

inte se sjukhusvården separat från sjukhem och hemsjukvård, utan måste utnyttja de tekniska resurser som redan finns för kommunikation mellan sjukhus och primärvård.

Uppdelningen av gamla och multisjuka patienter i antingen sjukhuspatienter eller patienter tillhörande primärvården är ett föråldrat synsätt. Dessa vårdnivåer måste integreras mer bland annat med hjälp av tekniska resurser för att sjukvården för våra äldre ska bli

mer human. När den äldre multisjuka patienten blir ett samarbetsprojekt mellan det som i dag kallas primärvård och specialistvård blir styckprisfinansieringen med DRG-ersättning meningslös, och det svartepetterspel som sker med våra gamla patienter mellan landsting och kommuner kommer att försvinna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008. Stockholm: ECDC; 2008.
2. European Commission. Eurostat. Number of Hospital beds, EU 27 (per 100 000 inhabitants). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046>
3. Helseidrektoratet. Kvalitetsindikatorer spesialisthelsetjenesten. N-001 Korridorpatienter. <http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>
4. Lanbeck P. Enkelrum minskar infektionsspridning. Läkartidningen. 2011;108:386.

apropå! Peter Pronovosts moraliska val:

Orsakerna ligger inte utanför, inte innanför, utan mellan oss!

Plötsligt stod han där, längst framme på scenen – Peter Pronovost, estradören, i välskuren mörk kostym, oklanderlig vit skjorta och en slips som kastade ett grönt skimmer ut över salen. Kontrasten blev stark när han sa: »Vi måste ändra vår attityd. Vi måste bli mer ödmjuka!«

»Låt mig inte dö!« vädjade tvåbarnsmamman med stark hereditet för subaraknoidalblödning. Den klarade man bra. Hon dog av en sjukhusinfektion. Den tre och ett halvt år gamla flickan dog inte heller av sin sjukdom utan av en infektion. Hennes förtvivlade moder krävde den ansvarige chefen på ett ärligt svar.

Peter Pronovost slog ut med armen mot oss: »Ni vet, jag svarade som vi brukar! Det var många faktorer. Vi gjorde allt vi kunde.«

Till sist måste han kapitulera, tystna.

»Du har rätt!« sa han. »Ditt barn var värt en bättre vård.«

Och så kom de två oerhörda satserna: »Mitt sjukhus, Johns Hopkins universitetssjukhus, dödade den lilla flickan.«

Och än värre, om sig själv som chef: »Jag ville inte döda, men jag gjorde det!«

Det är första gången jag hör en ansvarig läkare så tydligt ta personligt ansvar för bris-

terna i det sjukhussystem vi skapat tillsammans. En förutsättning för radikala förändringar.

Under sju miljoner år var vi en ekologiskt obetydlig afrikansk djurart på omkring 50 000 individer. Alltid hotade av yttre fiender: naturkatastrofer, vilda djur, hungersnöd. Under 250 år har vi nu byggt ett aldrig tidigare skådade samhälle föga anpassat till våra evolutionärt utvecklade förmågor.

Tidigt upptäckte man att samhällets fysiska utformning krävde stora offer. Människor dog i mängd – i industrier, på vägar och i luften. Enligt väl inövade tankebanor förlade man orsakerna utanför människan. Öde, slump. Inget vi kan göra något åt.

Senare identifierade man enskilda människor som gjort fel. Olycksfågeln blev syndabockar. Orsakerna förläggs nu inne i människan. Först mot slutet av 1900-talet börjar man tänka i system. Orsakerna förläggs nu mellan människorna, till de komplicerade system vi skapat. Då kom de stora framgångarna.

I början på 1980-talet upptäcker man att också samhällets psykosociala konstruktion skördar sina offer. Människor dör i mängd; i suicid dör globalt en miljon varje år.

Många tror fortfarande att det beror på ödet eller slumpen, inget vi kan ta ansvar för eller göra något åt.

Huvuddelen av suicidpreventionen har emellertid fastnat i ett isolerat individperspektiv. Det är enskilda personer med depression som är problemet. Diagnostik och behandling av dem är suicidpreventionens kärna. Först nu är vi beredda att ta steget över i systemtänkande, med möjlighet till personligt ansvar för de system som dödar dem. Det är först genom systemen som vi kan få syn på den enskilda personen. Först nu kan vi förvänta oss de goda resultaten. Om några decennier eller senare. Därför måste vi börja nu.

»Gå inte på det!« varnade

Peter Pronovost och citerade Margaret Mead: »Många tänker att en enskild person, en enskild grupp, inte kan förändra världen. När sanningen är att världen aldrig förändrats utan ett en enskild person, en enskild grupp, börjat göra det.«

Så krönte han föredraget med berättelsen om Roger Bannister, som i maj 1954 sprängde drömmilen, den förste under fyra minuter. Avgörande var att Bannister trodde att det var möjligt och att han arbetade målmedvetet och hårt för att lyckas.

Peter Pronovost införde en enkel checklista för att hindra smitta genom sond eller kateter. Kring checklistan skapade han en säkerhetskultur som spred sig. Hundratusentals onödiga dödsfall undveks. Konkret visade han att en persons, en grupps insatser kan ha genomgripande betydelse. Som fraktaler sprider sig mönstret i nya sammanhang. Han trodde att det var möjligt, därför gick det.

»Jag ville inte döda, men jag gjorde det!« Det personliga ansvarstagandet inför döden är första steget för att åstadkomma förändringar inom de mycket komplicerade och ofta dödade strukturerna/systemen mellan oss. Den gången gällde det infektioner. Men det gäller också olyckor, också suicid, också globalt, också fem i tolv. Så kan Peter Pronovosts moraliska handling bli början på en smärtsam process som leder till frihet och handlingskraft.

Peter Pronovost, anestesilog och forskare vid Johns Hopkins University School of Medicine, inledningstalade vid årets medicinska riksstämman.



Foto: Göran Segeholm

Jan Beskow

professor, psykiater, Göteborg; vice ordförande i Suicidprevention i Väst (SPIV) jan.beskow@informab.se