

Säkrare svensk sjukvård kräver sammanhållet och uthålligt arbete

PELLE GUSTAFSON, docent, chefläkare, medicinsk redaktör, Läkartidningen

pelle.gustafson@lof.se

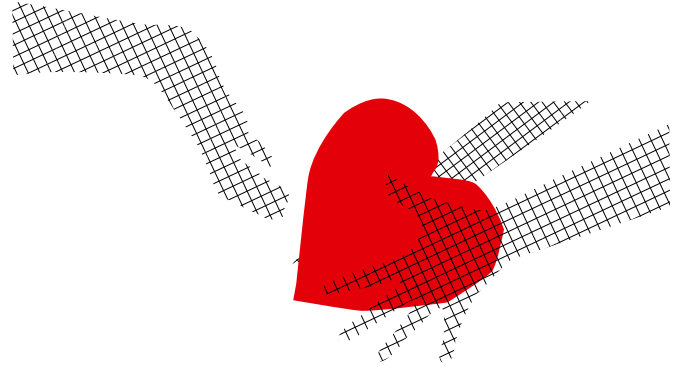
JON AHLBERG, docent, senior medicinsk rådgivare; båda Lof, Stockholm

MIRJAM EKSTEDT, docent, skolan för teknik och hälsa, avd för systemsäkerhet och organisation, KTH, Flemingsberg; institutionen för lärande, information, management och etik, Karolinska institutet, Solna

MARION LINDH, leg läkare, patientsäkerhetsstrateg

KARIN PUKK HÄRENSTAM, med dr, ST-läkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus; Medical Management Centrum, Karolinska institutet, Solna

HANS RUTBERG, adjungerad professor, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet



Under snart två decennier har ett flertal länder genomfört betydande satsningar för att öka säkerheten i sjukvården. Det svenska patientsäkerhetsarbetet har i mer organiserad form pågått i drygt 10 år. Trots många goda exempel på förbättringar är bilden oklar angående resultatet av arbetet. Socialstyrelsen skriver i sin »Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015« att antalet allvarliga undvikbara skador som innebär att patienten får bestående men eller avlider är på en betydligt lägre nivå jämfört med Socialstyrelsens vårdskadestudie 2008 [1]. Trots denna minskning i antalet allvarliga vårdskador och vårdskador som bidrar till dödsfall drabbas nästan var tionde patient av en vårdskada.

Inom andra samhällsområden har säkerhetsarbetet gett framgångsrika resultat. Ett gott exempel är samhällets arbete för en ökad trafiksäkerhet. Basen i detta arbete är en nollvision, vilken utgår från fyra principer. Den första uttalar att människoliv och hälsa är högst prioriterade utan medgivande av kortsiktiga kompromisser. Den andra principen rör aktörernas ansvar för systemets säkerhet. Den tredje handlar om en säkerhetsfilosofi som genom att anpassa design och funktionalitet tar hänsyn till människans benägenhet att begå misstag. Den fjärde principen rör drivkraften till förändring [2]. År 1983 omkom 9,4 personer per 100 000 invånare, och 24,2 personer per 100 000 bilar i vägtrafiken. 2013 var motsvarande siffror 2,7 respektive 5,1. Risken att omkomma i trafiken är alltså i dag en fjärdedel av vad den var för 30 år sedan [3].

Även för sjukvården är en nollvision för vårdskador uttalad. Förankringen av visionen och kopplingen till program för systematiskt och långsiktigt arbete är dock oklar. Utöver det saknar Sverige, till skillnad från våra nordiska grannländer, ännu en nationell strategi för patientsäkerhet.

Insatsområden för en säkrare sjukvård

För att svensk sjukvård ska bli säkrare krävs ett både sammanhållet och uthålligt arbete. Tidigare genomförda satsningar behöver utvärderas och utvecklas, och andra mindre uppmärksammade områden lyftas fram. Nedan beskrivs,

»Utöver det saknar Sverige, till skillnad från våra nordiska grannländer, ännu en nationell strategi för patientsäkerhet.«

SERIE PATIENTSÄKERHET Detta är den sjunde och sista artikeln i serien. De tidigare publicerades i nr 16, 17, 18–19, 20–21, 22 och 23–24.

Illustration: Jakob Robertsson

utan inbördes rangordning, fem områden, bland flera, av betydelse för ökad säkerhet.

Att kunna välja det säkra alternativet. En starkt pådrivande kraft i andra sammanhang är att människor har möjlighet att välja mellan olika alternativ. I Wien kände de blivande mödrarna till att dödligheten i barnsängsfeber på den läkarledda första avdelningen på Allgemeines Krankenhaus var betydligt högre än på den barnmorskeledda andra avdelningen, och kvinnorna gjorde desperata försök att slippa bli inlagda på den första avdelningen. Intagningen till avdelningarna skedde på udda respektive jämmt datum, vilket kunde innebära att kvinnor valde att föda sina barn på gatan för att sedan invänta rätt datum och inläggning på den andra avdelningen, hellre än att föda på den första avdelningen [4].

Genom att utveckla offentliga och robusta indikatorer som mätt på sjukvårdens säkerhet kan allmänheten ges ökade möjligheter att göra välgrundade och informerade val. Dessa indikatorer behöver på ett avvägt sätt avspegla det som hänt och det som pågår [5]. Även om det kan vara svårt att genom mätt spegla vårdens komplexa systemkvalitet är en sådan utveckling efterfrågad av patientorganisationer [6], och den är i linje med intentionerna i patientsäkerhetslagen och patientlagen.

Även som anställd i sjukvården är det viktigt att kunna välja en arbetsplats med en säker och stödande miljö. Det heter att skillnaden mellan en pilot som gör fel och en läkare som gör fel

SAMMANFATTAT

Utvecklingen mot en säkrare sjukvård har tagit fart på allvar i Sverige, även om några entydiga resultat ännu inte kan ses.

Med utvecklade offentliga och robusta indikatorer för säker vård underlättas patientens val av säker och högkvalitativ vård. **Utbildningsnivån hos** både anställda och chefer kan höjas. **Effektiva system** för lärande,

spridning och uppföljning minskar risken att samma typ av fel upprepas.

Kunskaper om hur organisationen anpassar sig till varierande förutsättningar måste utvecklas, liksom kunskaper om de specifika förutsättningarna för god säkerhet inom psykiatri, barnsjukvård, primärvård och äldreomsorg.

är att piloten riskerar att själv omkomma, medan läkarens fel drabbar någon annan. Implicit i påståendet ligger att en vårdanställd som är med om en oönskad händelse inte berörs av det inträffade. Detta är en myt. Att bli involverad i allvarliga oönskade händelser påverkar anställda på ett djupgående sätt och kan orsaka tvivel på den egna förmågan, depressioner och även självmord. Fenomenet kallas »second victim« och har beskrivits av flera forskare [7–11]. I bästa fall lyckas den anställde inkorporera lärdomarna från händelsen i sitt fortsatta arbete, men forskning talar för behovet av väl utvecklade stödfunktioner inom vårdverksamheter.

En grundläggande förutsättning för en hög patientsäkerhet är att det finns tillräckligt många anställda med rätt kompetens för att utföra arbetsuppgifterna på ett tillfredsställande sätt. Det finns en tydlig koppling mellan hög utbildningsnivå respektive god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet [12]. Det är därför oroväckande att så många som 20 procent av nyutbildade svenska sjuksköterskor funderar på att lämna yrket, och att förekomsten av utbrändhetssymtom bland nyutbildade är över 40 procent [13]. I Tillsynsrapporten för 2014 konstaterar Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att den bristande tillgången på rätt kompetens inom vården och socialtjänsten till stor del beror på hög personalomsättning, svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens och en stor andel tillfälligt anställd personal [14]. Bemannings- och kompetensfrågor samt stöd i arbetet är avgörande och kritiska områden att utveckla, vilket ställer krav på ett betydande engagemang från ledningens sida.

Utbildning i patientsäkerhet på samtliga nivåer. En säker sjukvård förutsätter välutbildad vårdpersonal och ledning. Sverige saknar i dag en nationell läroplan för vårdutbildningar rörande områdena patientsäkerhet och systemsäkerhet. En sådan kan tas fram i samarbete mellan säkerhetsexpertis och professionella organisationer. I utbildningen måste behovet av såväl tekniska färdigheter (yrkeskunskande) och icke-tekniska färdigheter (kommunikation, ledarskap, teamarbete, situationsmedvetenhet, beslutsfattande, problemlösning samt att kunna hantera trötthet och stress) betonas.

Traditionellt har frågor om patientsäkerhet uppfattats vara den enskilda yrkesutövarens ansvar, men även centrala aktörer påverkar säkerheten. Vårdgivare, högre chefer och ansvariga för avtal och vårdupphandlingar, liksom den politiska organisationen, kan stärka systemets säkerhet genom att öka sin förståelse kring hur olika beslut och åtgärder återverkar på patientsäkerheten i vårdorganisationerna. De skandalartade händelserna vid de engelska sjukhusen i Mid Staffordshire NHS Foundation Trust och Morecambe Bay NHS Foundation Trust visar tydligt hur beroende patientsäkerheten är av att såväl ledning som vårdpersonal har kunskap, insikter och gemensamma mål [15, 16].

Nationellt, regionalt och lokalt patientsäkerhetsarbete. I ett väl fungerande system hanteras patientsäkerhetsfrågor med stor öppenhet. Lokala och regionala skillnader kan bara utjämnas om resultaten från mätningar av säkerhetsindikatorer redovisas offentligt. Exempelvis finns i dag en 50-procentig skillnad mellan landstingen med högst respektive lägst förekomst av vårdrelaterade infektioner [17].

En stödjande nationell systemstruktur, nationellt och regionalt kunskapsstöd samt nationella mål för svenskt patientsäkerhetsarbete skulle kunna bidra till att stärka lokalt förbättringsarbete. Goda och uppfordrande exempel finns att hämta från NHS Scotland och våra nordiska grannländer [18].

Utveckling av organisatoriskt lärande och kunskaps-spridning. Sjukvården internationellt och i Sverige ligger fortfarande efter andra säkerhetskritiska verksamheter i sätt

»Det räcker inte alltid att lära av misstag.«

att hantera risker och olyckor. IVO konstaterar i Tillsynsrapporten 2014 att de fel som ses i dag i stort är upprepningar av tidigare inträffade fel [14]. En tänkbar bidragande orsak till detta är att system för att lära av, och sprida kunskap om, inträffade händelser till stor del saknas eller inte används [19].

En annan orsak till upprepningar av avvikelser är vårdens komplexitet. Orsakssamband är sällan entydiga, och ingen situation är den andra helt lik. Det räcker inte alltid att lära av misstag. Framtagna riktlinjer och standarder för hur arbetet är tänkt att gå till kolliderar med verklighetens villkor och leder till nödvändiga anpassningar. Utan dessa skulle vården inte fungera så säkert som den ändå gör, och det är angeläget att öka kunskaperna kring anpassningarnas bidrag till patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsforskning och kunskapsbildning. En säker sjukvård bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kring patientsäkerhet. Även om det finns en gedigen internationell kunskap kring patientsäkerhet är det väsentligt att vår nationella kontext och kultur blir belyst, inte minst för att öka förutsättningarna för lyckade införanden. Kunskap omsätts i snabb takt. Vi har länge arbetat med standardiseringsåtgärder – rutiner och riktlinjer – som bygger på slutsatser från händelseanalyser och annan vårdskaderapportering. Teoribildningen kring hur sjukvården ständigt anpassar sig till komplexiteten (resiliens) har gett nya och utvidgade insikter kring hur säkerhet skapas. Forskning som undersöker vårdpersonalens och vårdsystemets förmåga till resilient agerande är ett angeläget område att uppmärksamma så att nya rön efter hand omsätts till säkrare arbetssätt.

Slutligen har forskning och utvecklingsarbete fram till i dag huvudsakligen berört somatisk slutenvård. Tiden är nu mogen för att närmare undersöka både risker och möjligheter till ökad säkerhet inom barnsjukvård, psykiatri, äldreomsorg och primärvård, bland annat på grund av att allt fler vårdas med komplicerade medicinska tillstånd utanför sjukhus [20].

Sammanfattning

Utvecklingen mot en säkrare sjukvård engagerar allt fler verksamheter, och med ett uthålligt och sammanhållet arbete ökar möjligheterna att nå framgångar. Genom att utvärdera redan genomförda satsningar kan dessa utvecklas till att omfatta fler områden. Genom öppenhet stimuleras engagemang hos patienter, närstående och anställda i patientsäkerhetsfrågor. Ökade kunskaper i systemsäkerhet ger såväl beslutsfattare som medarbetare i vårdssystemet nya insikter och verktyg. I framtiden omfattar ett effektivt lärande inte bara slutsatser dragna av vårdskadeutredningar, utan även lärdomar av framgångsrika anpassningar. Förståelsen för vad som skapar en säker vård måste framöver i högre utsträckning även omfatta psykiatri, barnsjukvård, primärvård och äldreomsorg, inte minst övergångar mellan vårdnivåer och olika enheter. För att få fram innovationer och förändringar som gagnar patientsäkerheten är en nationell bred samverkan mellan ett stort antal aktörer en nödvändighet.

Sverige är ett av de allra säkraste länderna vad gäller trafik. Vi borde kunna bli det vad gäller sjukvård också. Förutsättningarna är goda, om vi bara bestämmer oss och gör arbetet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-1.
2. Tingvall C. Vägtrafikens nollvision. I: Patientsäkerhet – teori och praktik. Ödegård S (red). Stockholm: Liber; 2013.
3. Transportstyrelsen. Nationell statistik. <https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik-och-register/Vag/Olycksstatistik/Polisrapporterad-statistik/Nationell-statistik/>
4. Semmelweis I. Etiology, concept and prophylaxis of childbed fever (övers Carter KC). Madison, WI: University of Wisconsin Press; 1983.
5. The measurement and monitoring of safety. London: The Health Foundation; 2013. http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/the_measurement_and_monitoring_of_safety.pdf
6. Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2013. https://www.ndr.nu/pdf/Arssrapport_NDR_2013.pdf
7. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-7.
8. Laurent A, Aubert L, Chahraoui K, et al. Error in intensive care: psychological repercussions and defense mechanisms among health professionals. *Crit Care Med*. 2014;42:2370-8.
9. Pinto A, Faiz O, Bicknell C, et al. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br J Surg*. 2013;100:1748-55.
10. Andreen Sachs M, Baehrendtz S, Sellgren SF, et al. Vårdpersonal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp. *Läkartidningen*. 2013;110:550-2.
11. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:325-31.
12. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, et al. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries. The association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. 2014;52:975-81.
13. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:612-24.
14. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning 2014. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2014. Artikelnr IVO 2015-52.
15. Francis R. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. <http://www.midstaffspublicinquiry.com/>
16. Kirkup B. The report of the Morecambe Bay investigation. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/408480/47487_MBI_Accessible_v0.1.pdf
17. Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2014. <http://webbutik.skil.se/bilder/artiklar/pdf/978-91-7585-109-9.pdf?issuusl=ignore>
18. Scottish Patient Safety Programme. <http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/>
19. Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. Mind the gap between recommendation and implementation – principles and lessons in the aftermath of incident investigations: a semi-quantitative and qualitative study of factors leading to the successful implementation of recommendations. *BMJ Open*. 2014;4(5):e005326.
20. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Fam Pract*. 2014;15:166.

SUMMARY

Despite a development in Swedish patient safety work in recent years, unambiguous results are missing. Here we propose some activities that will result in improved patient safety. Patients and employees are a strong driving force, and should be given a more important role. The level of education in patient safety must be raised in all levels in the system. Effective systems for learning, sharing and follow-up need to be reinforced. The understanding on how the health-care system adapts to varying circumstances, resilience, needs development. The knowledge basis of what constitutes and creates safety in psychiatry, paediatric care, primary care, and in care of the elderly must be developed.