HUR UNDVIKA DIAGNOSMISSAR?

Henry Johansson och Lars Räf har på annan plats i detta nummer av Läkartidningen redovisat ett material där diagnoser missats eller fördröjts, komplikationer inträffat eller förbisetts, åtgärder fördröjts. Data är hämtade ur Patientförsäkringens (PSR) stora material. Detta innehåller väl analyserade fall, granskade av erfarna specialister inom respektive område. Materialet är mycket värdefullt i arbetet med att förhindra misstag i vården.

Diagnosmissar efter trauma dominerar. Att frakturer och frakturglidning på distal underarm (radius) missats väsentligt oftare än vid höftfraktur kan måhända förvåna någon. Redovisningen visar vidare att dignosmissar finns inom i stort sett hela det medicinska fältet. Varje disciplin har sina fallgropar.

Som författarna påpekar får detta material inte användas för kvantitativ analys. Mörkertalet är okänt, men är med stor sannolikhet betydande.

Redovisningen utgör en exempelsamling av diagnosmissar i riket under en femårsperiod. I och med att allt fler ingrepp utförs som dagkirurgi, allt mer av uppföljning sker i den öppna vården utanför sjukhusen och klinikgränserna suddas ut ökar betydelsen av att ett systematiskt redovisningssystem utarbetas för komplikationer och diagnosmissar där hela vårdkedjan finns med [1].

Viktiga lärdomar kan dras av materialet

Viktiga lärdomar vi kan dra av en sammanställning av detta slag av registerdata är betydelsen av systematik i rutinen, rätt kompetens för varje uppgift samt medvetenhet om fallgroparna inom respektive medicinsk verksamhet. En meningsfull avvikelsehantering på enhetsnivå är ett av sätten att höja patientsäkerheten.

Samverkan mellan verksamhetsområden och utnyttjande av varandras kompetens så att patienten inte faller mellan disciplinerna är dessutom en nödvändighet för att diagnosmissar skall undvikas [2].

RiskDataBasen

En annan databas där riskhändelser finns redovisade är Socialstyrelsens RiskDataBas vid regionala enheten i Örebro. Sedan 1996 finns där förutom Lex Maria-ärenden även beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Totalt finns ca 6 300 riskhändelser inmatade [3].

Av Lex Maria-anmälningarna i detta material bedöms mer än vart femte ha en så hög risknivå att livsfarlig skada, svår bestående invaliditet eller bestående försämring av livskvaliteten hade kunnat bli följden om en ny liknande händelse inträffat. Även om riskpanoramat i RiskDataBasen väsentligen överensstämmer med det som redovisas i Patientförsäkringens material finns även skillnader mellan databaserna, vilket gör att de på ett värdefullt sätt kompletterar varandra. Riskhändelserna i den kommunala hälso- och sjukvården finns oftare rapporterade i form av Lex Maria-anmälningar till Socialstyrelsen och sålunda inmatade i dess RiskDataBas än i såväl Patientförsäkringens som HSANs material.

Ur RiskDataBasen är det möjligt att bl a få fram i vilken situation och när på dygnet riskhändelsen inträffade. Utbildningsnivån för den personal som var inblandad i händelsen finns också noterad.

Antal riskhändelser som lett till anmälningar till HSAN varierar mellan verksamhetsområden. Sålunda har relativt sett få primärvårdsärenden gått till HSAN [4]. I denna grupp dominerar sjuksköterskeärenden. En s k kritisk skrivning har varit den vanligaste åtgärden från Socialstyrelsens sida. Förslag till kvalitetshöjande åtgärder har ofta ingått i Socialstyrelsens återföring.

Lex Maria-ärenden har ökat

Antalet läkemedelshändelser anmälda enligt Lex Maria ökade fyrfaldigt mellan 1992 och 1994 [5]. Härefter sjunker antalet något. Omkring två tredjedelar av dessa händelser rapporterades från den kommunala hälso- och sjukvården. En huvudorsak till denna stora andel läkemedelshändelser bland Lex Maria-anmälningarna är att Socialstyrelsen prioriterat granskning av kommunernas hälso- och sjukvård sedan ÄDEL-reformen genomfördes.

Komplikationsregistrering tar tid

Register, register, register … Hur mycket tid skall vi i vården behöva lägga ned på dokumentation och tolkning av vårdresultat? När skall vi få tid för patienterna? Invändningar finns mot att granska sin verksamhet och att jämföra den med andras. Därför är det viktigt att registersammanställningar upplevs som meningsfulla, dvs de skall leda till att vården därav förbättras.

Sjukvården har alltid – på olika sätt – prövat om den verkligen gjort sitt bästa för patienterna. Återföring från dem man vårdar och deras anhöriga är en sådan basal kvalitetskontroll integrerad i den dagliga verksamheten. Tidigare gav årsrapporterna information om den årliga produktionen så länge de innehöll kliniskt relevant information och blev tillgängliga kort tid efter det aktuella året. Vårdresultat har också granskats på klinikkonferenser, patologkonferenser och i många kliniska avhandlingar.

Nu är vi inne i dataåldern. Därmed finns möjligheter att extrahera uppföljningsdata ur redan befintliga underlag och på så sätt undvika dubbelarbete. Så sker dock inte i någon större utsträckning, trots att vi har möjligheter att på helt andra sätt än tidigare hantera stora datamängder, snabbt få fram resultaten i undergrupper och göra jämförelser.

Förutsättningarna för att databearbetning av vårdresultat skall vara meningsfull för de kliniskt verksamma är bl a att data är korrekta och att återföring av information till dem som kan ha nytta av den fungerar väl och når dem de berör medan data är aktuella. De som tar emot data måste i sin tur ha grundläggande kunskaper både om statistiska fällor och om begränsningar i den information databasen kan ge. På alla dessa områden finns ännu brister.

Kraven ökar

Kunskaperna inom medicinen har under de senaste decennierna ökat på ett

Författare

OLOF EDHAG
överdirektör, Socialstyrelsen, Stockholm.

närmast explosionsartat sätt, och allt talar för att tillskottet av ny kunskap kommer att fortsätta att öka under överskådlig tid. Kraven både på att rätt diagnos ställs och på att den kraftfulla terapeutiska arsenalen används på bästa sätt ökar även. Våra möjligheter att bota har förbättrats påtagligt, men kräver metoder som kräver större kunskaper och erfarenheter än tidigare, t ex avseende mycket potenta läkemedel och avancerade kirurgiska ingrepp.

Betydelsen av att följa effekterna av insatt behandling eller av invasiv intervention är mot denna bakgrund idag större än någonsin tidigare. Sammanställningar av ogynnsamma effekter av behandlingsinsatser, vare sig de redovisas i databaser eller på annat sätt, är en betydelsefull källa för granskning av behandlingseffekter. De tre databaser som här nämnts – Patientförsäkringens, RiskDataBasen och HSANs – både verifierar varandras resultat och kompletterar varandra.

Medvetenheten om betydelsen av att granska sina resultat och, där så är möjligt, jämföra dem med andras finns inom stora delar av svensk sjukvård, men har inte fått genomslag i all vård ännu. För att vården inte bara skall få behålla sin nuvarande resursnivå utan förhoppningsvis få mer resurser för att kunna möta de ökande kraven behövs en systematik i uppföljning och redovisning av resultat och effekter av vidtagna åtgärder.

Referenser

1. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. Socialstyrelsens författningssamling 1996:24.
2. Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996. Socialstyrelsens författningssamling 1996:32.
3. Drygt 6 300 ärenden beslutade efter fem år med Lex Maria i RiskDataBasen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. RiskRonden Special nr 1, 1997-02-28.
4. Lex Maria-händelser i primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen 1996. RiskRonden Special nr 2, 1996-06-04.
5. 3 000 läkemedelshändelser i RiskDataBasen! Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. RiskRonden Special nr 2, 1997-06-06.

Se även artiklarna på sidan 3848 och 3853 i detta nummer.

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

■ TILLVÄXTFAKTORER
Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. **90 kr.**

■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK
Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. 80 sidor. **75 kr.**

■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET
Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. **95 kr.**

■ ÖVERVIKT
Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar nya läkemedel? Bl a dessa frågor belyses.
50 sidor. **65 kr.**

■ ENLIGT MIN ERFARENHET
32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. **55 kr.**

■ REHABILITERING
Gränsen mellan behandling och rehabilitering är inte skarp. Allt kliniskt arbete syftar till att främja ett normalt liv, vilket belyses i 27 artiklar. 96 sidor. **85 kr.**

■ TRAUMATISK STRESS
Riskerna för att människor skall utsättas för traumatisk stress i form av extrema påfrestningar har ökat i vårt moderna samhälle. 14 artiklar. 40 sidor. **50 kr.**

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer
..... ex Missöden, misstag, missbruk
..... ex Våld och aggressivitet
..... ex Övervikt
..... ex Enligt min erfarenhet
..... ex Rehabilitering
..... ex Traumatisk stress

Namn .....

Adress .....

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19