

Kvalitetsarbete är säkerhetsarbete!

Några kommentarer med anledning av Kerstin Ivarssons artiklar i Läkartidningen 23/00.

Skilj ej på säkerhet och kvalitet!

Kvalitetsarbetets syfte är att tillförsäkra patienten en säker och effektiv vård och behandling så att optimal hälsa kan uppnås. Det inbegriper både att man inte missar bättre behandlingsalternativ och att man inte utsätter patienten för onödiga risker eller skada. Med skada menar vi här både kroppslig och själslig skada. Några exempel på det senare är kränkning av patientens värdighet, fördömlig straff och maktutövning.

Vi är inte övertygade av Ivarssons argument, och ej heller tror vi att det skulle vara fruktbart att skilja på säkerhet och kvalitet, där kvalitet mera skulle handla om att »göra patienterna nöjda i olika avseenden». En diabetiker kan vara *nöjd* efter sin underbensamputation trots att den kunde ha förhindrats med bättre vård.

En annan patient kan vara *missnöjd* med bemötandet i vården och följer inte sina ordinationer delvis på grund av detta och riskerar därmed sin hälsa. Är detta kvalitet eller säkerhet? Vi vill hävda att kvalitetsarbete till stor del *är* säkerhetsarbete!

Avvikelsehantering är inte ett komplement!

Avvikelsehantering anser vi vara en av hörnstenarna i kvalitetsarbetet och *ej* enbart ett komplement. Vid införande av nya metoder eller omorganisationer är det naturligtvis annorlunda. Syftet är att förebygga potentiella nya tillbud.

Utgångspunkten är ett »systembundet» perspektiv, där det gäller att hitta latent fel (rutiner, resurser, utbildning, delegationer, ansvar/befogenhet) och att bygga in skyddsbarriärer. Detta kan kompletteras med intervjuer eller enkäter till personal, vårdgrannar eller patienter och anhöriga.

Läkemedelshantering

Vi har sedan 1997 kategoriserat och lagt upp en databas med alla rapporterade avvikelser på vår klinik. Från denna databas har vi nyligen gått igenom alla avvikelser, med läkemedelshantering som huvudgruppering (totalt 97 av 720 rapporter).

Vanliga riskmoment är byte av vårdgivare (felaktiga eller ofullständiga läkemedelslistor) och ordinationsförändringar (tolkningsfel), men även mer monotont arbete med samtidiga störningsmoment (t ex läkemedelsdelning eller skrivande av ny medicinlista). En »automatisk ordinationskontroll» tror vi skulle bli ett bra komplement men ej lösningen för de nu vanligaste rapporterade felen inom läkemedelshanteringen.

Vi tror inte att vi egentligen är så oense med Ivarsson utan att skillnaden

mest beror på olika perspektiv och erfarenhet. Ivarsson tycks ha ett något reducerat säkerhetsbegrepp ur ett akutsjukhus' perspektiv, vilket gör att vi tror att några av hennes förslag ej passar till stora delar av övrig sjukvård.

Martin Annetorp
biträdande överläkare, avvikelsegruppen
Eva Hausmann
sjuksköterska
Anita Isaksson
arbetsterapeut, Dalens geriatriska klinik, Stockholm

Replik:

Definitionerna kan diskuteras, men det är praktiskt att skilja på säkerhet och kvalitet

I mina artiklar i Läkartidningen (sidorna 2847, 2848-50, 2852-4) tillämpar jag generella säkerhetsprinciper och beprövad säkerhetsmetodik på sjukvården, men jag gör inte anspråk på att presentera någon fullständig modell som täcker alla typer av vård.

Inte heller gör jag anspråk på att komma med någon heltäckande lösning på problematiken med läkemedelshantering. Däremot gav jag ett *exempel* på hur man kan skapa barriärer.

Definitionen av kvalitet

Hur begreppet kvalitet skall definieras kan naturligtvis diskuteras. Jag försökte förklara att kvalitetsåskring inom sjukvården skulle kunna sägas ha två komponenter: dels en del som motsvarar industrins kvalitetsbegrepp, dels en »mjukare» del som innefattar något utöver en »säker och effektiv vård»; att göra patienterna nöjda i övrigt. Idag ingår också säkerhet som en komponent i sjukvårdens kvalitetsbegrepp, vilken jag av praktiska skäl vill skilja ut och göra betydligt mer omfattande.

Syftet med min uppdelning var bl a att understryka vikten av att de »mjuka» kvalitetsfrågorna inte glöms bort, vilket det finns en risk för om man använder industrins kvalitetsdefinition rakt av [1], eller om kvalitetsarbetet också skall omfatta det mer ambitiösa säkerhetsarbete som jag föreslår.

Evidensbaserad medicin (är det kva-

litet?) handlar om att göra *rätt sak*, till skillnad från traditionell kvalitet som handlar om att göra *rätt*, i betydelsen enligt rutin. Säkerhet innebär dels att göra rätt sak rätt, men också att »rätt sak» och använda rutiner är tillräckligt *säkra*.

Kvaliteten grund för säkerheten

Bra kvalitet utgör en nödvändig *grund* för säkerheten, vilket Annetorp, Hausmann och Isaksson själva illustrerar med ett utmärkt exempel på hur dålig kvalitet kan utgöra en fara. Att försöka förbättra bemötandet är kvalitetsarbete; att peka på att ett dåligt bemötande kan utgöra en säkerhetsrisk är säkerhetsarbete. Även jag inbegriper själslig skada i begreppet skada och av den anledningen har jag tagit med kategorin »obehag för patienten» som oönskad konsekvens i riskanalysen.

Säkerhet kontra kvalitet

Ett viktigt skäl till att skilja på säkerhet och kvalitet är att de kan stå i motsatsställning till varandra. Exempel: En behandlingsmetod kan i normalfallet innebära högre »kvalitet» jämfört med en annan metod, t ex genom mindre smärta, kortare behandlingstid etc.

Men den första metoden kanske i 1 fall på 1000 leder till dödsfall, medan den andra metoden gör det betydligt mer sällan. Väljer man då metod ur ett snävt kvalitetsperspektiv utan att göra

preventiva säkerhetsanalyser, ökas troligen kvaliteten för flertalet, men kanske på bekostnad av liv.

Avvikelsehanteringsroll

Risken för dödsfall kan naturligtvis förbli latent även om man gör en bra säkerhetsanalys, och där kommer avvikelshandlingen in i bilden – som ett nödvändigt och outhärligt komplement. Avvikelsehantering må vara en hörnsten i kvalitetsarbetet i vården idag. Men säkerhetsarbete handlar om att göra systematiska faro- och riskanalyser och att så långt det är möjligt förebygga incident nummer ett och inte bara incident nummer två.

Kerstin Ivarsson

kerstinivarsson@hotmail.com

Referens

1. Dahlgren EF. Avhandling om kvalitetssäkring i sjukvården visar: Kvalitetssäkring är kontroll av hur och inte vad man gör. Läkartidningen 2000;97:810-11.

Socialstyrelsen om sexuella övergrepp mot barn:

Felaktiga påståenden om rättsskipning

Pensionerade barnpsykiatern Gunnar Höst gör i Läkartidningen 20/00 i inlägget »Om barnpsykiatri, Socialstyrelsen och sexuella övergrepp mot barn» (sidorna 2522-3) gällande att barnpsykiatri – när det gäller sexuella övergrepp mot barn – har upprättat en egen rättsskipning genom att utreda, döma och fastställa påföljd. Dessutom hävdar Gunnar Höst att detta (av Höst påstådda) förfaringssätt skulle ha stöd av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen vill informera Gunnar Höst om att så inte är fallet.

De olika myndigheterna gör sina egna utredningar

I en nyligen publicerad kunskapsöversikt om sexuella övergrepp mot barn (SoS-rapport 2000:1) framgår att det är nödvändigt att skilja de olika ut-

redningar åt som kan bli aktuella när det gäller övergrepp mot barn – exempelvis socialtjänstens utredning om barnets behov av skydd, polisens förundersökning om misstänkt brott, barnpsykiatriens bedömning av behovet av behandlingsinsatser för barn och familj. De olika myndigheterna gör sina olika utredningar och bedömningar.

Socialstyrelsens rapport sammanfattar det aktuella kunskapsläget från forskning och erfarenhet, och bygger främst på femton expertrapporter som tidigare publicerats av Socialstyrelsen.

Alla rapporterna finns tillgängliga på Socialstyrelsens hemsida: www.sos.se/socialtjanst

Monica Norrman

Elisabet Svedberg

socialtjänstavdelningen, Socialstyrelsen

Alla Fass-texter granskas noga

I Läkartidningen 23/00 (sidan 2896) skriver Läkemedelsverkets (LMV) informationsansvarige Björn Beermann i diskussionen om Fass-texten för TrioBe att densamma är olycklig och skall omformuleras. Den aktuella texten är dock inte hämtad ur Fass utan ur TrioBe-tillverkarens produktresumé som alltid skall godkännas av LMV.

Medicinsk expertgrupp

Beermann skriver vidare att »Fass-texterna är sedan fem år att betrakta som ett marknadsföringsmedel». Bakgrunden till denna något förvånande åsikt är att numera behöver inte Fass-texten underställas LMV för godkännande, eftersom Fass-texten utgör ett koncentrat av den av LMV godkända produktresumén. Att den kortare Fass-texten motsvarar texten i produktresumén kontrolleras av Fass-redaktionen, som till sin hjälp har en medicinsk expertgrupp.

Expertgruppen läser och ger synpunkter på alla nya texter som skall publiceras i Fass. Särskilt granskas att

texten följer den godkända produktresumén och inte används som marknadsföringsmedel.

I Fass expertgrupp ingår professor Anders Rane, klinik farmakolog, professor Kurt Svärdsudd, allmänmedicinare, överläkare Christina Fabian, familjeläkare, överläkare Olle Nyqvist, kardiolog, professor Lars von Knorring, psykiater, överläkare Lars Löf, gastroenterolog, chefläkare Bo Ringertz, reumatolog, Astrid Forsström, apotekare, samt under-tecknad, infektionsläkare.

Skärp gärna kraven

Om Björn Beermann anser att Fass är att betrakta som ett »marknadsföringsmedel» måste ju skälet helt enkelt vara att LMV godkänner undermåliga produktresuméer med marknadsföringsinnehåll. Om LMV skärper sina krav för godkännande av produktresuméerna, vilka idag är av mycket växlande kvalitet, skulle även Fass-texterna tjäna på detta.

Sten Ivarsson

professor/överläkare, ordförande i Fass medicinska expertgrupp

Kommentar om hjärtsvikt:

Vi redovisade förbrukningen av resurser

Agneta Björck Linné, Hans Liedholm och Arne Melander kommenterar i Läkartidningen 20/00 vår artikel (sidorna 2465-70). Vi kan förstå att rubriksättningen kan ha upprört (rubriken sattes på förslag av Läkartidningen och godkändes av oss, men egentligen motsvarar vår ursprungliga rubrik »Primärvårdskostnaderna för behandling av hjärtsvikt kartlagda» innehållet bättre.)

Björck Linné, Lidholm och Melander tycks emellertid ha missuppfattat vår studie eftersom de skriver att »beskrivningen av studien ter sig lite väl teoretisk». För att klargöra: studien är en kartläggning av resursåtgång och kostnader orsakade av patienter med diagnostiserad hjärtsvikt som behandlades inom primärvården.

EKG hjälpmedel i diagnostiken

Vi redovisar i artikeln de faktiska resurser inom sjukvården som var direkt relaterade till diagnosen hjärtsvikt, så även sjukhusinläggningar. ABL-HL-AM menar att det är en »medicinsk