

# När något gått snett i sjukvården

Text och foto: Anders Fagerlund

*Enligt lex Maria ska vi utreda och anmäla till Socialstyrelsen händelser där en patient kommit till allvarlig skada eller risk för allvarlig skada förelegat. I Uppsala har vi utrett lex Mariafall med centrala team, bestående av läkare och sjuksköterska, sedan 2005. Idag finns två sådana team.*

På uppdrag av chefsläkare försöker vi intervjua alla inblandade, inklusive patient och anhörig, väldigt snabbt efter händelsen. Patient och anhöriga måste få ett beklagande och ibland kris-hjälp. Det är också väldigt viktigt för dem att det som hände dem inte ska inträffa för någon annan. Det är därför viktigt för dem att se att vi lär oss och åtgärdar brister som framkommit i deras fall. Det gör vi genom att ha ett återrapporteringsmöte med alla inblandade, ofta också med patient och anhöriga närvarande. Vi redovisar helt öppet vad som gått snett och vilka åtgärder vi avser vidta för att minska risken för att det händer igen. Det är också självklart att personal mår dåligt när man oavsiktligt blivit inblandad i att en patient skadats, eller i värsta fall avlidit. Det är ett slags arbetsskada som vi i sjukvården kan råka ut för och då kan vi behöva krisstöd, men också för personalen är det väldigt viktigt att det blir ett lärande och återrapporteringsmötena blir ofta terapeutiska.

## SYSTEMFELSSYN VERSUS INDIVIDFELSSYN

All annan riskverksamhet, som till exempel flyg- och kärnkraftsverksamhet, har sedan länge insett att det är i systemen vi ska söka brister och inte skylla på en enskild individ. Det är självklart att det kan finnas någon som är väldigt olämplig för sitt arbete, men i de undantagsfallen är det en ledningsfråga och ingenting för en händelseanalys. En känd guru inom så-

kerhetstänk James Reason har lanserat schweizerostmodellen (se bild). När en svår händelse inträffar beror det ofta på att det kan finnas latent risker som under vissa omständigheter kan leda till skador. Det är ofta flera saker som inträffar, som att en person gör ett misstag, men det misstaget hade kunnat upptäckas av andra innan skadan sker. I sjukvården kan gammal hierarki vara ett hinder för att säga ifrån eller ifrågasätta. När vi händelseanalyserar försöker vi hitta bakomliggande orsaker och föreslå åtgärder för att rätta till dem.

## "NON-TECHNICAL SKILLS"

På senare år har vi i vårt utredningsarbete tagit till oss kunskap som psykologer tillfört (se faktaruta på sidan 26). Ett centralt begrepp är situationsmedvetenhet när vi fattar beslut. Vem som helst av oss kan drabbas av "tunnelseende". Risken för detta är stor när vi är trötta och stressade, vilket tyvärr är väldigt vanligt i sjukvården. I en sådan situation borde man enligt forskning kring flygsäkerhet kommunicera med dem som finns i närheten, fundera över om det finns ett PM eller en checklista. I sjukvården arbetar vi ofta i team, som dessutom ofta förändras, och det är väldigt viktigt att vi lär oss kommunicera rakt och tydligt. Det är det vi kallar SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation). Men det måste också vara en kultur där alla känner att man vågar säga det man tänker. Vi har olika roller och det är viktigt med ett ledarskap som ser fördelarna med att kommunicera med alla runt omkring och att förankra beslut. Det räcker alltså inte med tekniska färdigheter, utan vi måste också ha icke-tekniska färdigheter för att klara de ofta komplicerade situationer som vi hamnar i inom sjukvården.

**LÄRDOMAR FRÅN DET "LILLA SJUKHUSET"**

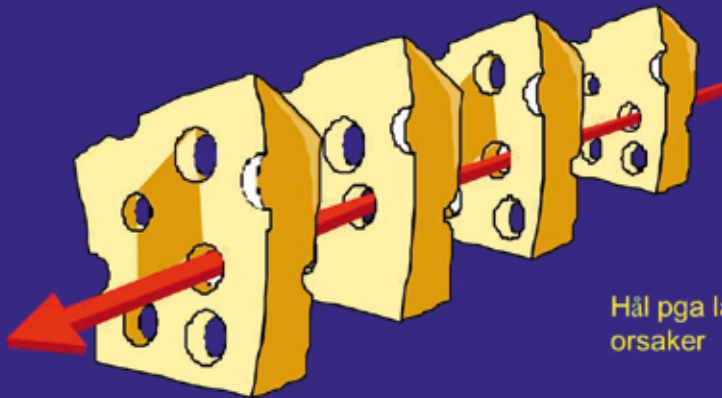
Ett stort subspecialiserat sjukhus har risker som inte finns på ett mindre sjukhus. En svårt sjuk patient med oklar diagnos utreds på ett mindre sjukhus av de mest erfarna läkarna. En snabb vårdkonferens med beslut om vem som verkar vara mest berörd leder utredningen vidare. På stora sjukhus blir det ofta remisskrivande, konsulterna är ofta st-läkare under utbildning och det blir inga klara vårdkonferenser och patienten

hinner bli väldigt dålig. I en utredning nyligen sa en anhörig, som har ett VVS-företag, att när en kund ringde skickade han den mest erfarna för att diagnostisera felet, men hos oss blir det ofta en oerfaren som skickas att undersöka en patient. Det är bland annat skälet till att många sjukhus utbildar akutläkare för att kontinuerligt ha läkare med helhetsperspektiv i första ledet på akutmottagningen. Mina egna erfarenheter från Åland, där vi hade ett sådant system

**Systemmodell för vårdskada enligt J. Reason**

Hål pga aktiva tillkortakommanden

Felbedömning



Vårdskada

Hål pga latenta orsaker

Successiva barriärer

redan på 90-talet, var att st-läkare som jourade nattetid lärde sig mycket av de fasta akutläkarna och variationen blev väldigt mycket mindre i patienthanteringen.

#### VILKA PROBLEM MÖTS VI AV?

Den undersökning som Socialstyrelsen publicerade om patientskador 2007 visade att uppskattningsvis 105 000 patienter skadades i undvikbara händelser och av dem dog 3 000 och 10 000 fick bestående men. Under mättiden anmäldes färre än 500 fall till lex Maria. Det visar på en betydande underrapportering och därmed att vi går miste om ett möjligt lärande. Patient, anhöriga och inblandad personal som kanske mår dåligt av det som hänt får heller ingen hjälp att bearbeta händelsen. Vi behöver alltså få reda på fall som går snett. Ansvarig för det är i första hand verksamhetschefen för den verksamhet som varit inblandad. Vi måste också tydligt kunna skilja på person och sak. Det är ingen som medvetet vill att något fel ska hända och vi måste se att det skulle kunna hända vem som helst av oss och att vi alla har glädje av att hitta åtgärder för att minska risken för att någonting går snett. Vi behöver se alla patienter som våra patienter, också på ett stort sjukhus oberoende av vilken verksamhet vi arbetar i. Platsbrist och interndebitering får inte vara ett skäl till att någon svårt sjuk patient kommer till skada, då har vi prioriterat fel. Det är viktigt att påpeka att det i de flesta fall går bra och att vi också försöker lära oss av händelser där allt fungerat väldigt bra. Ett sådant, som jag själv varit litet inblandad i, är att analysera hur sjukvården tog hand om dem som skadades efter sprängningen av regeringskansliet i Oslo samt dödsskjutningarna på Utöya. Det var ett 40-tal patienter som svårt skadade hanterades på Ullevåls sjukhus och allt fungerade klanderfritt. Det var förstas en krigsliknande situation, men det visar att sjukvården kan fungera väldigt bra om alla patienter är allas patienter och vi inte har någon hierarki och stuprör som hindrar.

#### NTS-FÄRDIGHETER

- Situationsmedvetenhet
- Beslutsfattande
- Kommunikation
- Teamarbete
- Ledarskap
- Stresshantering
- Trötthet



Författarpresentation: Anders Fagerlund, dels patientsäkerhetsstrateg som centralt gjort mer än 150 händelseanalyser på Lex Maria-fall på Akademiska sjukhuset, dels överläkare barnreuma där jag låter patienterna kommunicera per mejl och i stort själva bestämma sitt besöksbehov.