

Riktlinjer och PM – säkerhetsverktyg eller hot?

■ I debatten i Läkartidningen om det hotande katastrofala utfallet i samband med anestesin vid ett kejsarsnitt på Akademiska sjukhuset i Uppsala har många kloka åsikter framförts. Svensk förening för anesthesi och intensivvård planerar, enligt Susanne Ledin Eriksson och medförfattare i Läkartidningen 42/2007 (sidan 3128), att som en följd av det inträffade revidera riktlinjerna för provtagning och tolkning av koagulationsprov inför spinalanestesi i samband med preklampsi.

Anestesiologen Johan Fischers analys i LT 43/2007 (sidan 3216) känns dock en aning bekymmersam. Han menar att problemet är att unga kollegor uppfostras till att slaviskt följa kartan (PM) i stället för terrängen. Fischer menar att de senaste 15–20 årens PM-rigiditet är ett stort allvarligt systemfel, som leder till att biverkan väger tyngre än verkan, och att detta är ett uttryck för undvikande av kritik och anmälan.

Förbättrad kommunikation och bättre provtagningsrutiner skulle inte räcka långt, anser Johan Fischer. Däremot, menar han, skulle fördjupade studier i laryngoskopi enligt läroböcker (Millers »Anesthesia«), och inte bara klinisk träning med äldre kollegor, leda till en bättre teknik då de flesta anestesiläkare och sköterskor »aldrig lärt sig att intubera med rätt anatomisk teknik«.

Jag håller inte med, och med stöd av exemplet i LT 39/2007 (sidorna 2810–12) skulle jag vilja hävda att avsaknaden av en stor strålkastare riktad mot »human factors« (»non-technical skills«), som den mest betydelsefulla orsaken till medicinska misstag, är det stora systemfelet inom sjukvården. Detta faktum fram-

kommer numera i de flesta säkerhetsanalyser inom sjukvården, som anger siffran 60–90 procent som ett mått på frekvensen av missöden till följd av den »mänskliga faktorn«. Exakt samma siffror framkommer vid säkerhetsanalyser i andra högriskorganisationer såsom trafikflyg, kärnkraft och oljeindustri.

Skillnaden är att dessa branscher, i motsats till sjukvården, sedan tre decennier har uppmärksammat problemet och lagt ner stor möda på att reducera orsaker till felhandlingar. De har också lyckats i sin ambition via bl a teamträning och implementering av rutiner för säkert arbete. Faktum är att man numera räknar dessa organisationer som »high reliability organisations« (HRO), tack vare den oerhört höga säkerhet som man lyckats uppnå.

Även om vi står inför mångfaldigt mer komplexa problem (läs: sjuka patienter) i sjukvården, så har vi mycket att lära av HROs arbetsmetoder med t ex »standard operating procedures« (SOP).

Vad gäller Johan Fischers oro för »PM-rigiditet« finns det naturligtvis en risk för felaktig behandling om man slaviskt följer PM. Men en rad internationella auktoriteter inom patientsäkerhetsområdet har utpekat bristen på riktlinjer, standardiserade procedurer och en kultur inom sjukvården där beslutsfattande i stor utsträckning sker ad hoc som exempel på betydligt större hot mot patientsäkerheten.

Petter Westfelt

specialistläkare i anesthesi och intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset Solna; simulatortränare vid Simulatorcentrum vid Karolinska Universitetssjukhuset
petter.westfelt@karolinska.se

Annons