

Olof Edhags "testamente" till Socialstyrelsen:

# Gör tillsynen förebyggande, värna om de svaga grupperna!

**En huvudinriktning på det förebyggande arbetet.**

**Ett ökat ansvar för dem som bedriver vård att utöva egenkontroll, med avvikelshandling som en viktig ingrediens.**

**Ett accentuerat värn av samhällets svaga grupper.**

**Så sammanfattar Olof Edhag förändringen av Socialstyrelsens tillsynsverksamhet under de nio år han verkade som överdirektör vid styrelsen, med tillsynsfrågorna som den viktigaste uppgiften.**

– Under de här nio åren har jag försökt att vrida kompassnålen i riktning mot den förebyggande verksamheten. Tillsynen skall, anser jag, i första hand vara stödjande, i andra hand granskan- de och kontrollerande, och först i tredje hand ägnas åt att identifiera riskindivider, säger Olof Edhag, som 1990 lämnade sin kliniska bana som hjärtläkare för att ägna sig åt sjukvården i Socialstyrelsens perspektiv. Vid årsskiftet gick han i pension.

Denna nya inriktning har verket också fått gehör för genom riksdagens ändrade lagstiftning om verksamhetstillsynen, framhåller han. Individens tillkortakommande är inte längre det centrala för tillsynen.

– Idag kan vi i stället analysera orsa-

kerna bakom ett problem. Vi har också fått skarpare instrument om vi finner allvarliga fel och brister inom vården, i form av i första hand förelägganden och i andra hand vite. I tredje hand kan vi förbjuda viss verksamhet eller stänga en enhet.

Men självfallet är det individuella perspektivet inte försvunnet – det finns enskilda tillkortakommanden som kan bero på bristande kompetens för uppgiften, psykisk sjukdom eller missbruk.

## Ofta ledarskapsbrister

– Å andra sidan bottnar problemen i verksamheten ofta i t ex att ledarskapet inte fungerar bra, att det inte finns kontinuerlig utbildning – som är oerhört viktig i den snabbt föränderliga sjukvården – eller att samarbetet med vårdgrannarna, mellan vårdnivåerna eller med kommunerna inte fungerar som det skall.

– Ytterst beror sådana brister många gånger på ett svagt ledarskap. Vi trycker väldigt hårt på ledarskapet och försöker att lyfta upp problemen till ledningsnivån i stället för att – som vi nog gjorde i för stor omfattning tidigare – pricka t ex en ensam jourhavande på natten eller en sjuksköterska med för stor arbetsbörda, säger Edhag.

Han tillägger att erfarenheten talar för att det inte går att kommandera fram en god vård uppifrån. Vårdkvaliteten är något som var och en måste känna ansvar för – i första hand cheferna men också övriga medarbetare.

– Det är därför vi har formulerat uttrycket egenkontroll – var och en skall se till att man har en systematisk uppföljning av den egna verksamheten. Vi

har också fått in begreppet avvikelshantering i våra föreskrifter, vilket innebär att man noterar avvikelser från det som man själv hade förväntat sig. Syftet är att man tidigt skall upptäcka och korrigera bister för att undvika att patienter kommer till skada.

– Socialstyrelsens uppgift kan då bli att se till att det finns en sådan egenkontroll i vården och att man på ett korrekt sätt tar hand om avvikelserna. Det är bättre än att Socialstyrelsen går in och detaljkontrollerar i stor omfattning, anser Olof Edhag.

## Lex Maria bort på sikt?

Han framhåller att man nog kan diskutera vilken roll som Lex Maria-förordningen egentligen spelar för en god vård – om den hämmar eller berikar kvalitetsarbetet.

– Nu är denna anmälningsskyldighet i vården lagstadgad, men vi ser ju att den tillämpas väldigt olika. Det finns ställen med många Lex Maria-anmälningar, men det ser vi i Socialstyrelsen främst som ett tecken på en medvetenhet om riskhändelser och att man lyfter upp dem i ljuset. På så sätt får vi möjlighet att föra in rapporterna i riskdatabasen för en analys av risker i vården.

– Så jag tror inte att vi idag kan stryka ett streck över Lex Maria, men kanske på sikt – när vi fått avvikelshandlingen att genomsyra hela vården. Det skulle jag se som en önskvärd ut-

**INTERVJU**

UNO  
KÄARIK

**FOTO**

HASSE  
PETTERSSON

»**Jag tror inte vi kan** stryka ett streck över Lex Maria, men kanske på sikt – när vi fått avvikelsehanteringen att genomsyra hela vården, » säger Olof Edhag, som lämnande tjänsten som överdirektör på Socialstyrelsen vid årsskiftet.

veckling. Naturligtvis skall vi ändå ha kvar möjligheten att identifiera riskindivider.

### **Internationellt intresse**

Olof Edhag berättar att arbetssättet rönt ett stort intresse internationellt:

– Det finns ju olika modeller för hur tillsyn bedrivs i olika delar av världen. Många gånger ligger tillsynen över läkare i händerna på läkarorganisationerna – det är inte alltid så lyckligt ... Det har visat sig t ex i England nyligen där man har blundat länge trots stora missgrepp.

Däremot är det givetvis mycket viktigt att tillsynsmyndigheten har läkarorganisationerna med sig i arbetet med att förbättra vårdkvaliteten.

– Där upplever vi att vi har ett starkt stöd. Det finns ett sjudande intresse för kvalitetsfrågor inom de flesta yrkesorganisationer – idag ligger Sverige i

frontlinjen när det gäller kvalitetsarbete i vården.

– Detta arbete får aldrig bli kosmetika – det måste vara anpassat till den speciella verksamhet som man bedriver. Med den mångfasetterade verksamhet som sjukvården är finns det inte en enda mall för hur man skall utveckla kvaliteten – var och en måste ha sin anpassade modell. Och kvalitetsarbetet får inte heller bli ett självändamål, betonar Edhag.

### **Värnar om kompetensen**

Vad kan då styrelsen göra om kvaliteten exempelvis hotas av brister i fortbildningen?

– Vi försöker ju inte att i detalj tala om vilken utbildning som skall ges, men vi kan kritisera fall där den enskildes kompetens inte räcker för uppgiften. Vi har t ex när det gäller akutverksamhet pekat på att vi inte accepterar att

AT-läkare arbetar ensamma på nätterna.

– Det är väldigt viktigt att AT-läkare får delta i akutverksamhet, men vi kan inte acceptera att patienterna möter en läkare som saknar tillräcklig kompetens för att göra en bedömning i en akut situation.

– I de särskilda boendeformerna har vi också ganska ofta pekat på kompetensbrister, framhåller Olof Edhag.

### **Många frågor på bordet**

Tillsynen har som nämnts varit hans huvuduppgift i Socialstyrelsen, särskilt under de tre senaste åren då överdirektörstjänsten delades i två, och Nina Rehnqvist övertog frågor om uppföljning och utvärdering. Olof Edhag har också varit ställföreträdare för generaldirektören i verksledningen och således haft anledning att sätta sig in i flertalet av styrelsens bevakningsområden.

En fråga som engagerat honom är

text hur patienterna bemöts i vården – också det naturligtvis en kvalitetsaspekt i grund och botten:

– Det handlar inte bara om bemötandet som sådant utan om hela den attityd som patienten möter när hon kommer till en vårdinrättning – vårdens »ansikte» utåt har stor betydelse för hur den sjuke upplever att vården blir.

– Det är faktiskt visat i vetenskapliga studier att bemötandet spelar roll för utfallet. Om patienten är välinformerad och har fått ett gott bemötande är möjligheten större att vården blir utan komplikationer.

### Förnedrande bemötande

Som exempel på dåligt bemötande nämner Olof Edhag hur gamla patienter som har svårt att gå kan bli bemötta om de har med sig någon som hjälp vid vårdbesöket. Det händer att personalen talar till den som står bredvid trots att patienten inte har några som helst problem med sina mentala funktioner.

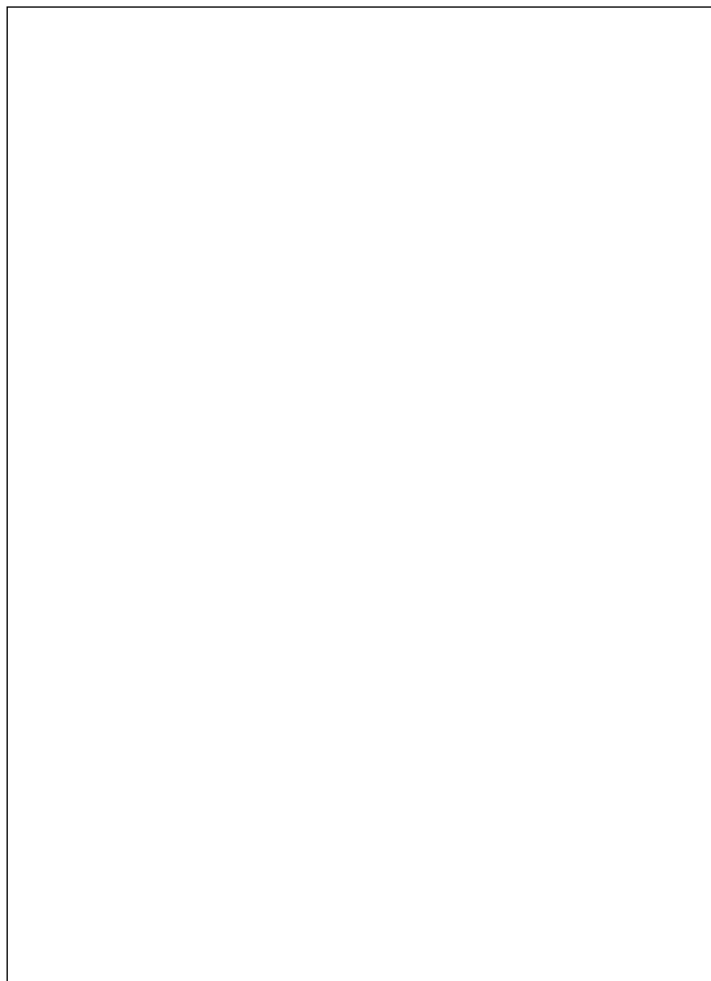
– Det är väldigt förnedrande att bli uppfattad som ett objekt och inte som en människa. Det här är inte helt ovanligt, och det är ett ledaransvar att se till att den sortens bemötande inte förekommer.

– Riksdagen har ju på nytt understrukt patientens rätt och betydelsen av att patienterna får en adekvat information när det gäller diagnos och behandling och i vissa fall också möjlighet till ytterligare en bedömning, en second opinion. Det ser jag som en viktig del av bemötandefrågorna.

### Stora förändringar i vården

Hur ser då Socialstyrelsen på det växande missnöjet inom läkarkåren vad gäller arbetsvillkor och arbetsbelastning? Olof Edhag pekar på att de förändringar som skett i vården delvis har varit rätt naturliga: Den kraftiga indragningen av antalet vårdplatser inom kirurgi och internmedicin är en följd av Ädelreformen. Nya teknologier leder till kortare vårdtider och därmed ändrade strukturer.

– Utöver det har vi nu besparingarna. De har inte varit så stora egentligen, om man undantar Ädelreformen – det rör sig om 2–3 procent under de senaste åren. Men har man redan en slimmad



**Utsatta grupper i samhället**, såsom svårt sjuka gamla, patienter i livets slutskede, kroniskt psykiskt sjuka och förståndshandikapade, måste få sina medicinska behov tillgodosedda, betonar Olof Edhag.

organisation och alla dessa förändringar genomförs samtidigt blir det påfrestande för personalen.

– Man måste imponeras av att svensk sjukvårdspersonal ändå har lyckats att upprätthålla säkerheten och kvaliteten. Det måste ha varit en väldigt lydig personal som klarat av detta – och naturligtvis beror det på att man värnar om patienterna så starkt, det är därför som alla trots allt har ställt upp, konstaterar Olof Edhag.

### Brister i informationen

Han ser dock ett problem i att informationen och motivationen ibland har brustit i förändringsarbetet. Och även om man inte generellt kan säga att resurserna har blivit för knappa så finns det exempel på att vårdens innehåll på sina håll inte har beaktats tillräckligt mycket.

– Om personalen inte mår bra är det svårt att ge en god vård. Vi har faktiskt gjort påpekanden på sistone till ledningen för sjukvården att man måste värna om sin personal och se till att den inte far illa, för i annat fall kommer patienterna också i ett andra steg att fara illa, säger Edhag.

Olof Edhag framhåller att det är viktigt för hälso- och sjukvården att veta att tillgängliga resurser används optimalt. Detta finns också inskrivet i förarbetena till den nuvarande lagstiftningen kring vårdkvaliteten. Men det kunde göras mera på området.

### Sjukvårdens effektivitet

– Det jag ser som ett problem med hälsoekonomin är att vi fortfarande saknar goda mått för hur man ska kunna bedöma om den erbjudna vården är effektiv. Jag har någon gång sagt att hälsoekonomin måste lyfta sig över de fyra räknesätten och göra effektivitetsmätningar. Det är ingen lätt uppgift – det är jag medveten om – men detta är ett område som man forskningsmässigt skulle kunna exploatera mera än hittills.

Olof Edhag efterlyser mera korsbefruktning mellan de medicinska forskningsfälten och ekonomin för att få till stånd en optimal utvärdering av vad vi får ut av våra vårdpengar.

På en fråga om sin syn på vårdgarantier svarar Olof Edhag att han ser risker med att patientkategorier som saknas i vårdgarantigrupperna inte får adekvat vård i rätt tid.

– Det borde finnas en generell garanti, där man inte radar upp vissa kategorier, utan föreskriver en skyldighet för vården att se till att alla patienter får en diagnostisk bedömning inom en viss tid och att det också finns en tidsgräns för den terapeutiska insatsen.

– Vårdgarantier har, om jag förstätt det rätt, egentligen inte någon laglig grund, kritiserar Olof Edhag.

– Det är klart att det är väldigt kraftfullt att styra med pengar – det kan vara kraftfullare än att stifta lagar om tillgänglighet och god vård på lika villkor. Men jag anser att Hälso- och sjukvårdslagen är en mycket bra grund för all den sjukvård som bedrivs.

### Äldreomsorgen behöver läkare

Om Ädelreformen konstaterar Olof Edhag att intentionerna varit helt riktiga:

– Jag har arbetat inom internmedicin och kardiologi, och där har jag ju sett hur patienter som inte kunnat erbjudas

mer vård på en avdelning ändå har blivit kvar halvårsvis – och fått ligga i korridorer, sköljrum eller läkarexpeditiöner. Det var naturligtvis inte bra.

– Men sedan hade inte kommunerna klart för sig de mångfasetterade medicinska problemen som många av dessa gamla människor hade. Idag har många särskilda boenden, framför allt sjukhem, blivit institutioner där det finns mycket svårt sjuka människor, i vissa fall i livets slutskede.

– Då måste det självfallet också finnas medicinsk kompetens där. Omvårdnadskompetensen är basen, men utöver den måste det också finnas läkarkompetens. Den tryggheten måste vi kunna ge våra gamla, understryker Edhag.

### Respekt för döende

Han är också kritisk mot att patienter i livets slutskede flyttas för mycket mellan sjukhus och särskilt boende. En studie av det sista levnadsåret för 30 terminalt sjuka visade att många fått lämna sjukhuset kort tid före döden, och att många också flyttats flera gånger mellan vårdnivåerna under sitt sista år.

– Jag tycker att man ibland har gått för långt här. Samtidigt bör det vara möjligt för den som så vill att få tillbringa sina sista dagar i hemmet eller åtminstone i en hemlik miljö. Men då måste också den medicinska kompetensen flytta med och inte finnas inlåst bakom sjukhusets väggar.

– Det finns naturligtvis också en gräns för vilken vård som kan bedrivas i hemmet – när vårdkvaliteten inte längre kan upprätthållas måste man givetvis ompröva placeringen, framhåller Olof Edhag.

### Utsatta grupper

Han tar också upp andra utsatta grupper i samhället vilkas medicinska behov behöver tillgodoses bättre, bl a de kroniskt psykiskt sjuka. När dessa nu i stor omfattning förts ut i öppna vårdformer kan både diagnoser och medicineringsbehöva omvärderas.

– En annan grupp som vi också känner bekymmer för är de förståndshandikappade. Det är helt korrekt att de skall ut i samhället så mycket som möjligt. Men många av dem har motoriska eller andra problem såsom hörselskador, synrubbingar, allvarlig epilepsi med tung medicineringsosv.

– Det är viktigt att de får del av medicinsk kompetens rörande sådana handikapp. Primärvården kan inte åläggas även denna börda utöver allt annat som den redan har ansvar för.

– Jag anser att det var olyckligt att man rustade ned den omsorgsöverläkarorganisation som fanns i Sverige och som hade kunnat värna om dessa gruppers medicinska behov. Detta är en frå-

ga som Socialstyrelsen kommer att lyfta fram och ägna särskilt intresse under 1999, säger Edhag.

### Ny »Aktiv uppföljning»

En annan förändring i Socialstyrelsens arbete gäller projektet »Aktiv uppföljning», berättar han.

– Projektet har nu gått ett varv runt hela Sverige. I höstas besökte vi de två sista återstående landstingen, Jämtland och Västernorrland. I framtiden kommer vi att göra denna typ av tillsyn i en annan form.

– Vi kommer då att koncentrera oss på teman, och det första temat blir »Barn och ungdom» ur olika aspekter, med start i Skåneregionen. På så vis integrerar vi verksamhetstillsynen på ett nytt sätt med »Aktiv uppföljning», framhåller Olof Edhag, som menar att arbetsformen varit värdefull för att kunna lyfta fram problem till beslutsfattare i landstingen.

### Skall utreda »byråkratin»

Även om Edhag nu har slutat som överdirektör vid Socialstyrelsen betyder det inte att han lämnat alla uppdrag för verket. Bl a skall han i Socialstyrelsens regi se över i vilken mån administrativa rutiner har blivit en belastning för sjukvården genom att man kommit med alltför många pålagor.

– Det sägs ibland att Socialstyrelsen har alltför stora krav när det gäller dokumentation – det är naturligtvis en allvarlig signal som vi måste analysera. Vi måste se till att onödig administration inte förekommer – det undandrar ju tid från patientarbetet.

– Dokumentation är viktigt för att man skall veta vad man gör och för att kunna överföra information från en individ till nästa – det är ju så många som är inblandade i vården numera. Men det måste vara en effektiv och meningsfull dokumentation, och visst kan vi se exempel på att dokumentationskravet drivs för långt.

Edhag betonar att det är viktigt att tillämpningen av Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter hanteras på ett förnuftigt sätt. Det är ju patientsäkerheten som det ytterst skall handla om.

### Signeringstvånget då?

Ja, på den frågan svarar Olof Edhag att enligt hans bedömning är nuvarande reglering tillfyllest.

– Jag tycker personligen att signeringstvånget inte behöver lagregleras. Det är en naturlig del i kvalitetsarbetet att man kontrollerar att det som skrivs in i en journal är adekvat. Det skall inte behövas något särskilt lagrum för detta, men alla på Socialstyrelsen kanske inte delar den uppfattningen ... •

## Referenslistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

*Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser* (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter referenslistan skrivs då: »En fullständig referensförteckning kan rekvideras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

*Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga*; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

*Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus*. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan, skriv ut hela namnet.

*Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i referenslistan*. Undvik referenser till sammanfattningar (abstracts).

*Författare skall alltid anges*. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

*Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadautredningen. Synskadade och samhället ...»*

*Finns ej angiven författare* anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken [ledare]. Läkartidningen 1986; 83: 75-6.»

*Seriebeteckning för vissa publikationer* – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges i slutet av referensen. Exempel: Ranek J, Wahren H, Ringnér Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. Socialstyrelsen redovisar 1981:9.

*Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier* anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag/utgivare och utgivningsort.

*Vid hänvisningar till Svenska Läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar* anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89(5): 67.

*Om en referens är en akademisk avhandling* anges [dissertation] före slutpunkten i titeln.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.