

Skapa haverikommission för säkerhetsarbetet i sjukvården

Ett modernt patientsäkerhetsarbete bör utgå från grundtesen att misstag i vården beror på systemfel. En haverikommission för sjukvården bör byggas upp med Statens haverikommission som förebild.

I december väntas Patientsäkerhetsutredningens lägga fram sitt slutgiltiga förslag för regeringen. Utredningen ska enligt utredningsdirektivet bli se över om dagens system med tillsyn och disciplinansvar speglar den utveckling på patientsäkerhetsområdet som ägt rum i Sverige och internationellt, och om det är ändamålsenligt och accepterat.

Utan att föregå utredningens förslag kan man redan nu slå fast att dagens system med Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som granskare knappast är ändamålsenligt. När det gäller acceptansen inom sjukvården för HSANs verksamhet är systemet kontraproduktivt. Samtidigt är patientsäkerhet en mer än angelägen uppgift för sjukvården att ta tag i.

Mellan 2002 och 2006 noterade Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) bara i Västra Götalandsregionen 1 223 fall där patienter fick bestående men, 85 fall där patienter blev invaliderade, 61 fall där patienter blev gravt invaliderade och 59 dödsfall på grund av felaktig behandling. I samtliga fall var skadorna undvikbara. Den totala försäkringskostnaden för Västra Götalandsregionen är

årligen 80 miljoner kronor, och totalt ej slutbetalda skulder uppgår till 836 miljoner kronor.

LÖFs siffror gäller bara kända fall, och man kan anta att mörkertalet är stort. Ingen vet säkert hur många människor som årligen skadas eller dör i sjukvården i Sverige på grund av undvikbara misstag eller olyckshändelser.

Socialstyrelsen publicerade dock under våren 2008 en rapport där man gått igenom 1 967 patientjournaler. I 169 journaler noterade man skador direkt orsakade av sjukvården, och i genomsnitt medförde en vårdskada sex extra vårddygn. Det innebär att närmare var tionde patient får skador av den sjukvård de får i Sverige.

Tyvärr innebär alla verksamheter risker, och riskerna för misstag inom sjukvården är per definition stora. Samtidigt kan konsekvenserna av sådana misstag bli oerhört ödesdigra såväl i mänskligt lidande som i kostnader för sjukvården. Därför måste det vara en klart uttalad ambition att ständigt arbeta för att minska riskerna.

Ett modernt säkerhetsarbete utgår från tesen att felincidenter i grunden beror på systemfel – det är något i processen snarare än slumpen som gör att det går fel. I de fall där enskilda individer direkt ligger bakom felet är detta i sig också ett systemfel. Anningen har systemet inte gett dem adekvat utbildning eller tillräckligt beslutsunderlag,

eller också har systemet missat att individerna varit direkt olämpliga för sina uppgifter. Utifrån den tesen följer att systemfel kan åtgärdas, men bara om man är beredd att lära av tidigare misstag.

Och här är HSAN varken ändamålsenligt eller accepterat i sin roll. Man har kunnat konstatera att sjukvården råkat ut för allvarliga misstag som har upprepats. Vill man lära av tidigare händelser ska man inte utdela disciplinstraff till den som råkat bli sittandes med Svarte Petter (dvs pekats ut som ansvarig för misstag som i grunden ofta är systemfel). Disciplinstraffet medför att acceptansen och viljan att samarbeta för att undvika framtida misstag undermineras av risken att »själv åka dit«.

HSAN borde därför läggas ned, och i stället bör man inrätta en haverikommission för patientsäkerhetsarbetet, med Statens haverikommission som förlaga.

Denna haverikommission bildades 1978 för att utreda flygolyckor, men den utreder sedan 1990 även svårare olyckor och tillbud oberoende av om de skett i luften, på land eller till sjöss. Det är en liten organisation som i varje utredning knyter till sig den kompetens som behövs i det specifika fallet.

Utredningsarbetet är inriktat på att dra lärdomar av och förebygga olyckor – inte på att peka ut ansvariga för olyckan. En viktig förutsättning för att kunna utveckla patientsäkerheten är just att komma bort från syndabockstanken och i stället blicka framåt.

Olyckor beror nästan alltid på systemfel någonstans i organisationen. En pilot utpekats inte genast som ansvarig för en flygolycka, och på samma

vis ska inte vårdpersonalen per automatik pekats ut som ansvarig för en patientsäkerhetsolycka. Däremot kan systemfel göra att olämpliga personer blir såväl piloter som vårdpersonal – och då måste de felan åtgärdas och uppenbart olämpliga individer skiljas från sin professionsutövning.

En haverikommission för patientsäkerhetsfrågor bör organisatoriskt utformas liknande den inom transportsektorn: en liten organisation med resurser att knyta till sig nödvändig kompetens. Uppdraget ska vara att tillsätta en utredning kring varje allvarlig händelse som exempelvis lett till ett av LÖF konstaterat dödsfall eller svår skada.

Utredningarna ska, precis som Statens haverikommissionens utredningar, inte syfta till att peka ut syndabockar utan i stället utreda orsakerna till avvikelserna utifrån verksamhets- och processperspektiv. Kommissionen ska ta till vara kunskaperna om vårdens processer och förebygga framtida avvikelser.

En haverikommission blir ett samlande nav i kunskapsarbetet kring patientsäkerhet som på ett konkret sätt kan hjälpa till att förbättra säkerheten, samtidigt som arbetet kan vridas bort från ett tidigare negativt perspektiv hos HSAN, där fokus låg på att utkräva ansvar av enskilda, till ett mer framåtintrikt perspektiv med patientens och verksamhetens bästa i fokus.

Haverikommissioner är ett nytt sätt att arbeta kring patientsäkerheten. Samtidigt är det egentligen bara en beprövad metod inom säkerhetsarbetet som appliceras i en ny miljö.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



MARTIN ANDREASSON vice ordförande (m), hälso- och sjukvårdsutskottet, Västra Götalandsregionen martin.andreasson@moderat.se