

»Vi är en del av en stark internationell rörelse för bättre patientsäkerhet«

– Många av er som är här är eldsjälar i patientsäkerhetsarbetet. Eldsjälarna kan ibland känna sig rätt ensamma, men om ni ser er omkring så är ni inte ensamma.

II Och om någon trodde att Sverige på något sätt är ensamt, unikt eller mer framstående i patientsäkerhetsfrågor än andra länder så är det fel. I själva verket är vi som är här idag en del av en stark internationell rörelse för bättre patientsäkerhet.

Det sade Socialstyrelsens chef Kjell Asplund när han inför drygt 700 deltagare invigde den andra nationella patientsäkerhetskonferensen i Stockholm.

Han berättade att WHO arbetar mycket med dessa frågor och nyligen har etablerat ett globalt nätverk. EU gör det också, bland annat genom Luxemburgdeklarationen om patientsäkerhet i Europa. OECD har tagit fram 20 kvalitetsindikatorer med inriktning på patientsäkerhet och så vidare.

– Många professionella organisationer, både nationella och internationella, har spännande ambitiösa program kring patientsäkerheten, framhöll han.

I USA dör 98 000 människor i vårdrelaterade skador varje år, två miljoner får vårdrelaterade infektioner. Skulle man översätta det till svenska förhållanden blir det 4 000 dödsfall per år samt 80 000 vårdrelaterade infektioner.

Väldigt mörkertal

– Förfärande siffror. Men så illa kan det väl ändå inte vara i Sverige? Svaret är att vi egentligen inte vet förrän vi systematiskt mäter skador och komplikationer i vården. Det har mätts och då har man nästan genomgående avslöjat problemets allvar.

Några svenska siffror – till patient-skadeförsäkringen anmäls 9 000 skador, HSN får över 3 000 anmälningar och Socialstyrelsen får över 1 000 Lex Maria-anmälningar – varje år.

– Alla dessa skador är inte vårdrelaterade. Men å andra sidan finns ett väldigt mörkertal – långt ifrån alla skador anmäls, underströk Kjell Asplund.

Institutet för hälsoekonomi beräknade nyligen årskostnaderna för skador vid fem typer av operationer samt förlösningar. Enbart för dessa sex insatser räknade man med en årskostnad för skador på 186 miljoner kronor.

– Så man kan lugnt säga att det totalt sett rör sig om miljardkostnader, säkert

mångmiljardkostnader varje år. Och bakom dessa råa siffror döljer sig mycket lidande, påpekade Kjell Asplund.

– De som säger att »skador händer inte här, de händer inte i Sverige, de händer inte mina patienter i alla fall«, har fel. Det händer här. Så frågan är inte om det händer här utan i stället: Vad kan vi göra för att reducera riskerna?

»Bara inte någon annan drabbas«

Kjell Asplund berättade att han får en hel del telefonsamtal och mail från dem som drabbas av skador i vården och från sjukvårdspersonal som tycker att de behandlats orätt i utredningar och disciplinärenden. Det har fått honom att reflektera över två saker:

Det första är patienternas engagemang. En del är bittra, andra sorgsna, ilska, några vill resonera, analysera. Men en sak har nästan alla gemensamt: De säger »bara inte någon annan också drabbas«.

– I det tycker jag att de har fångat själva kärnan i vad vi vill med de lärande systemen som vi diskuterar: bara inte någon annan också drabbas.

Risk- och orsaksanalys, systematiska journalgenomgångar, system för avvikelserapportering – det är det som patienternas maning syftar till när de säger »bara det inte händer någon annan också«, menade Kjell Asplund.

Hög patientsäkerhet, god arbetsmiljö

Hans andra reflektion handlar om trygghet också för sjukvårdens personal. Att arbeta i ett system där säkerheten är dålig, att utsättas för det oerhörda: att riskera att patienterna skadas är påfrestande, det är dålig arbetsmiljö, ansåg han.

Att i stället arbeta i ett system där man gjort mycket för att inte utsätta patienterna för fara är tryggt. Hög patientsäkerhet blir en fråga om god arbetsmiljö.

Kjell Asplund berättade att Socialstyrelsen träffar landstingsledningarna i landet och då särskilt hör sig för om patientsäkerhetsarbetet. Vissa landsting har



FOTO: BENGT ALM

»God patientsäkerhet är något av en grundsten för all sjukvård, sade Kjell Asplund.»

hunnit långt, andra mindre långt.

– Men alla som vi har träffat lägger i alla fall ner kraft på att förbättra patientsäkerheten.

Han hänvisade till att det också finns mycket av bredare samarbete över landstingsgränserna och nämnde VRISS (Vårdrelaterade infektioner ska stoppas), som ett exempel. Det är ett multidisciplinärt genombrottsprojekt med 21 team över hela landet. (Se artikel längre fram).

Socialstyrelsens ledning träffar också socialchefer och socialnämndsordförande i kommunerna.

– Inom äldreomsorgen är patientsäkerhetstänkandet mer varierande. Ibland är det väldigt tydligt, men ofta är det inte särskilt utvecklat. Där finns mycket att göra, kritiserade Kjell Asplund.

»Oerhört viktigt«

En högteknologisk sjukvård måste ha säkerhetssystem och omgärdas av säkerhetskultur som matchar högteknologin och de risker som den innebär. Men åtminstone från Socialstyrelsens perspektiv är det inte där som de riktigt stora patientsäkerhetsvinster finns att hämta. I stället handlar det om läkemedel till äldre, fallolyckor, infektioner, risker inom psykiatri. Inte så glamoröst kanske men oerhört viktigt.

God patientsäkerhet är något av en grundsten för all sjukvård. Den gamla Hippokratiska grundsatsen »Först av allt skada inte«. Det måste vara själva basen för all god sjukvård, hävdade Kjell Asplund.

– Vi måste bättre utnyttja de möjligheter vi redan idag har att bygga analyserande och lärande system. För att ta ett exempel: Avvikelserapporteringen.

– De flesta landstingen har nu byggt upp bra inrapporteringssystem. Men informationen kunde ju utnyttjas mycket bättre för analys och återkoppling. Nu sker det lokalt på kliniken eller vårdcentralen, men för att också andra ska lära behövs att analyserna och erfarenheterna sprids. Här återstår mycket att göra, vi måste lära i större sammanhang.

Han påpekade att om någon i vården upptäcker en gynnsam effekt, en ny gynnsam metod så missionerar hon eller han för att den kunskapen ska spridas. Om någon upptäcker en allvarlig risk för patienten så måste man fråga sig: har vi samma drivkraft, samma energi för att missionera om det?

Tom Ahlgren

Händelseanalys i stället för bestraffning har lett till förbättrad patientsäkerhet i USA

Läkare som begår ett fel och orsakar patienten en skada ska inte bestraffas, oavsett utgången av skadan. Händelsen bör i stället analyseras för att förhindra liknande skador i framtiden. Det menar James P Bagian, chef för National Centre of Patient Safety vid Veterans Affairs i USA.

II Veterans Affairs, VA, ger vård till anställda och tidigare anställda inom den amerikanska försvarsmakten vid något av VAs 170 sjukhus i USA. Redan 1997 försökte VA utveckla en organisation för utbildning och forskning inom patientsäkerhet, men efter två år och med magert resultat kontaktades James P Bagian. Han har en unik erfarenhet av säkerhetsutveckling, såsom ingenjör, läkare och astronaut inom NASA.

James P Bagian har över 300 flygtimmar i rymden bakom sig, och han deltog bland annat i planeringen av akutmedicinska insatser och eventuella räddningsaktioner inför de första avfärdena med rymdfärjor. Bagian har även på ett smärtsamt vis fått uppleva den mörka baksidan av fallerad säkerhet.

– Över 10 procent av mina astronautkolleger är idag döda. Jag har personligen deltagit i tillvaratagandet av kvarlevorna efter olyckor med rymdfärjor, och talat med de anhöriga och försökt förklara, säger James P Bagian.

Undviker bestraffning

Då Bagian föreslog VA en rad åtgärder som syftade till att förbättra patientsäkerheten, fick han acceptans för hela konceptet. Ett starkt önskemål från VA var dock att James P Bagian själv kom och ledde arbetet. Han blev i februari 1999 chef för en ny organisation inom VA, National Centre of Patient Safety, NCPS, och 18 månader senare hade NCPS infört ett koncept med verktyg för att analysera tillbud i vården på samtliga 170 sjukhus.

– Vi införde bland annat att inte bara felbehandlingar anmäldes, utan även tillbud. Vi kallar dessa »close calls«, så som man gör inom civilflyget, och inte »near misses«. Vi menar att det är genom att analysera orsakerna även dessa close calls, i större utsträckning än inträffade felbehandlingar, som säkerhetstänkandet ökar och framtida misstag kan förhindras. När vi startade NCPS svarade den rapporteringen för mindre än 1

procent av anmälningarna, idag är de i majoritet, säger Bagian.

NCPS program för ökad patientsäkerhet bygger bland annat på att läkare och andra sjukvårdsanställda som begår misstag, inte bestraffas och deras namn inte blir offentliga. Tillbud ska istället utnyttjas för att öka säkerheten. Den grundläggande principen är att ingen, oavsett träning och erfarenhet, kan bli så duktig att misstag inte begås. Även den har hämtats direkt från säkerhetstänkandet inom civilflyget.

– I flyget vet man att ett misstag i stort sett aldrig beror på enbart den enskilde piloten. Säkerheten kan alltid förbättras med hjälp av teknik och bättre rutiner. Till skillnad från många läkare, som menar att det är andra läkares och andra läkares patients problem, så vet piloten att man själv mycket väl kan vara den som begår ett misstag. Det gör dem mycket motiverade i säkerhetstänkandet.

– Tillsammans med bland annat patientorganisationer och fackföreningarna har vi tagit fram kriterier för händelser i sjukvården som inte bör bestraffas, utan som kan användas för att förbättra hela systemet. Är misstag kopplat till en risk för bestraffning blir rapporteringsfrekvensen mycket mindre och det skapar en känsla av skam. Det viktigaste måste ju vara att förhindra att det upprepas, det har man förstått inom flyget. Men för att få acceptans för det sättet att arbeta, inte minst från media och allmänheten, måste vi vara tydliga i vad som faktiskt bör bestraffas. Vi använder »med avsikt osäkert agerande« som utgångspunkt för sådana tillbud. Det kan röra sig om att läkaren varit berusad, eller kanske använt en metod som han eller hon i förväg visste var farlig. Sådana händelser hanterar vi inte själva, utan överlämnar till VAs administrativa enhet, säger James P Bagian.

Inte professionella analyser

För att analysera misstag i vården har NCPS tagit fram olika verktyg, som kan användas av alla i en vårdorganisation efter en kortare utbildning. Det handlar



James P Bagian, chef för National Centre of Patient Safety i USA och en av huvudtalarna vid patientsäkerhetskonferensen, menar att sjukvården måste lära sig säkerhetstänkande av det civila flyget.

Foto: Peter Öhn

om att hitta orsakerna – främst de mest kritiska inslagen som lett till ett misstag, rapportera, utreda och föreslå åtgärder för att undvika framtida liknande händelser. Sedan starten 1999 har läkare från hela världen genomgått utbildningen, även läkare från Sverige.

Det finns flera anledningar till att inte professionella riskanalytiker ska utföra analysarbetet, menar Bagian. En professionell analys leder oftast till förslag på en lösning, samma lösning för alla liknande händelser. Tio personer innebär tio tänkbara lösningar. Det skapar ett kreativare säkerhetsarbete. Är vårdgivaren den som analyserar så kommer den aktuella personen dessutom att själv bära med sig kunskapen om just den aktuella risken under hela sitt yrkesliv, och därmed även kunna förebygga den. Det förebyggande arbetet får också en större acceptans bland kollegerna, menar Bagian, om det inte bygger på påbud uppifrån i hierarkin utan från kolleger som man känner förtroende för.

Att på detta sätt strukturerat utreda riskhändelser har nu fått en allt större spridning, inte bara bland vårdgivare i USA. Ett vedertaget begrepp är »root cause analysis«, men James P Bagian är kritisk till begreppet även om också NCPS använder det.

– Det är en dålig beteckning eftersom den syftar på »orsak«, i singularis. Men det är aldrig frågan om en enda orsak, och vi brukar därför säga »root cause, and contributing factors«.

Datateknik för ökad säkerhet

Bland exempel på åtgärder som NCPS arbete bidragit till nämner Bagian införandet av ett streckkodssystem som gör att vårdgivaren, genom att scanna pati-

entens streckkod som finns på ett band kring handleden, på en dator kan utläsa vem patienten är, vilken medicin patienten har fått, vilken tid den gavs, hur den administrerades, etc. Metoden har lett till att felmedicinering och felaktig administrering av läkemedel i stort sett upphört.

Ett annat exempel är en rad åtgärder som införts för att minska risken för kir-

urgiska misstag. De innefattar krav på en tydlig kommunikation, muntlig och skriftlig på ett lättbegripligt språk, mellan kirurgen och patienten om vad som ska göras, att kirurgen markerar med sina initialer på den plats på huden där ingreppet ska göras, och dubbelkoll med operationssköterskor och anestesilog strax före ingreppet av vem patienten är och vilket ingrepp som är aktuellt.

– De felbehandlingar vid kirurgi som ändå inträffar beror på att något av säkerhetsstegen ignorerats. 1 procent av felbehandlingarna idag beror på att man missat ett av dessa steg, vid 85 procent av felbehandlingarna har tre eller fler steg missats, säger James P Bagian.

Peter Örn

Frilansjournalist

Läkarförbundets ordförande sätter patientsäkerheten högt på agendan

»Alla skador och risker för skador måste rapporteras och analyseras«

Alla inträffade skador och risker för skador måste inrapporteras och analyseras för att få fram varför de skedde, rutiner måste ändras så att situationen inte uppstår igen, och andra måste kunna lära av misstagen.

II Det är delar i Läkarförbundets recept för att öka patientsäkerheten, som presenterades bland annat i en ledare här i Läkartidningen för en dryg månad sedan (nr 34) under rubriken »Säker vård – en självklarhet«. Ett problem är att just läkarna, enligt många källor, är sämst på avvikelserapportering, senast redovisat under den nationella patientsäkerhetskonferensen.

Varför är det så Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Sveriges läkarförbund?

– Jag tror det beror på många olika saker. Dels finns en viss rädsla att rapportera när något blivit fel. Dels tycker många läkare att »det där är ingenting som jag behöver göra, det är en sak för sjuksköterskorna«.

– Ytterligare en del är att man inte har sett att rapporten faktiskt har lett till någonting – det blir ingen feedback på avvikelserapporten. Man kan rapportera hur mycket som helst. Vi kan få läkarna att rapportera 100 procent, men därför är det inte säkert att det händer någonting. Vi måste visa att vi systematiskt följer upp rapporterna och analyserar dem, göra riskanalyser. Och man måste ge feedback. Jag tror nog att om du skulle fråga läkarna skulle de säga: »Ja, men det händer ju ändå ingenting.«

Men du pratar också om rädslan, är det rädslan för att själv »åka dit« om man rapporterar att man gjort fel?

– Ja, och rädslan finns, skulle jag vilja säga, framför allt hos de yngre. Det

gäller att hålla ryggen fri. Det har vi sett i undersökningar från de yngre läkarnas organisation Sylf.

– Vi har också fortfarande en kultur i kåren som inte är så tillåtande som den borde vara. Vi vågar inte diskutera att vi faktiskt har brister. Ett problem är att vi inte är tillräckligt öppna om att alla kan göra fel.

– Jag tror att vi skulle kunna åstadkomma en öppnare kultur om man ändrar från att ha ett represivt system till att i stället inrikta sig på att skapa en bättre kvalitet.

Men andra, till exempel sjuksköterskor, riskerar också att »åka dit« när de anmäler avvikelser. Ändå anmäler de mycket mer. Är det så att läkarna är mer rädda att göra bort sig inför kollegor och andra om de berättar att de gjort fel, finns det ett prestigeänkande hos läkarna?

– Ja, det gör det också. På en hel del ställen går man igenom de fel som har begåtts utan att lägga skuld på någon. Kan vi få det dithän, tror jag nog att man kan se att det inte är så farligt att säga att man gjort fel.

Från Läkarförbundet – vad ska ni göra centralt?

– Vi måste se till att det antingen blir en lagändring så vi kan få ha ett anonymt rapporteringssystem, vilket vi inte har idag, eller att vi får göra ett pilotförsök



En nöjd Eva Nilsson Bågenholm konstaterar att konferensen om patientsäkerhet lockade många chefläkare.

där man prövar ett system med anonyma rapporteringar och riktar in sig på att åtgärda systemet och inte på att straffa individen. Det ska vi nu driva från vår sida.

Men hur ska ni försöka påverka era medlemmar att ta ett större ansvar för patientsäkerhetsfrågorna, det måste ni väl också arbeta med?

– Det är oerhört viktigt att få läkarna att ändra synsätt. Vi jobbar på att få med våra medlemmar på tåget. Det måste vi göra. Vi måste sprida budskapet via våra delföreningar i samband med olika möten, vi måste sätta patientsäkerheten högt upp på vår agenda.

Den måste vara en viktig fråga i alla sammanhang vi träffas.

För två år sedan hölls den första nationella patientsäkerhetskonferensen som mynnade ut i ett omfattande åtgärdsdokument. Men sedan då?

– Jag tycker att de här åren som gått ändå har inneburit en lite ändrad syn hos många. Att vi har haft de här åren på oss har inneburit att många har fått upp ögonen för att det är ett problem, att patientsäkerhetsarbetet i stort inte fungerar.

Kan man få ett fungerande patientsäkerhetsarbete till stånd utan stora extra kostnader?

– Jag är fullständigt övertygad om att

det inte är så mycket pengar som behövs. Det är mer en fråga om att våga tänka nytt. På sjukhusen finns många som sysslar med saker i gränslandet till rent patientsäkerhetsarbete, kvalitetsansvariga, vårdutvecklare och så vidare. Vi har resurser att kanske också ha en patientsäkerhetsansvarig, som är den som sätter igång snöbollen på varje sjukhus. Det tror jag behövs.

Vilken roll spelar cheferna?

– Det behövs ett starkt engagemang på chefsnivå för att få patientsäkerhetsarbetet att fungera. Det är cheferna som

måste få igång arbetet, de måste se till att antingen utse någon patientsäkerhetsansvarig eller börjar arbeta med patientsäkerhetsfrågorna själva. Det måste man göra på varje klinik.

»Missionerat, och missionerat, och ...

Eva Nilsson Bågenholm var en flitig gäst på föreläsningar och seminarier under den nationella patientsäkerhetskonferensen, då den här intervjun gjordes. Kanske hörde hon chefläkare Carina Forsberg i Varberg berätta att de där fått med läkarna på att bland annat skriva avvikelserapporter.

En imponerad chefläkare i publiken undrade om de gjort något speciellt för att lyckas med det. Svaret blev:

– Missionerat, och missionerat, och missionerat.

– När läkarna gjorde intåg i avvikelssystemet blev det också en annan typ av rapporter – tunga, riktigt allvarliga händelser kom in.

En del av »framgången« ligger i att läkarna får veta att rapporterna leder till åtgärder, att det blir bättre, menade Carina Forsberg.

Tom Ahlgren

Varje vårdrelaterad infektion måste ses som ett misslyckande och sjukvården måste arbeta konsekvent och med övertygelse för att reducera förekomsten av detta. Ett mycket stort lidande och en stor förbrukning av samhällsresurser kan undvikas om sjukvården tar problemet på allvar.

II Det var ett budskap från Eva Haglind under den nationella patientsäkerhetskonferensen. Hon är chefläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och ordförande i genombrottsprojektet VRISS, Vårdrelaterade infektioner ska stoppas.

Inom projektet uppskattar man att 10 procent av alla som vårdas på sjukhus i Sverige drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Det övergripande målet för VRISS sattes högt – antalet vårdrelaterade infektioner skulle halveras.

Eva Haglind gladdes åt att många av de 21 teamen runt om i landet nått sina mål medan de andra är på god väg. Inom kort startar också VRISS II.

– Jag är alldeles övertygad om att det går att stoppa vårdrelaterade infektioner. Erfarenheterna visar att det är fullt möjligt att halvera antalet, underströk hon.

– Numera är ju det här med infektioner ganska fokuserat och det är bra, ansåg hon. Postoperativa infektioner är en av våra vanligaste komplikationer. Men vi har ju också vårdrelaterade infektioner av typen MRSA, som inte nödvändigtvis är postoperativa utan som kan vara något som vi helt enkelt överför till våra patienter av misstag fast de vårdas för något helt annat.

Tänk att som patient komma in och drabbas av någonting som över huvud taget inte har med grundsjukdomen att göra. Det är ytterligare en variant av

vårdrelaterade infektioner och den är väl egentligen ännu värre.

Hon påpekade att MRSA idag är ett begrepp, som vi ser i dagstidningar om inte varje vecka så snudd på.

Det är en kraftig ökning i samhället av resistent bakterier och det är mycket oroande. Men det är också en kraftig ökning i sjukvården,

– Varje vårdrelaterad infektion är ett misslyckande. Om man har den ansatsen med sig i sitt eget tank tror jag att vi kommer att nå kolossalt mycket längre i försöken att få bukt med infektionerna.

– För att göra det måste det finnas ett strategiskt ledningsbeslut, i sjukhusledningen, att vi ska göra det här. Från ledningshåll måste vi efterfråga resultat, följa upp och visa att vi menar allvar och se till att hela sjukhuset besjålas av att det här är viktigt. Då kommer vi systematiskt att motarbeta denna allvarliga komplikation.

Men ledningens engagemang, policy, rutiner, vårdprogram löser inte problemet med vårdrelaterade infektioner. Arbetet måste ske på de enskilda enheterna – det är där det händer och kommer att hända, poängterade Eva Haglind.

Hon berättade att i slutet av 1990-talet fick de ett stort MRSA-utbrott på



– Varje vårdrelaterad infektion måste ses som ett misslyckande, menar Eva Haglind.

FOTO: BLADUPPDRAGET

hennes sjukhus med en våldsam smittspridning. För att komma till rätta med det krävdes väldigt många åtgärder på alla nivåer – en del var extremt kostsamma. En efterhandsanalys visade att insatserna var effektiva.

– De var också kostnadsbesparande jämfört med om vi bara hade låtit det löpa på, kommenterade Eva Haglind.

Hon hade en uppmaning till åhörarna där hon sammanfattade sina erfarenheter och även gav sina läkarkollegor kritik.

Hon menade att man ska ifrågasätta okunskap.

– Why, why, why? Vi får inte nöja oss med det vanliga svaret att »Så har vi alltid gjort«. Det är inte ett tillräckligt bra svar.

– Efterfråga kunskap. Vad finns det för underbyggd kunskap? Vem har studerat det här förut? Vad upptäckte de? Vi måste inte uppfinna hjulet varje gång.

– Kanske är det därför det kan vara svårt att engagera läkarkåren – det blir inget nytt pek. Men det är ju inte för det vi är här utan för att bota patienter, lindra och aldrig skada. Vi kanske måste jobba lite på attityder?

Tom Ahlgren



Låt spriten flöda var ett budskap från ett av VRISS-teamen i en posterutställning under patientsäkerhetskonferensen.

FOTO: TOM AHLGREN