

# En kulturförändring behövs för att öka patientsäkerheten

**Andelen** slutenvårdstillfällen med skador och vårdskador i Sverige har sjunkit under de år man genomfört markörbaserade journalgranskningar [1]. Det är en positiv utveckling, men det är fortfarande långt till målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada [2]. Utöver lidandet som dessa skador medför orsakar de stora kostnader för individer och samhälle. Incitamenten för vården att förbättra arbetet med patientsäkerhet är därmed starka. I en nyligen publicerad avhandling föreslår vi ett förändrat synsätt i bedömningen av suicid som allvarlig vårdskada, från fokus på felhändelser och spekulationer om undvikbarhet till vårdens förmåga att hantera risk över tid [3].

Att rapportera avvikelser och risker i vården så att åtgärder kan vidtas för att öka säkerheten är en grundsten i vårdens arbete med patientsäkerhet [2]. Att dra lärdomar av inträffade händelser för att förhindra att samma skada drabbar någon annan kan tyckas självklart. Utredningar fyller även psykologiska behov och är nödvändiga för att patienter och närstående, involverad personal och ledning ska förstå vad som har hänt. Dock har det riktats kritik mot vårdens oförmåga att lära sig av händelser: man fokuserar för mycket på rapportering och insamling av data och för lite på återkoppling och implementering av förbättringar [4]. Möjligheterna att lära sig av vårdskador som anmäls till tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård



**Elin Fröding,** fil dr, chefsläkare, sektionschef, Region Jönköpings län  
• elin.froding@rjl.se



**Axel Ros,** docent, chefsläkare, Region Jönköpings län; Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University

och omsorg (Ivo) är begränsade [5, 6].

## Brister i utredningar

Alla händelser i vården då en patient drabbats av allvarlig vårdskada eller då det funnits risk för det ska utredas och rapporteras till Ivo, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Syftet med utredningen är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det samt ge underlag för beslut om åtgärder som hindrar att liknande händelser inträffar på nytt eller begränsar effekterna

av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Studier visar att det finns flera svagheter i hur vårdens utredningar av allvarliga vårdskador genomförs [7-10]. Utredningarna följer vanligen den hittills rådande synen på patientsäkerhet, som utgår från ett linjärt orsakssamband, där man söker felhändelser och avvikelser. Detta leder ofta till ett snävt organisatoriskt perspektiv med fokus på de senaste vårdkontaktarna, även vid förlopp som pågått över längre tid, som vid kroniska sjukdomar och suicidalitet. Dessa utredningar är ofta otillräckliga för att adekvat belysa händelser i den komplexa vården [10]. Utredningarna utförs med ett tydligt vårdgivarperspektiv, där patientens och närståendes perspektiv sällan tas med i analysen. Utredarna är ofta anställda på enheten där händelsen inträffat och har skiftande erfarenhet av och kompetens i utredningsmetodik, patientsäkerhet och sjukvård. Detta kan försvåra en objektiv utredning med fokus på vad som behöver förändras för att förbättra patientsäkerheten, utöver vad den lokala kulturen anser är lämpligt och möjligt, och leder ofta till bristande kvalitet [8, 11]. Analysledaren bör därför vara oberoende av involverade enheter och ha god kunskap om patientsäkerhet och den analysmetod som används. Analysen bör göras av ett tvärprofessionellt team, där deltagande personer sammantaget har god kunskap om sjukvård, patientsäkerhet och lokal kontext.

Föreskrifterna om utredning och anmälan är desamma för alla typer av vårdskador

och är därmed allmänt formulerade [12, 13]. Vår forskning om utredningar efter suicid har visat att lärandet från utredningarna, såsom de utförs i dag, har stannat av [14]. Rapporterade brister och åtgärder är ofta personberoende och ligger på en organisatorisk mikronivå, vilket medför en risk att grundproblemen som vanligen finns i organisationen inte blir lösta. För att komma vidare behöver utredningarna bli mer specifika och anpassade till händelsernas och problemens karaktär samt analysera de delar som vi vet har betydelse för en god och säker vård. De behöver även inkludera närstående, andra vårdgivare och aktörer av betydelse för pa-

»Tyvärr ser vi en tendens att vårdgivare förlorar intresse när utredningen av en vårdskada är klar och godkänd av Ivo.«

tienten. En förståelse av hur arbetet brukar utföras, arbetets förutsättningar samt vad som fungerat bra och lett till förbättring behöver ingå i analysen [15, 16].

En anpassning av metoder för utredning kräver kunskap om patientsäkerhet och det specifika område som händelsen berör, vilket ställer höga krav på utredare och tillsynsmyndighet. Riktlinjer för hur utredningar av olika typer av händelser ska utföras skulle vara ett stöd i det arbetet.

## Ändrat synsätt i bedömningar

Bedömningen av om en vårdskada är allvarlig och undvikbar görs formellt av den tjänsteman som vårdgivaren utsett till anmälningsansvarig, vanligen chefläkaren. I praktiken fattas dock beslut om att händelser inte är allvarliga vårdskador ofta ute i verksamheterna, av verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig eller involverad personal, innan händelsen ens kommer till en överordnads kännedom.

## HUVUDBUDSKAP

- För att minska vårdskador behövs ett nytt synsätt på patientsäkerhet, där fokus skiftas från felhändelser och spekulation om undvikbarhet till förmågan att hantera risk.
- Kvaliteten på vårdskadeutredningar behöver förbättras och närstående involveras.
- Föreskrifter och patientsäkerhetsarbete behöver ändras i enlighet med kunskapsutvecklingen på området.

**TABELL 1.** Analysområden för en strukturerad bedömning av vårdens riskhantering över tid vid utredning av suicid

Område	Analysera om handläggningen varit adekvat utifrån bästa praxis och patientens symtombild och individuella behov
1. Diagnostik	Utredningar och undersökningar Diagnos Differentialdiagnostik
2. Behandling	Adekvat för diagnos och symtom Uppföljning och utvärdering Vårdnivå Behov av LPT och LVM är värderade
3. Vårdplanering	Vårdplan och krisplan Patientinvolvering
4. Suicidalitet	Bedömning av suicidalitet Kartläggning av riskfaktorer, risksituationer och utlösande faktorer Vidtagna suicidreducerande interventioner utifrån patientens behov
5. Resurser, personal	Kontinuitet Kompetensnivå Tillgänglighet
6. Samverkan, kommunikation och information	Inom enheten Med vårdgrannar Myndigheter, socialtjänst Med närstående
7. Uteblivna besök	Hantering och åtgärder
8. Dokumentation	Vårdförloppet går att följa Omvårdnad
9. Närståendes uppfattning av vården	Bemötande och delaktighet i vården i den utsträckning som närstående och patienten önskat Vårdens tillgänglighet och förmåga att möta patientens behov och förväntningar
10. Övrigt	

Majoriteten av önskade händelser som inträffar i vården kommer därmed sannolikt aldrig till chefläkarens kännedom.

Bedömningen av en skadas undvikbarhet är ofta svår och kräver hög kompetens i patientsäkerhet och det område där händelsen inträffat. Riktlinjer för bedömning av undvikbarhet saknas, och de riskerar att vara personberoende och därmed påverkade av rådande lokal kultur. Bedömningen av om en händelse ska anmälas enligt lex Maria grundas vanligen på den utredning av händelsen som genomförts av vårdgivaren, vilken ofta har flera brister som vi pekat på ovan.

Vårdens arbete med att förhindra vårdskador behöver utvecklas i linje med den kunskapsutveckling som sker på patientsäkerhetsområdet. Det innebär en kulturförändring i synen på hur patientsäkerhet åstadkoms, med ett större fokus på vårdens förmåga till riskhantering och lärande och mindre fokus på den ofta åtminstone delvis hypotetiska undvikbarheten, felhändelser och avvikelser [17]. Detta är i linje med den av Socialstyrelsen framtagna nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och Löfs skrift »Risker och riskhantering« [2, 18]. I den natio-

nella handlingsplanen beskrivs fyra förutsättningar som grundläggande för arbetet med bättre patientsäkerhet:

- engagerad ledning och styrning
- en god säkerhetskultur (att organisationen på alla nivåer genomsyras av värderingar om vikten av patientsäkerhet)
- adekvat kunskap och kompetens (i arbetet med patientsäkerhet och i vårdarbetet)
- arbetssätt som stärker patientens roll som medskapare av vården.

Vid bedömning av suicid som potentiell vårdskada föreslår vi i den nyligen publicerade avhandlingen en strukturerad bedömning av de områden som vi från litteratur och forskning vet är av betydelse för en säker vård av suicidnära patienter (Tabell 1) [3]. Bedömningen kan användas som stöd både av dem som utför och dem som bedömer utredningen (chef, chefläkare eller tillsynsmyndighet). Mallen bör kunna användas för riskbedömning i vården av suicidnära personer, som ett slags checklista, och på så sätt vara ett verktyg för proaktiv riskhantering. Vi anser att den strukturerade bedömningen går att anpassa till andra typer av vårdskador,

men den behöver i så fall utvecklas och studeras.

### Lärande för att förebygga

Kunskap om patientsäkerhet och sjukvårdens komplexitet behöver bli bättre hos vårdens ledare och beslutsfattare för att utveckla arbetet med att minska vårdskadorna. Tyvärr ser vi en tendens att vårdgivare förlorar intresse när utredningen av en vårdskada är klar och godkänd av Ivo.

Det är viktigt att vårdens ledare säkerställer att lärdomar från vårdskador sprids och att de åtgärder som föreslås i utredningarna verkligen införs och följs upp för att minska risken för att samma typ av vårdskada inträffar igen – det är en viktig del i lex Maria-föreskriften. En systematisk aggregering av data och lärdomar från utredningar av allvarliga händelser bör kunna bygga en kunskapsbas och vara en värdefull tillgång i vårdens patientsäkerhetsarbete.

### Viktigt att följa kunskapsutvecklingen

Sjukvården är i ständig utveckling och står inför utmaningar. Säkerhet är ett växande kunskapsområde, och när sjukvården utvecklas måste arbetet med patientsäkerhet följa med [19]. Vårdens patientsäkerhetsarbete, lagstiftning och föreskrifter behöver följa kunskapsutvecklingen, och tillsynsmyndigheten behöver stödja det förändrade synsätt i bedömningar och utredningar som vi föreslår. Det som behövs är ett skifte, från fokus på felhändelser och skador till fokus på kvalitet, vårdens positiva utfall, proaktivt patientsäkerhetsarbete, riskhantering, patientsäkerhetskultur och ledningens engagemang. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:23058*

### REFERENSER

1. Skador inom psykiatrisk vård 2021. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner; 2023.
2. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnr 2020-1-6564.
3. Fröding E. Patient safety and suicide: learning in theory and practice from investigations of suicide as patient harm [avhandling]. Jönköping: Jönköping University, School of Health and Welfare; 2022.
4. Macrae C. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(2):71-5.
5. Roos af Hjelmsäter E, Ros A, Andersson Gäre B, et al. Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open.* 2019;9(12):e032290.
6. Wrigstad J. The inside of a paradigm. An expedition through an incident reporting system [avhandling]. Lund: Lunds universitet; 2018.
7. Fröding E, Vincent C, Andersson-Gäre B, et al. Six major steps to make investigations of suicide valuable for learning and prevention. *Arch Suicide Res.* Epub 19 okt 2022. doi: 10.1080/13811118.2022.2133652.
8. Macrae C, Vincent C. Learning from failure: the need for independent safety investigation in healthcare. *J R Soc Med.* 2014;107(11):439-43.
9. Peerally MF, Carr S, Waring J, et al. The problem with root cause analysis. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(5):417-22.
10. Vincent C, Carthey J, Macrae C, et al. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci.* 2017;12(1):151.
11. Nicolini D, Waring J, Mengis J. The challenges of undertaking root cause analysis in health care: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy.* 2011;16(Suppl 1):34-41.
12. HSLF-FS 2017:40. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
13. HSLF-FS 2017:41. Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).
14. Fröding E, Andersson Gäre B, Westrin Å, et al. Suicide as an incident of severe patient harm: a retrospective cohort study of investigations after suicide in Swedish healthcare in a 13-year perspective. *BMJ Open.* 2021;11(3):e044068.
15. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(5):418-20.
16. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: a white paper. Technical report. The Resilient Health Care Society (RHCS); 2015. <https://resilienthealthcare.net/wp-content/uploads/2018/05/whitepaperfinal.pdf>
17. Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare. Strategies for the real world. Cham: Springer; 2016.
18. Löf Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. Om risk och riskhantering. 1 mar 2023. <https://lof.se/filer/Om-risk-och-riskhantering.pdf>
19. Ros A. Arbetet med patientsäkerhet måste förnyas och intensifieras. *Läkartidningen.* 2020;117:FX4S.

### SUMMARY

#### A cultural shift is needed to improve patient safety

In a recently published thesis, we propose a cultural shift in the assessment of suicide as an incident of severe patient harm, from a focus on errors and an often speculative avoidability, to healthcare's ability of risk management over time.

Patient safety work needs to change in line with the development of knowledge in patient safety. This means a cultural change in the view of patient safety, with a clearer focus on healthcare's abilities in risk management and learning.

Legislation and regulations regarding healthcare and the supervisory authority need to support this cultural change in assessment and investigations of patient harm.

A shift from a focus on errors and deviations to quality and positive outcomes of care, proactive patient safety work, risk management, patient safety culture and management commitment is needed.