

Patientsäkerhet är sjukvårdens viktigaste strategiska fråga



LILI SKARBY, organisationskonsult, psykolog, vd Cordicon AB, Stockholm
lili.skarby@cordicon.se



JON AHLBERG, docent, medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm; chefläkare, Patientförsäkringen LÖF

När en vårdskada eller ett tillbud sker är det ett trauma i första hand för patienten, som har behov av öppen information, snabbt omhändertagande och att kunna lita på att det inte händer igen eller att det inte händer någon annan. Men det är också ett trauma för de inblandade medarbetarna.

Dessa bägge effekter är mer sammankopplade än vad som först kanske inses. Det är inom två viktiga områden (förutom för patienten) som stöd behöver sättas in:

- Systematiskt krisstöd till de inblandade anställda.
- Systematisk avvikelshantering som leder till utvecklade rutiner, som minskar risken för liknande framtida händelser.

I en artikel av Magna Andreen Sachs et al i detta nummer av Läkartidningen framgår att de inblandade personerna själva vet vad de skulle ha behövt för stöd och hjälp: »Ett systematiskt stöd i form av samtal med kolleger och chefer efterfrågades« och »Informanterna underströk vikten av att i samtal --- få bidra till att analysera händelsen, förhindra upprepning och dra lärdomar av det inträffade«.

Av dessa två citat framgår också vikten av att använda det andra området, avvikelshantering, så att det också stärker den krishantering som individen behöver. Det vill säga att de inblandade medarbetarna, på ett genomtänkt sätt, får medverka i det systematiska utvecklingsarbetet.

Starka skäl för att sätta in stöd

Varför ska då en organisation lägga energi på att ta fram systematik inom dessa två områden?

Det viktigaste skälet är naturligtvis ren medmänsklighet, vilket artikeln tydligt belyser. Men det finns ytterligare starka skäl.

För alla organisationer finns tre huvudområden som måste hanteras:

- Vilken verksamhet ska vi bedriva? På vilket sätt, i vilka processer, ska denna verksamhet ske?
- Vilka anställda behöver vi och vad behöver vi göra för att behålla och utveckla medarbetarnas kompetens?
- Vilka resurser och vilken ekonomi har organisationen, och hur ska de kontrolleras och styras?

Dessa tre områden interagerar och är beroende av varandra.

Vilken verksamhet man bedriver påverkar de anställdas arbete och deras arbetsmiljö.

De anställda är den viktigaste kvalitetsfaktorn och också den största kostnaden i en sjukvårdsorganisation.

Ekonomi påverkar i allra högsta grad både vilka anställda man kan ha och vilka diagnos- och behandlingsmetoder som kan användas.

Hur väl verksamheten lyckas använda sina medarbetare i systematiskt kvalitets- och processarbete är avgörande för såväl verksamhetsutfall som ekonomi.

Organisationen är det »tredje offret«

Om vårdskador inträffar och leder till att anställda mår dåligt, kommer det att resultera i sämre produktivitet hos dessa medarbetare, vilket leder till uteblivna intäkter. Om de anställda får sämre självförtroende, kommer det troligen också att påverka kvaliteten i det arbete de utför.

Om inte verksamheten systematiskt drar slutsatser av de misstag som begås, blir hela verksamhetens kvalitet lidande. Verksamheten behöver då lägga mycket kraft på att rätta till misstagen. Det finns undersökningar som ger vid handen att man skulle kunna göra betydande besparingar av sjukvårdens kostnader om man fick bort alla misstag som begås [1, 2].

Organisationen kan därför anses vara



Patientsäkerhet måste sättas högt upp på sjukvårdens agenda. Inte bara patienter drabbas av vårdskador, även vårdmedarbetarna och organisationen blir lidande – och det kostar pengar.

Illustration: Colourbox

det »tredje offret« vid vårdskador; organisationen gör sig själv till ett offer, om den inte ser till att systematiskt bedriva både krisstöd och avvikelshantering vid vårdskador och tillbud.

Krisstöd efter beprövade metoder

Krisstödsarbetet kan läggas upp efter de väl studerade och beprövade metoder som finns och som uttrycks tex i av Cullberg beskrivna krisfaser: chock, reaktion, bearbetning och nyorientering [3].

I chockfasen behöver medarbetarna känslomässigt stöd i form av att de omedelbart blir kontaktade av sin närmaste chef och gärna en av organisationen utsedd »krishanterare«. Medarbetarna behöver också en tydlighet i att (så detaljerat och fort som möjligt) gå igenom vad som faktiskt hände. Det är viktigt att inte släta över, utan att oförskräckt

SAMMANFATTAT

Vårdskador drabbar tre offer – patienten, inblandade medarbetare och organisationen.

Patienten ska informeras om skadan, få ett beklagande och snarast ges adekvat behandling för skadan.

Inblandade medarbetare ska ges systematiskt krisstöd.

Patienten och medarbetarna ska göras delaktiga i arbetet med att ta fram åtgärder för att förhindra en upprepning.

ta reda på sanningen så långt det är möjligt.

I reaktionsfasen behöver medarbetarna möjlighet att, vid i förväg uppgjorda och återkommande tillfällen, få bearbeta de känslomässiga reaktionerna.

I bearbetningsfasen behöver de få delta i händelseanalys och i det systematiska avvikelshanteringsarbetet.

I nyorienteringsfasen behöver medarbetarna få se tydliga bevis för vad hanteringen av misstagen lett fram till i form av förändrade rutiner eller dylikt och få sammanfatta övergripande slutsatser både på det personliga planet och vad gäller verksamheten, dess innehåll och utformning.

Det är också av stor vikt att chefer som ska genomföra detta systematiska krisstöd har kunskaper och får handledning i hur de ska utforma sitt ledarskap i dessa situationer.

Sjukvården når inte Six Sigma

Systematisk patientsäkerhetsutveckling är ett bredare begrepp, där avvikelshantering är en viktig del och kan bedrivas utifrån väl beskrivna metoder för förbättringsarbete [2].

Six Sigma är ett mått på, och en metod för, säkerhet och kvalitet [4]. För att få kalla sig »högsäkerhetsorganisation« behöver man ha uppnått just 6 sigma, vilket innebär att man i det dagliga arbetet har max 3,40 fel per miljon producerade enheter eller felmöjligheter. Kärnkraftsindustrin, det civila flyget och offshoreindustrierna har uppnått denna nivå.

Vid ungefärliga beräkningar ligger sjukvården i stort på runt 3 sigma, vilket betyder 67 000 fel per miljon producerade felmöjligheter. Dessa 67 000 fel innebär mänskligt lidande för patienter och anställda.

Felen innebär även resursslöseri till följd av ökade kostnader för patienten och för vården, som måste rätta till de fel som uppstår. Samtidigt pågas sjukvården i dag av återkommande kortsiktiga besparingar – besparingar som ofta

resulterar i personalnedskärningar, som i sin tur gör att medarbetarna får springa fortare, vilket i sin tur kan öka risken för vårdskador.

Tid och resurser behövs för utveckling

Varför gör man då inget långsiktigt åt detta problem, dvs utvecklar verksamheten så att den blir både säker och effektiv? Det är just det de flesta sjukvårdsorganisationer försöker göra. De flesta stora sjukhus fokuserar i dag på metoder för verksamhetsutveckling, som går under beteckningar som lean, flödesarbete, Toyotamodellen eller något annat med fokus på processen sedd ur patientens perspektiv.

Varför lyckas man då inte bättre? Ett skäl är att ledningarna inte vågar eller förstår att de måste investera i den tid det tar att ta fram förbättrade system för säkerhet och effektivitet. I stället tycks många ledningar tro att om man gör personalnedskärningar först, kommer de förbättrade flödena att fixa sig själva. Det som behövs är tid och resurser för att kunna göra sund och fortgående verksamhetsutveckling.

Ett annat återkommande skäl är att alla metoder och metodnamn ofta väcker motstånd och riskerar att krångla till det. Faran är att medarbetare upplever att detta är något nytt som de inte kan. Naturligtvis ska man använda metoder som varit framgångsrika i industrier och andra verksamheter, men ledningen behöver signalera att de tror på att medarbetarna egentligen vet vad som behöver göras, bara de ges tid och stöd.

Läkare både kan och vill

En annan vanlig förklaring man ofta hör är att »det är svårt att få med läkarna i förbättringsarbetet«. Man säger att »läkare är individualister, som vill göra saker på sitt eget sätt och motsätter sig standardisering av arbetssätten«.

Är detta sant? Efter lång erfarenhet med ledning och ledningsutveckling inom sjukvården är vi beredda att svara ett tydligt nej på den frågan. Läkare är

både villiga och kunniga att bedriva systematiskt utvecklingsarbete, men de behöver tid för det.

Läkare hävdar ibland att standardisering tar bort möjligheten till individuella beslut i varje enskild situation, något som naturligtvis är nödvändigt i det medicinska arbetet. Det hindrar emellertid inte att det går alldeles utmärkt att skapa standarder för hur individuella beslut kan och ska tas, och dessutom dokumenteras.

Ta till vara medarbetarnas förslag

En annan mycket viktig orsak till att verksamhetsutvecklingen inte ger förväntade resultat är att den inte decentraliseras tillräckligt mycket. Vi möter många gånger tron att man endast högt upp i organisationen har vetskap om hur saker ska göras och därför inte känner till till sina medarbetares förmåga och drivkraft i förbättringsarbetet. Därmed inte sagt att ledningens engagemang är utan betydelse, tvärtom är den en grundläggande förutsättning.

Det som behöver göras är att på basis av fakta analysera hur verksamheten ser ut och var risker, flaskhalsar och dubbelarbete finns. Åtgärder kan då sättas in.

Kognitiv psykologisk forskning har bidragit med goda kunskaper om den mänskliga faktorn, alltså om hur det går till när vi gör misstag och felbedömningar och hur vi bygger system för att undvika dem [5].

Det är hög tid att vi bygger organisationer som tar till vara medarbetarnas förbättringsförslag. Genom systematiskt krisstöd och mer avsatt tid till systematiskt patientsäkerhetsarbete kan vi minska lidande för såväl patienter som vårdpersonal. En sådan investering skulle med all sannolikhet ge bättre vård per skattekrona jämfört med dagens kortsiktiga besparingsåtgärder och kostnader för att åtgärda de fel som uppstår.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Vill du skriva en medicinsk kommentar?

Kontakta Michael Wilczek, tf medicinsk redaktionschef: michael.wilczek@lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen

LÄS MER Artikel sidan 550

REFERENSER

1. Øvretveit J, Andreen-Sachs M. Brister i patientsäkerhet och övrig kvalitet – vilka är kostnaderna? *Läkartidningen*. 2005;102:140-2.
2. Nordström G, Wilde-Larsson B, redaktörer. *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Cullberg J. *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur & Kultur; 2006.
4. *Six sigma i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2008.
5. Dekker S. *The field guide to human error investigations*. Aldershot, Storbritannien: Ashgate Publishing Company; 2006.