

# SÄKERHETS- STUDIER BORDE PRIORITERAS

Begreppet patientsäkerhet växte ur den moderna medicinens tilltagande komplexitet medicinskt, tekniskt och organisatoriskt, inte minst på sjukhus. Från att uppmärksamma och undvika det direkt farliga har en vidgning skett [1]. Det sammanfaller med att ledordet kvalitetssäkring har inträtt i fasen »slitet koncept«.

**BENGT JÄRHULT**, distriktsläkare, Jönköping  
Ryd och Öxnehaga vårdcentraler, bengt.jarhult@lj.se  
Primärvårdens FoU-enhet,



Att allt mer pressas in i termen patientsäkerhet var tydligt vid 2:a nationella konferensen om patientsäkerhet 2005 [2], vilken mest sysslade med sjukhusens problem. På alla sjukvårdsnivåer bör dock enligt Socialstyrelsen kvalitets- och patientsäkerhet integreras i ledningssystemet [3].

Patientsäkerhet måste således inkludera vården utanför sjukhus, där bland annat flest antal läkarbesök i Sverige sker och mest läkemedel förskrivs. Detta arbete i primärvården är inte i första hand riskanalys eller felfinnande rapportering. Dessa viktiga ting spelar bara en roll för om patienten ska få en säker vård. Varför är det så?

## Spontanläkning och okunskap döljer risker

Det stora flertalet risker och skador får professionen aldrig kännedom om. Det finns inga system som ger återföring. Sjuksköterskan i rådgivningen lever lyckligt okunnig om hur sjukdomen utvecklades. Oftast blir patienten frisk trots att de goda råden kanske var både felaktiga och farliga. Patienten kan till och med prisa rådgivarna när det i själva verket var kroppens enastående självläkning som var orsaken till tillfrisknandet.

Rätt diagnos är en förutsättning för en säker vård. I en stor del av konsultationerna ställs fel diagnos. Rätt terapi uteblir, vilket är riskabelt, och fel läkemedel med biverkningsrisk förskrivs. För vissa områden torde fel diagnostiken närma sig 50 procent [4, 5].

Då och då poppar missbedömningarna upp. Ibland är det fullt rimligt att initialt inte kunna skilja ut det farliga från det banala. När vi förstår att tillståndet kunde ha tolkats på ett annat sätt

gömmer vi ofta saken i vårt eget sinne i stället för att ta det med till kliniska möten för diskussion och lärdom. Än mindre samlar vi systematiskt dessa missbedömningar. Lokal avvikelserapportering gäller i huvudsak tekniska aspekter, inte de medicinska missbedömningarna. Först vid ansvarsärenden, en försvinnande liten del av alla misstag, och Lex Maria-ärenden ställs kunskapen om fel samman.

Hur ska vi kunna bedöma risker när vi inte vet att de finns och de bara sporadiskt avslöjas av den vetenskapliga utvecklingen eller när våra tidsbundna föreställningar omprövas? Vi handlar i vår vardag i god tro; tycker att våra rutiner är lege artis och att vi följer vetenskap och av myndigheter godkända indikationer för olika behandlingar. Det är en illusion.

## Säkerhetsstudier borde prioriteras

2004 fick 100 000 svenskar som använt Vioxx veta att medlet över en natt blivit akut farligt. En dubblerad risk att få hjärt-kärlkomplikationer innebar att tusentals människor i världen dött av medlet utan att läkare eller sköterskor uppmärksammat något samband. Det var en »tillfällighet« att den skadliga effekten av Vioxx upptäcktes [6].

I primärvården förskrivs merparten av alla läkemedel för långtidsbruk. Säkerhetsstudier borde därför prioriteras. Vilken blir nästa stora »skandal«, där vi läkare – liksom om Vioxx – kommer att säga: Om dessa skador visste vi inget? Multifarmacin hos äldre?

## Politiskt ansvar

Patientsäkerhet är inte bara en professionell fråga. Finns den med när landstingspolitik formas? Varför tillåts frekvent orimliga patientstockar hos utmattade distriktsläkare? Det behövs inga avvikelssystem för att säga att den 23:e hyrläkaren innebär en riskfylld vård. Riksdagsbeslutet om en allmänläkare per 1 500 invånare 2008 skulle betyda mycket för patientsäkerheten. Men detta ord lyser med sin frånvaro i landstingens redovisning för Socialstyrelsen av hur man uppfyllt nationella handlingsplanen och dimensioneringsmålet [7].

Många nya verksamheter införs i landstingsvärlden utan försök att evidensbasera organisationen. Som svar på kritik om dålig tillgänglighet centraliseras och privatiseras sjukvårdsupplysningen. Målet är ett nationellt telefonnummer.

Politiskt har man inte tagit del av årtiondens erfarenhet; att det är den lokala kännedomen om människors förhållanden och beteende vid sjukdom som är determinant för patientsäkerheten.

Nyligen dog en 17-åring i Skåne efter regional rådgivning och en sköterska prickades. Men det finns också ett politiskt ansvar! Vid SFAMs höstmöte 2005 berättade GP Quentin Shaw att Englands nationella sjukvårdsrådgivning lett till ett flöde av ambulanstransporter till sjukhus för banala tillstånd, som i brist på lokal kännedom missbedöms. Därigenom har ambulansorganisationen tamponerats så att svårt sjuka inte kommer till. Central sjukvårdsupplysning är på väg ut.

## Kvalitetssäkring

Lokalt systematiskt förbättringsarbete torde vara det viktigaste för att på sikt minska patientriskerna.

Detta belyses i Kjell Lindströms och medarbetares artikel om att bättre kunskap om njurfunktionen minskar risken för felaktig läkemedelsbehandling av äldre. (Sidans 242 i detta nummer av Läkartidningen). Multipelt svårt sjuka på serviceboenden, ofta med 10–20 läkemedel, är bara en av många stora patientgrupper där forskning kan integreras i vardagsarbetet. Att ett

»När vi förstår att tillståndet kunde ha tolkats på ett annat sätt gömmer vi ofta saken i vårt eget sinne i stället för att ta det med till kliniska möten för diskussion och lärdom.«

## »Vilken blir nästa stora »skandal«, där vi läkare – liksom om Vioxx – kommer att säga: Om dessa skador visste vi inget?»

sådant arbete kommer till stånd, att det finns en vilja att medverka, beror i stor utsträckning på arbetsmiljön, det klimat som finns på en vårdcentral. Det är också avgörande för benägenheten att rapportera fel och försummelser och bedriva självkritik.

Lokalt utvecklingsarbete kontrasterar ibland mot landstingsövergripande och nationella regler och register, som införts i syfte att öka kvaliteten och säkerheten. Det finns en god ambition men också en gräns där det bästa blir det godas fiende. Signeringskravet i syfte att upptäcka skrivfel, som kan ha betydelse för patientsäkerheten, kan vara ett sådant område [8]. En myndighets goda syfte i en enskild säkerhetsfråga kan få omvänd effekt, bli kontraproduktiv, när den ska vägas in i en helhet. Primärvården har stora förväntningar på Kjell Asplunds löften om att evidensbaserade administrativa rutiner.

Många distriktssköterskor längtar efter sina A5-kort där det väsentliga skrevs när det behövdes. Nu sitter sköterskorna vid datorn och skriver kilometer där inte sällan alla träden döljer skogen (= det medicinskt viktiga). Patientsäkerheten kan också ha minskat genom att sköterskor nu ägnar sin tid åt kontorsarbete i stället för direkt patientkontakt. Att datoriseringen kan medföra risker har nyligen uppmärksammats i Läkartidningen [9]. Glädjande är att dokumentation, som förvisso behövs, kan prövas vetenskapligt vad gäller kvalitetsvinster och patientsäkerhet [10].

### Praktikernas roll och teamarbetet

Primärvårdens vardag, inte bara studier, erbjuder oändliga möjligheter att förbättra patientsäkerheten. Varje enskild praktiker kan till exempel bidra till biverkningsrapporteringen. Läkemedel torde vara primärvårdens största säkerhetsrisk. Många allmänläkare gör inte en anmälan om året.

Jag har några gånger skrivit till mina slutenvårdskollegor, som vårdat mina patienter för hjärnblödningar eller dödsfall till följd av ASA- eller warfarinmedicinering. Detta när jag sett i epikrisen att de inte gjort den obligatoriska anmälan. Eftersom det varit mina patienter har jag försynt frågat om det är upp till mig att göra anmälan. I färska studier framgår att endast 3 respektive 13 procent av allvarliga biverkningar med anmälningsplikt anmäls [11,12].

Liksom vid avvikelserapportering [13] är sjuksköterskor duktigare än läkare på biverkningsrapportering [11,12]. Kvalitetsvinster genom samarbete mellan yrkesgrupper är viktiga att väga in i organisationsförändringar av den svenska primärvården. Patientsäkerheten kan komma i fara om vårdcentralernas teamarbete bryts upp.

### Mentalt klimat och rapportering

Det viktigaste på en vårdcentral när något gått fel är den förtroendefulla diskussionen; när en missbedömning gjorts, patienten lidit men eller utsatts för risker på grund av felprioritering i rådgivningen, fördröjd remiss etc. Hur är benägenheten att rapportera fel till register, Lex Maria, fylla in avvikelseblanketter och ta med medicinska indikatorer, som om de ligger dåligt till kan påverka enhetens ekonomiska ersättning?

Dan Andersson redovisar på sidan 238 i detta nummer av Läkartidningen den första sammanställningen som gjorts av ett Lex Maria-material i primärvården. Det är sannolikt toppen av ett isberg. Hur stort är det?

Inga register i världen kan emellertid fånga upp fel och för-

summelser om inte vi som personal vill berätta om våra misstag. Vad styr vår benägenhet till självkritik och rapportering?

Jag satt i ögonrummets halvmörker för många år sedan. Fyra flaskor stod i rad. Först när jag lagt droppen i ögat på patienten upptäckte jag att jag givit vidare i stället för bedövning. Jag berättade för patienten att han kunde få svårighet med avståndsbedömningen ett par timmar men avslöjade inte för någon, inte för patienten heller, att jag hade gjort fel. Det var fejt. Idag hade förhoppningsvis en avvikelserapport skrivits. Under 1990-talet deltog jag i en videogrupp med kollegor från olika vårdcentraler. Det var en utomordentlig metod att lära sig se sidor hos sig själv som är odrägliga eller farliga.

Individuella karaktärsegenskaper hos läkaren samspelar dock med tidsbundna förväntningar, utbildningsklimat och kollegors och personals goda föredöme. Under min yrkestid har läkarrollen förändrats, och läkaren till viss del stigit ner från sin piedestal. Då är det lättare att tala om svårigheterna i yrket. Självbilden rasar inte samman för att ett fel erkänns då och då. Den individuella handledningen för AT- och ST-läkare har förbättrats, men ytterligare kan göras; att i förtroende mellan handledare och blivande yrkesman diskutera felstegen eller de tveksamma bedömningarna, låta känslor – såsom sorg över oförmåga – komma fram och värdera gränserna för när avvikelserapportering och Lex Maria-anmälan ska ske.

### Nödvändig forskning

PubMed ger få artiklar om arbetsmiljöns och psykologiska faktorerens betydelse för avvikelserapportering inom allmänmedicin. Det är dessa mjuka värden som styr öppenheten och viljan att diskutera tillkortakommanden, liksom anmälningsbenägenheten till register och databaser. Jag tror sådan forskning i primärvården är nödvändig för att minska riskerna i vården för patienten, men också som alternativ till angiveri, ansvarsären och civila domstolsprocesser, i värsta fall en utveckling mot USAs system med advokatmaffia och kommersiella motiv för anmälningar. Missriktad patientsäkerhet genom att jaga individuella syndabockar i stället för att se systemfel och riskerna i det inre vårdarbetet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Andreen Sachs M. Utan vilja – ingen säker vård. Läkartidningen. 2005;102:2528-39.
2. Från ord till handling. 2: nationella konferensen om patientsäkerhet. [www.skil.se/artikeldokument.asp?C=382&A=17672&FileID=86982&NAME=SKLkonf72dpi.pdf](http://www.skil.se/artikeldokument.asp?C=382&A=17672&FileID=86982&NAME=SKLkonf72dpi.pdf)
3. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. [www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9063/2006-101-2.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9063/2006-101-2.htm)
4. Lindahl O. Nyhetsbrev från informationsläkare 24/4-05. Jönköpings läns landsting.
5. Marklund B, Tunsäter A, Bengtsson C. How often is the diagnosis bronchial asthma correct? *Fam Pract.* 1999;16:112-6.
6. Drazen JM. COX-2-inhibitors – A lesson in unexpected problems. *N Engl J Med.* 2005;352(11):1131-2.
7. Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens slutrapport 2005. [www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E127CA88-F6FF-438D-9A71-2A5E9925DE24/3665/20051034.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E127CA88-F6FF-438D-9A71-2A5E9925DE24/3665/20051034.pdf)
8. Järhult B. Hur farlig är sjukvården? *Läkartidningen.* 1998;95:479-81.
9. Milerad J. Doktorn i datorns våld. *Läkartidningen.* 2006;103:106.
10. Hassler E, Krakau I. Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke. *Läkartidningen.* 2005;102:2226-9.
11. Jönsson A, Andersson M, Jacobsson I, Hägg S. Large underreporting of cerebral haemorrhage during warfarin treatment in Sweden. Stockholm: Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea; 2005. [www.svl.s.se](http://www.svl.s.se)
12. Bäckström M. Spontaneous reporting of adverse drug reactions [dissertation]. Umeå: Umeå universitet; 2005.
13. Granskning av patientsäkerhetsarbete – med fokus på avvikelshantering i landstinget i Östergötland. Revisionsrapport 2005. [www.lio.se/upload/dokroot/Politiker/Revisor/Revisionskriv4/Patientsakerhet.pdf](http://www.lio.se/upload/dokroot/Politiker/Revisor/Revisionskriv4/Patientsakerhet.pdf)