

FRÅGA INTE VEM – FRÅGA VARFÖR

Att lära av misstag och andra – händelseanalyser av patientskador och tillbud



HANS RUTBERG, chefläkare, Universitetssjukhuset i Linköping, patientsäkerhetsenheten, Landstinget i Östergötland



JON AHLBERG, chefläkare, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, medicinsk redaktör, Läkartidningen



CARINA FORSBERG, chefläkare, Sjukhuset i Varberg

»Flera tusen patienter dör i onödan varje år« var den braskande rubriken på framsidan av Svenska Dagbladet den 30 januari år 2006.

Bakgrunden till detta påstående var att Socialstyrelsen använt beräkningar från USA kring hur många patienter som årligen avlider i amerikansk sjukvård och överfört dessa till svenska förhållanden.

Om problemet i Sverige verkligen är så stort vet vi inte då ingen svensk studie genomförts, men studier från andra länder som exempelvis Kanada, England, Australien och Danmark visar att många patienter skadas och även avlider som en följd av skador som uppstår genom felbehandlingar och/eller felaktiga bedömningar inom sjukvården.

Leder till ökat engagemang

Socialstyrelsen avser att under år 2007 genomföra en nationell journalgranskingsstudie med samma metodik som i de andra nationella undersökningarna med syfte att kartlägga frekvensen vård-skador inom svensk hälso- och sjukvård. Erfarenheter från de länder som genomfört nationella undersökningar är att när resultaten publiceras leder det till en intensiv debatt och ökat engagemang för patientsäkerhet såväl på politisk nivå som inom sjukvården.

Det finns ingen anledning att tro att förhållandena i Sverige skulle vara annorlunda än i de länder som studerat problemet, och bristande patientsäkerhet diskuteras också i ökad utsträckning inom svensk sjukvård men förhållandevis lite i den allmänna debatten.

Ett av skälen kan vara att till skillnad från större olyckor leder enskilda patientskador oftast inte till braskande rubriker och krav på politiskt ansvarstagande.

Allt mer komplex struktur

Orsakerna till att fel görs kan delvis sökas i en alltmer komplex sjukvårdstruktur med bland annat en ökad subspecialisering, men även i att allt fler potentiellt farliga behandlingar och läkemedel introduceras i vården.

Inom andra områden där mänskliga eller tekniska misstag kan förorsaka omfattande skador finns väl utvecklade system för riskhantering. Exempel på sådan högriskverksamhet är flyg, kärnkraft och oljeindustrins offshoreverksamhet.

Där är det sedan många år en väletablerad rutin att lära av inträffade olyckor och tillbud, och en systematisk analys av det in-

träffade utgör ett fundament för säkerhetsarbetet [1]. Den vuna kunskapen sprids sedan snabbt inom och utanför organisationen och i tillämpliga delar till de myndigheter som reglerar verksamheten.

Erfarenheterna av olycksanalyser från högriskverksamhet har ökat förståelsen för de bakomliggande orsakerna till att olyckor inträffar. Orsakerna till en felhandling måste oftast sökas såväl i organisationen som hos den enskilde individen. Beträffande vetenskaplig forskning har bidragit till att förstå varför människor gör fel i komplexa system.

Människan kan, även då hon är som mest alert, missförstå eller inte uppfatta en situation, glömma eller komma ihåg fel. Att det är mänskligt att fela – »To err is human« – var också titeln på Institute of Medicines publikation som för sju år sedan belyste den bristande patientsäkerheten i USA.

Mer systemorienterad inriktning

Det faktum att alla människor kan och kommer att göra fel har inneburit att säkerhetsarbetet mer och mer inriktas på att reducera risken att göra fel, eller, om detta inte går, minimera konsekvensen av en felhandling.

Trafiksäkerhetsarbete i Sverige är ett exempel på att det skett en förskjutning från en i huvudsak individfokuserad syn på olycksorsaker till att alltmer se på systemet i vilket trafikanten befinner sig.

Den enskilde trafikanten har ansvar för att följa de regler som gäller, men det räcker inte utan systemet måste utformas så att det mildrar konsekvenserna av mänskliga misstag. Exempel på sådana systemförändringar är mitträcken för att förhindra frontalkollision, antisladdsystem, deformationszoner och krockkuddar. Här har även riksdagen formulerat en tydlig målsättning med övergripande mål: den så kallade nollvisionen.

Inom sjukvården bör detta synsätt innebära att patientsäkerhetsarbetet skall syfta till att utforma lokaler och utrustningar samt rutiner och organisationer så att de minskar risken för misstag och att de felhandlingar som sker inte leder till att patienter skadas. Utan att förringa det individuella yrkesansvaret behövs en mer systemorienterad inriktning av patientsäkerhetsarbetet.

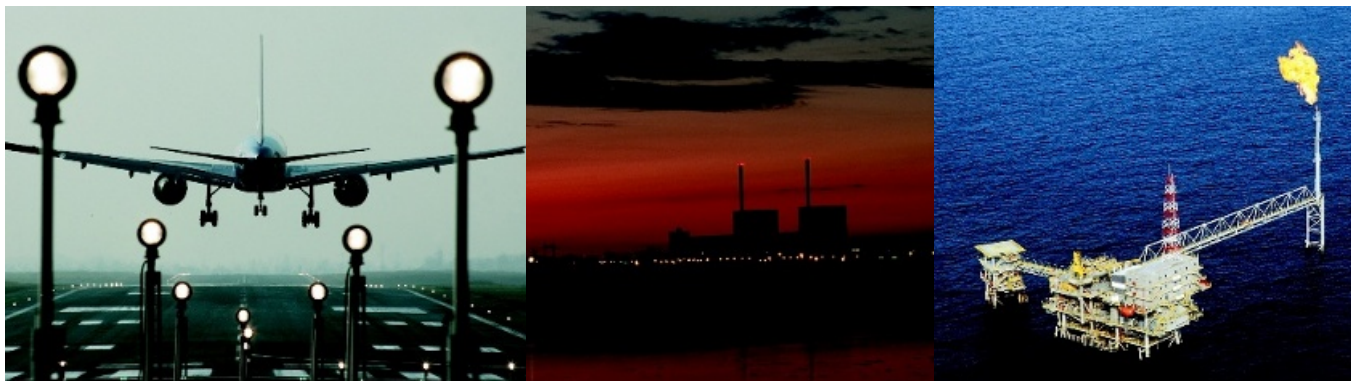
För att få kunskap kring vad som behöver förändras behövs en systematisk analys av skador och tillbud. Man kan på så sätt få fram de bakomliggande orsakerna så att rutiner kan ändras och andra sedan kan lära av det inträffade.

Inom hälso- och sjukvården både i Sverige och utomlands saknas till stor del ett strukturerat arbetssätt för detta. Olika metoder tillämpas för att analysera olyckor och tillbud, men i förhållande till de metoder som finns inom annan högriskverksamhet är de utvecklade och används endast sporadiskt.

I artikel i detta temanummer av Läkartidningen beskrivs en metod för händelseanalys som anpassats till svensk hälso- och sjukvård. Metoden, som i USA kallas root cause analysis (RCA), är en bland många, men den har valts därför att den utnyttjas inom sjukvård i USA, Danmark och flera andra länder.

Samverkande orsaker

Som många andra metoder för händelseanalys tar den sin utgångspunkt i att orsaker till olyckor sällan enbart är tekniska, mänskliga eller organisatoriska. Tvärtom samverkar orsaker



Inom andra områden än sjukvården där mänskliga eller tekniska misstag kan förorsaka omfattande skador finns väl utvecklade system för riskhantering. Exempel på sådan högrisksverksamhet är flyg, kärnkraft och oljeindustrins offshoreverksamhet.

Foto: Från vänster Gamma/IBL, Stefan Lindahl/IBL, Peter Bowater/Photo Researchers/IBL

inom dessa tre områden. En negativ händelse, definierad som en händelse som medfört vårdskada (SOSFS 2005:12), orsakas oftast av ett samspel mellan tekniska funktioner, mänskliga aktiviteter och den aktuella omgivningen [2].

Avsikten med en utvidgad analys är att avslöja brister i systemet, som kan ha bidragit till en negativ händelse, istället för att identifiera felaktiga handlingssätt, använda av utpekade, enskilda personer. Analysen ger sedan underlag för förbättringsarbete.

Genom att sällsynta händelser analyseras med hjälp av denna metod och sedan kan analyseras på aggregerad nivå kan ny kunskap vinnas.

Ansvar ligger hos ledningen

Ansvar för att vården är säker ligger hos ledningen i de landsting/regioner som finns i Sverige. Detta ansvar har betonats i Socialstyrelsens föreskrift »God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården« [3].

Det väsentligaste som ledningen kan göra för att förbättra patientsäkerheten är att ställa upp mål för patientsäkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Genom samverkan såväl inom som mellan landsting samt på nationell nivå kan goda förutsättningar skapas för patientsäkerhetsarbetet i Sverige.

Det mesta av det praktiska genomförandet ligger på kliniknivå. Verksamhetschefer har idag ett samlat ledningsansvar för medicinsk vård, ekonomi, arbetsmiljö och personalfrågor, vilket gör att tiden ofta inte räcker för arbete med patientsäkerhet och utveckling av vården i önskvärd utsträckning [4]. En viktig uppgift för ledningen på vårdgivarnivå är därför att möjliggöra för verksamhetschefen att prioritera arbetet med patientsäkerhet och verksamhetsutveckling [5].

Samla, analysera och återrapportera

Patientsäkerhet handlar framför allt om att bygga upp en väl fungerande avvikelshantering för att på ett systematiskt sätt samla, analysera och återrapportera åtgärdade avvikelser.

Utöver detta behövs »haveriutredare«, analysledare, som analyserar de misstag som begås. Flera landsting/sjukhus har börjat införa detta och gör händelseanalyser enligt handboken vid allvarliga avvikelser. Detta är i enlighet med den nya Lex Maria-föreskriften SOSFS 2005:28 (M), som anger att anmälan skall innehålla en intern utredning som innefattar händelseförlopp, vidtagna korrigerande åtgärder, identifierade orsaker till händelsen samt riskbedömning och riskförebyggande åtgärder.

De negativa händelser som i första hand bör bli föremål för analys är de allvarliga som resulterat i död, invaliditet och be-

stående men, det vill säga sådana som bör anmälas enligt Lex Maria och som kan bli föremål för ersättning av Patientskadeförsäkringen.

Analys av allvarliga tillbud, som alltså inte gett upphov till skada, kan ofta ge mer information då de många gånger är emotionellt mer neutrala och således lättare att diskutera öppet. Patientsäkerhetsbegreppet, som ibland upplevs abstrakt, blir mer konkret när man börjar göra händelseanalyser. När många avvikelser rör till exempel en viss behandling bör en fördjupad analys av den processen initieras: aggregerad händelseanalys.

En annan viktig komponent i arbetet med att förbättra patientsäkerheten är riskanalyser. Förändringar i struktur, organisation, lokaler, arbetsmetoder, införande av nya behandlingsmetoder med mera bör bli föremål för riskanalyser innan de genomförs. Riskanalys kan också göras då man identifierat bakomliggande orsaker till ett specifikt problem för att klargöra om samma orsaker spelar roll inom närliggande områden.

Sammanfattningsvis är vår uppfattning att genom att konsekvent införa händelseanalyser av allvarliga händelser kan patientsäkerheten i Sverige höjas, vilket leder till minskat mänskligt lidande och betydande ekonomiska besparingar. Denna syn på patientsäkerhetsarbete finns även på nationell nivå och avspeglas i nedanstående citat från riksdagens revisorers rapport »Att förebygga vårdskador« som utkom år 2002:

»Inom hälso- och sjukvården skulle man kunna lära av den typ av säkerhetstänkande som utvecklats i andra riskfyllda verksamheter. Förebyggande säkerhetsarbete inklusive analyser, risker, tillbud och återföring av erfarenheter har där stort utrymme. Att undersöka och dra slutsatser av händelseförlopp anses viktigare än att skuldbelägga och bestraffa enskilda individer.«

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Ödegård S. Säkerhetsarbete i högrisksystem – tänkbara tillämpningar för ökad patientsäkerhet. Stockholm: IPSO; 1999. ISSN 0293-0108.
2. Socialstyrelsen, Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötland. Händelseanalys och riskanalys. Handbok för patientsäkerhet. Alfa Print AB; 2005. ISBN 91-7164-093-2.
3. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. ISBN 91-85482-05-6. Artikelnummer 2006-101-2.
4. Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – en nyckelroll för patientsäkerheten. Rapport från ett projekt i sydöstra och västra tillsynsregionerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Artikelnummer 2005-109-36.
5. Mossberg T. Hur man gör för att vara på säkra sidan som verksamhetschef. Gott och säkert ledarskap ingen utopi i dagens svenska, reglerade vård. Läkartidningen. 2006; 103:2059-61.