



Alltjämt aktuell diskussion kring säkerhet i sjukvården

Sven Ternov. **Människor och misstag i sjukvården**. 203 sidor. Lund: Studentlitteratur, 1998. ISBN 91-44-00434-6.

Recensent: Ola Landgren, leg läkare, Centrum för hematologi, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

■ Boken »Människor och misstag i sjukvården« väcker en hel del tankar kring viktiga frågor som rör det dagliga arbetet i sjukvården. Trots att utgåvan redan har hunnit få några år på nacken känns diskussionen mycket aktuell.

Övergripande kan nämnas att boken innehåller tre delar: den första handlar om kvalitetsarbete, den andra om ledning och styrning och den tredje – och kanske mest spännande om man arbetar med klinisk sjukvård – om människan i systemet.

Den mänskliga faktorn

Författaren har i den tredje delen döpt ett kapitel till »Den mänskliga faktorn«. Ternov påpekar i detta avsnitt av boken att uppkomna fel i en organisation ofta tillskrivs den mänskliga faktorn, inte sällan i betydelsen att det inte var ett tekniskt fel utan att det var någon som gjorde fel. Det kan vara intressant att kort reflektera över detta synsätt.

I boken diskuteras att mänskliga felhandlingar ofta betraktas som orsaken till att något gått snett. Utgångspunkten för ett sådant synsätt, menar författaren, är med andra ord: »Människan som utövare är opålitlig och ouppmärksam. Den som gjorde felet (den skyldige) måste skärpa sig, vara mer uppmärksam och tänka sig för!« Här kommer som bekant ofta frågor om disciplinära åtgärder upp på agendan. Ternov menar att den individuella skuldfrågan inte sällan får orimliga proportioner efter att ett fel begåtts. Detta medför en handlingsförlamning när det gäller att åstadkomma systemanalyser i spåren av

en inträffad olycka. För att ytterligare sätta den mänskliga faktorn i ett sjukvårdssammanhang refererar Ternov till internationella data som visar att den mänskliga faktorn är inblandad i 70–80 procent av uppkomna fel och olyckor inom sjukvården. Av Socialstyrelsens Riskdatabas framgår att bara 5 procent av de händelser som är anmälda enligt Lex Maria är relaterade till tekniska fel. Frågor relaterade till den mänskliga faktorn är onekligen viktiga inom sjukvården.

Forskning kring felhandlingar

Längre fram i boken driver författaren tesen att de mekanismer som finns bakom mänskliga felhandlingar är av samma typ som de slintningar, lapsusar och misstag som sker i vår vardag. Ternov beskriver kortfattat delar av den omfattande forskning som berör dessa frågeställningar, framför allt med förankring inom det psykologiska området.

Det är intressant att ta del av teorier från de olika ansatser som gjorts för att försöka kartlägga och förstå mänskliga felhandlingar i komplexa system. I modern tid har forskningsfronten inom detta område växlat mellan så grundläggande uppfattningar som att människan fattar beslut på rationella respektive irrationella grunder. Mycket återstår således att göra när det gäller förståelsen av människan, inte minst förståelsen av mekanismerna bakom felhandlingar!

Novis kontra expert

Ett annat spännande tema som ges plats i boken är novis kontra expert. Änjo med hänvisning till internationell litteratur diskuterar författaren kring det faktum att även experter gör fel. Ternov skriver att experternas styrka är att de snabbt löser ett komplext problem eftersom »de känner igen problemet«. Experternas stora svaghet är att de lika gärna »snabbt kan hoppa i galen tunna«. En av de viktigaste egenskaperna hos en framgångsrik expert är därför enligt författaren så kallad kunskapskalibrering. Detta begrepp skulle kunna sägas vara en utveckling av vanlig hederlig ödmjukhet (definition enligt boken): »Att veta vad man vet, och framför allt veta vad man inte vet!« Det övergripande budskapet i detta avsnitt är att alla kan (och gör) fel – både novisen och experten.

Människan i systemet

Boken bjuder på intressant läsning framför allt i den tredje delen, vilken handlar om människan i systemet. Kanske hade denna avdelning i boken kunnat breddas ytterligare för att sedan lyftas ut och stå på egna ben? De första kapitlen i boken handlar om kvalitetsarbete och fokuse-

rar mycket på metodik. Här känns inte kopplingen till klinisk medicin lika påtaglig, även om den förstås finns där på ett mer övergripande plan.

Tar upp viktiga frågor till diskussion

Ternovs bok fyller hur som helst en viktig funktion i det att den diskuterar viktiga frågor kring säkerhet i sjukvården. För det mesta talar väl trots allt för att varken morgondagens patienter eller framtidens professionella i sjukvården – än mindre än idag – kommer att acceptera en efterstätt säkerhet eller en ojämn kvalitet inbyggd i organisationen. Dagens moderna, upplysta människor är vana att kunna ställa krav och hävda sina rättigheter.

Det kan ibland kännas på gränsen till omöjligt när man inser hur mycket sjukvården har kvar att förbättra sig inom detta område. Kanske slår Ternov huvudet på spiken när han provocerande hävdar att: »... för sjukvårdens del är det människans (läs: läkarnas, sjuksköterskornas undersköterskornas m fl) mycket välfungerande kontroll över systemet som gör att det inte blir fler olyckor än vad som är fallet.«

Den senaste tiden har en stor mängd artiklar skrivits kring medicinsk säkerhet. Intresset förefaller öka. I denna flod av texter utläser jag under det gångna halvåret en trend där den medicinska professionen inte längre utmålas som den självklara gruppen som skall/kan ta ansvar för uppkomna fel och misstag. En debatt angående huruvida ansvariga personer i sjukhusledning och ansvariga politiker i stället skall kunna ställas till ansvar för uppkomna fel pågår för fullt. Det kan vara intressant att följa argumentationen. I grunden är det samma sätt att förhålla sig till misstag som länge gällt inom vården när man pekat ut enskilda läkare. Bara för att ansvarsfrågorna i framtiden kanske kommer att kunna landa högre upp i organisationen behöver det inte nödvändigtvis bli bättre – vi kanske bara utser nya syndabockar. Problemen i sjukvården kan i värsta fall kvarstå!

Men i bästa fall initierar kanske de ledare och politiker som har makten att utforma vårdorganisationen uppbyggnaden av en struktur i sjukvården där information om fel och misstag hela tiden samlas in, utvärderas och förlöjande – ur ett kliniskt perspektiv – förmedlas till sjukvårdens professionella medarbetare. En sådan ansträngning skulle redan första veckan vara patienterna till nytta genom att den kliniska kvaliteten i vården plötsligt blev ett begrepp som diskuterades och förbättrades. Det skulle också bidra till att förbättra arbetsmiljön för dem som är kliniskt aktiva i sjukvården. Hur länge skall vi behöva vänta på att få ett sådant system? •