

Ersätt HSANs bestraffningskoncept med modern skadeprevention

Arbets sättet för Ansvarsnämnden är föråldrat och måste förändras. Flygets säkerhetsarbete bör stå modell och bestraffningskonceptet avskaffas och ersättas av ett skadepreventivt system. Varje allvarlig incident bör ses som resultatet av en komplex interaktion mellan mänsklig felhandling och tekniska och organisatoriska brister. Att låta nuvarande attityder och strukturer fortleva är respektlöst och farligt för våra patienter.



PETER BISTOLETTI
överläkare, docent
peter.bistoletti@dll.se



MAGNUS HAGMAR
överläkare, doktorand; båda
vid kvinnokliniken, Nyköpings
lasarett
magnus.hagmar@dll.se

II ILT 12–13/2005 (sidorna 966–74) refereras ett antal ansvärsärenden som vittnar om undermålig funktion hos HSAN. Detta är inget nytt. Vi har sett anmärkningar utdelas då inget uppenbart fel har begåtts, men även bevittnat att grava händelser, som borde ha lett till påföljd, lämnas utan åtgärd. Vi vill nu föra diskussionen vidare och ifrågasätta HSANs arbets sätt över huvud taget i dess nuvarande form.

Skador i vården

Varje år dör tiotusentals patienter i USA till följd av felbehandlingar inom sjukvården, och för varje dödsfall brukar man räkna med omkring tio allvarligt skadade patienter [1].

Siffrorna för Sverige är oklara. Årligen anmäls cirka 9 000 fall till Patientförsäkringen. Av dessa ersätts omkring 5 000 patienter för medicinska felbehandlingar. Antalet anmälningar har stigit de senaste åren. Skador och misstag i vården registreras också genom så kallade Lex Maria-anmälningar hos Socialstyrelsen och till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Men en samlad bild över situationen i Sverige saknas, vilket är anmärkningsvärt.

Hälsoekonomiska vinster

Hälsoekonomiska studier från ett flertal länder har visat att säkerhetsarbete inte bara skyddar patienter och personal utan dessutom är kostnadseffektivt [2]. Kostnaderna för skador som kan förhindras

är betydande, och att investera i säkerhetsarbete lönar sig.

HSANs arbets sätt är föråldrat

HSANs sätt att arbeta är undermåligt och har en motsatt effekt på den medicinska säkerheten. Oro för HSAN skapar onödigt merarbete för läkarna, kan skada patienten genom onödiga undersökningar och behandlingar och ökar potentialen för misstag. Konsekvensen av individuell bestraffning är dessutom att enskilda individer utvecklar strategier för att gardera sig snarare än att deras arbete förbättras – man väljer att dölja sina brister av rädsla för repressalier. Till exempel förs ärenden från Lex Maria-anmälningar vidare till HSAN, vilket borde ha en hämmande effekt på benägenheten att anmäla enligt denna lag.

Säkerhetsfrågor har under lång tid haft låg prioritet, delvis beroende på bristande incitament hos sjukhusledningarna eftersom det kostar pengar, men även på grund av oro för repressalier. All forskning har dock visat att vissa felbehandlingar ej går att utbilda eller straffa bort, att felen oftast hittas i organisationen och i systemets funktion och att sanktion (bestraffning) och skadeprevention snarast är oförenliga begrepp [3].

Hur säkerhetsarbetet kan förbättras

Vi vill föreslå en omdaning av nuvarande system. Som modell ser vi säkerhetsarbetet inom flyget, som ju har varit framgångsrikt [4]. Låt oss i första hand fullständigt avskaffa bestraffningskonceptet, och istället se varje allvarlig incident som resultatet av en komplex interaktion mellan mänsklig felhandling och tekniska och organisatoriska brister. De viktigaste fundamenten i ett skadepreventivt system är:

- Särskilda utredningar av allvarliga händelser där patienten skadats eller har varit nära att skadas, utan fokus

på skuldfrågan. Viktigt är hur resultaten av dessa undersökningar återförs till sjukvården.

- Så kallad hindsight bias, en systematisk felbedömning på grund av att det medicinska utfallet är känt, måste elimineras. Man bör söka efter bakgrunden till incidenter och inte göra en förstahandsbedömning med facit i handen.
- Man bör minimera effekten av heuristiska (systematiska tankefel) och kognitiva bias på medicinska beslutsprocesser. Därmed skulle misstag och felaktiga beslut minska. För detta krävs dock en bättre utbildning i kognitiv psykologi, träning och andra strategier (t ex riktlinjer) för att minska effekten av dessa kognitiva processer som styr vår förmåga att fatta beslut.
- Ett frivilligt rapporteringssystem av allvarliga avvikelser, skador eller nära misstag bör inrättas. Viktigt är hur man hanterar avvikelserrapporterna och vilka mekanismer som finns för att återföra kunskap från rapporteringen. Man kan t ex tänka sig ett system med föreläggande om åtgärder, med uppföljning och tydliga tidsramar. Vid rapportering utan bestraffningsmoment kommer benägenheten att rapportera att öka.
- Enbart i extrema fall kan en medarbetare lyftas ut ur en del av produktionen i väntan på recertifiering eller att kunskapskontroller görs, om så behövs.
- Evidensbaserade riktlinjer för medicinska åtgärder som ökar patientsä-

Vi måste visa för allmänheten att sjukvården tar patientsäkerheten på allvar, att skador och misstag i vården inte mörkläggs och att sjukvårdspersonalen inte täcker varandras ryggar.

kerheten (t ex trombos- och antibiotikaprofylax vid kirurgi, centralisering av vissa kirurgiska ingrepp, riktlinjer för patientinformation, simulatorträning, ökad användning av streckkoder) bör tillämpas.

- Enheter som arbetar med patientsäkerhetsfrågor bör inrättas i varje landsting och på nationell nivå.
- Kulturen inom sjukvården måste förändras till en mera öppen attityd till patientsäkerhetsfrågor [5].

Sammanfattning

Att låta nuvarande attityder och strukturer fortleva är respektlöst och farligt för våra patienter. Vi måste visa för allmänheten att sjukvården tar patientsäkerheten på allvar, att skador och misstag i vården inte mörkläggs och att sjukvårdspersonalen inte täcker varandras ryggar. Vi måste vara trovärdiga i att vårt enda syfte är att minska misstag och skador i vården.

Våra förslag är måhända inte fulländade, men vi är övertygade om att det finns tillräckligt vetenskapligt underlag för en nyordning. Vi vill uppmuntra Läkarförbundet, och kollegor som instämmer och känner sig manade, att driva frågan. I synnerhet vill vi dock uppmuntra våra politiker att våga ta de initiativ som behövs för att skrota ett pennalistiskt och framför allt kontraproduktivt system till förmån för ett sant kvalitets- och säkerhetshöjande arbete.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000;320:774-7.
2. Brown P, McArthur C, Newby L, Lay-Yee R, Davis P, Briant R. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7 Suppl 1:S29-34.
3. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002;288:501-7.
4. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320:781-5.
5. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*. 2000;320:771-3.

Väntetiderna på BUP kan åtgärdas!

Dagligen kommer signaler om vårdköer och väntelistor från i stort sett hela sjukvården i vårt land. Olika politiska påbud och sjukvårdsadministrativa grepp skall råda bot på köerna och optimera tillgängligheten, men i verkligheten tycks problemen bara öka. På BUP Öst i Karlskrona finns sedan något år tillbaka – trots ökande besökssiffror – inte längre några köer.



PER ROSENQVIST
överläkare, verksamhetschef,
BUP Öst, Karlskrona
per.rosenqvist@ltblekinge.se

Vårt upptagningsområde utgörs av Karlskrona och Ronneby kommuner med tillsammans ca 90 000 invånare. Klinikens huvudsakliga förankring finns i Karlskrona med mottagning plus fem slutenvårdsplatser. Vi har dessutom en nyöppnad mottagning i Ronneby. Vi bedömer att de vanligaste kontaktorsakerna är beteendeförändringar till följd av störningar i relationerna till den närmaste omgivningen (föräldrar, syskon, kamrater etc), men vi ser givetvis också renodlade depressiva symtom, åtstörningar, neuropsykiatriska frågeställningar och någon enstaka psykotisk reaktion m m. Vi tror inte att det diagnostiska panoramat skiljer sig från det man ser på andra kliniker, vilket bekräftas vid jämförelser i NYSAM (Nyckeltal i samverkan).

Gemensamt beslut

Efter att i flera år ha lidit av köer och väntelistor togs beslut att på olika sätt försöka komma ur denna situation. Ett barn eller en familj som mår dåligt är i behov av hjälp nu och inte om ett antal månader. Alla ombads fundera på olika sätt att närma sig problemen. Flera förslag presenterades och ledde fram till ett förändrat arbetssätt.

Förändrat arbetssätt

Processen inleddes med att alla aktuella ärenden delades ut till terapeuterna, som fick ta kontakt och efterhöra vilka behov av kontakt som förelåg. Några ärenden var inte längre aktuella, andra behövde inte fortsätta efter en initial kontakt etc.

Tidigare hade vi en nyanmälningsskonferens i veckan, men nu började vi istället med fyra i veckan. Varje måndag, tisdag, torsdag samt fredag mellan kl 11.15 och 12.00 presenterades nyanmälningar. På onsdagar har vi administ-

rativ konferens kl 11.00–12.00. På varje konferens redogjordes för rådfrågningar per telefon, nyanmälningar, behandlingssfrågor och avslutningar. På så sätt skapades en överblick av det aktuella flödet. Det senaste året har konferensen på fredagar slopats utan att några negativa konsekvenser märkts.

Ökad rådfrågning med rådgivning

Många oroliga och ängsliga föräldrar ringer och berättar om problem med sitt barn eller i familjen och ber om råd etc. Att lägga mera tid på denna verksamhet kan spara många besök. Om rådgivningen inte får önskad effekt kan man höra av sig igen. Rådgivningsärenden sparas på speciell blankett i en pärm för att kunna tas fram vid förnyad kontakt.

Av tradition har ofta två terapeuter tagit sig an varje ärende – säkerligen ur ett familjeperspektiv för att skapa »balans i rummet«. Nu föreslogs att en terapeut kunde börja träffa familjen och vid behov kontakta en medterapeut. På så sätt frigjordes en del terapeutiska resurser.

En del ärenden tenderade att bli utdragna utan fortsatta framsteg. I det läget kan en sk evaluering eventuellt leda fram till att avslutning övervägs. Givetvis finns många ärenden där flera års kontakter är nödvändiga.

Fokusera på problemet

Att ringa in det aktuella problemet och arbeta strukturerat med detta vid ett begränsat antal tillfällen kan i många fall räcka. Särskilt gäller detta relationsstörningar inom familjen som beror på bristande respekt, gränssättningssvårigheter, svårigheter att lyssna, problem med konflikthantering etc.

Ej alltid bedömningssamtal

En nyanmälning sker för det mesta per telefon till den som »har nyanmälningarna« enligt schema.

På konferensen presenteras ärendet och någon tar sig an det. Det är då upp till denna terapeut att handlägga ärendet på