lilja Pedersen tvivlar dock på att säkerheten som helhet ökat sedan lagen infördes.

– Det är för tidigt att säga, någon utvärdering har inte gjorts. Och med tanke på att behandlingen hela tiden differentieras finns en risk att felen ändå ökar.

På sikt är förhoppningen att lagen ska omfatta även primärvården, och att patienter och anhöriga ska kunna rapportera till samma system som personalen. I Köpenhamnsområdet har den möjligheten redan införts på försök.

– Det har varit relevanta rapporter, och ofta kan patienterna berätta något vi inte själva tänkt på, säger hon.

Björn Ramel
frilansjournalist

Läs mer på webbsidorna:
<http://www.patientsikkerhed.dk/>
<http://www.dpsd.dk/>
<http://www.trygpatient.dk/>

fel med nya lagen

tillsammans med avdelningens ledning leder säkerhetsarbetet på avdelningsnivå.

Rapporter om avvikelser sker via sjukhusets intranet och går automatiskt till samtliga tre nivåer. Händelserna graderas av Ina Rønberg på en tregradig skala, alltefter vilken betydelse avvikelserna haft för patienten, eller kunde ha fått, och hur ofta den sker.

– Händelser i kategori ett, de minst allvarliga, hanteras på avdelningen. Övriga samlar vi för en övergripande orsaksanalys. Alla analyser avslutas med en sammanfattning, som kort beskriver vad som hänt, orsakerna och en handlingsplan. Resumén skickas ut till avdelningarnas ledning och de säkerhetsansvariga, så att alla kan dra lärdom av det som hänt.

Rapporteringen tar tid

På diabetesavdelningen hänger de nya skyltarna på plats, man har listor där nosokomiala infektioner registreras månad för månad. Vi träffar sjuksköterskan Pa-

tricia Hansen, som just fyllt i en rapport om en insulindos som blev fel.

– Det händer typiskt när man har bråttom. Själva rapporteringen tar också tid, och kan vara svår att hinna med. Men det är ingen här som lyfter pekfinger åt andras fel, säger hon.

Fel diskuteras

Detsamma hör vi från läkarna.

– Den nya lagen var verkligen efterfrågad, den kan bara göra behandlingen bättre. Och principen att man inte straffas för att rapportera är viktig. Den har betytt att vi på morgonmötena ofta diskuterar fel som begåtts, det uppmuntras av klinikchefen, säger Peter Gjersøe.

Men feedbacken från sjukhusets och den nationella databasen fungerar inte optimalt ännu, anser han.

»Min uppmärksamhet kring patient-säkerhet har ökat i det vardagliga arbetet, men lagen är ny, och generellt tror jag inte att patient-säkerheten förbättrats ännu«, säger Peter Gjersøe, överläkare på medicinkliniken på Amager hospital.



– Tyvärr, för jag tror absolut att man kan lära av andras misstag. Men det tar nog tid innan systemet faller helt på plats och vi är på rätt väg.

Björn Ramel