

Aktivt patientsäkerhetsarbete ska bli lagfäst skyldighet

Patientsäkerhetsutredningens förslag innebär att fokus förskjuts. Att rätta till systemfel och utkräva ansvar av vårdgivarna ska bli viktigare än att pricka läkare och sjuksköterskor som gjort misstag.

– Disciplinpåföljderna varning och erinran har inte bidragit till att höja patientsäkerheten, säger utredaren Lars Lundgren till Läkartidningen.

Vårdgivarna ska få ett lagfäst ansvar att driva ett aktivt patientsäkerhetsarbete, och Socialstyrelsen ska se till att de gör det. HSANs disciplinpåföljder varning och erinran avskaffas, men samtidigt skärps möjligheterna att komma åt en mindre grupp riskindivider.

Det är huvudinnehållet i Patientsäkerhetsutredningen, som överlämnades till socialminister Göran Hägglund i december. Bestämmelserna ska finnas med i en ny lag, patientsäkerhetslagen, som föreslås ersätta den nuvarande lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

– Tidigare har debatten varit alltför inriktad på individer, säger utredningens ordförande, hovrättsrådet Lars Lundgren. Vi vill behålla det personliga yrkesansvaret, men jämsides med det vill vi fokusera mer på vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten.

För att hålla efter riskindividerna

föreslår utredningen att reglerna skärps för provotid och återkallande av legitimation. Den treåriga provotiden ska i fortsättningen kombineras med en skärpt tillsyn från Socialstyrelsen, och den prövade läkaren eller sjuksköterskan ska också kunna åläggas att följa en personlig plan för att till exempel komplettera sina kunskaper eller underkasta sig missbruksvård.

Allvarlig brottslighet ska också kunna leda till att man blir av med legitimationen, även om brottet inte har samband med tjänsten; detta gäller inte bara brott mot person utan också grova ekonomiska brott, förklarar Lars Lundgren. För att kunna kontrollera det ska Socialstyrelsen vid prövning av legitimationsärenden få tillgång till uppgifter ur belastningsregistret – vilket man inte har i dag.

Den punkten var okontroversiell, berättar han. Mer diskussion var det innan utredningen kom fram till ett annat förslag: att all personal med patientkontakt som ska anställas i hälso- och sjukvården måste visa upp utdrag ur belastningsregistret. Frågan diskuterades också på Lä-

karförbundets fullmäktige, som tillstyrkte förslaget först efter en hård debatt (LT nr 50/2008).

– Jag tvekade själv länge innan jag bestämde mig, säger Lars Lundgren. Men man ska komma ihåg att dessa utdrag bara ska omfatta ett antal noga definierade, väldigt grova brott: mord, dråp och andra grova våldsbrott, sexualbrott, barnpornografibrott och narkotikabrott. Det är inte många personer som har sådana brott att redovisa.

»Tidigare har debatten varit alltför inriktad på individer. Vi vill behålla det personliga yrkesansvaret, men jämsides med det vill vi fokusera mer på vårdgivarens ansvar för patientsäkerheten.«

I och med att disciplinpåföljderna varning och erinran tas bort, försvinner också den enskilde patientens möjlighet att anmäla felande vårdpersonal till HSAN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I stället ska patienten eller anhöriga, som anser att ett fel har begåtts, anmäla händelsen till Socialstyrelsen, som då ska utreda saken.

Om utredningen visar att felet beror på en riskindivid ska Socialstyrelsen anmäla denna för HSAN, som då får ta ställning till provotid eller deslegitimering. Men visar det sig att huvudorsaken i stället är brister hos vårdgivaren, ska Socialstyrelsen ålägga denna att rätta till bristerna.

Vad tycker du om Patientsäkerhetsutredningens förslag?

Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundet:

– Jag är mycket nöjd med helheten. Man siktar in sig mot ett lärande system och kommer bort ifrån överdrivet repressiva tankar.

– När det gäller att visa utdrag ur belastningsregistret vid anställning har det funnits olika synpunkter inom Läkarförbundet, men väger man ihop det med övriga förslag blev helheten bra.



Eva Nilsson Bågenholm

Det är inte förbjudet för arbetsgivarna att anställa en person som begått brott, men de ska vara medvetna om det. Det finns fall i dag där arbetsgivaren inte vetat om tidigare brott.

– Ett nationellt patient-

säkerhetscentrum är ett mycket bra förslag. Läkarförbundet har redan haft informella diskussioner med ett antal andra aktörer om hur det ska byggas upp. Under våren ska vi fortsätta de diskussionerna under mer formella former.

Thomas Tegenfeldt, chef för enheten för behörighet och patientsäkerhet vid Socialstyrelsen:

– Socialstyrelsen ser positivt på utredningens



Thomas Tegenfeldt

förslag. Det är bra att man ger vårdgivarna större ansvar för patientsäkerheten, och samtidigt ger Socialstyrelsen ett tydligt uppdrag att följa upp arbetet.

– De nya uppgifterna ställer stora krav på Soci-

alstyrelsen, och vi kommer att behöva resurstillskott för att klara dem. Vi får större krav på oss att beivra oförlsamhet mot skyldigheten att bedriva aktivt patientsäkerhetsarbete. Det kan mycket väl leda till att vi oftare kommer att använda möjligheterna till vitesföreläggande, till att stänga avdelningar och så vidare.

Synnöve Ödegård, sjuksköterska och forskare i patientsäkerhetsfrågor



– Det nya systemet blir bättre för patienten, säger Lars Lundgren. Om patienten i dag anmäler en person och det visar sig att felet låg hos någon annan, kan man inte gå vidare. Det är bättre att Socialstyrelsen får göra en bred utredning och ta reda på var felet ligger.

I den nya patientsäkerhetslagen åläggs alla vårdgivare en skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete, som bland annat ska redovisas i en årlig, offentlig patientsäkerhetsberättelse. Socialstyrelsen ska övervaka arbetet, och kan exempelvis döma ut vite eller stänga avdelningar om brister inte rättas till. Utredarna hoppas att Socialstyrelsen ska bli tydligare och inte tveka att använda dessa instrument, säger Lars Lundgren:

– Att en vårdgivare inte bedriver systematiskt patientsäkerhetsarbete ska vara tillräcklig grund för att kunna döma ut vite.

För att driva på kunskapsutvecklingen föreslår utredningen också att ett nationellt patientsäkerhetscentrum skapas. Det ska inte vara någon myndighet utan en fristående organisation, där de olika aktörerna i vården ska delta. Exakt hur detta centrum ska utformas ska en särskild kommitté lämna förslag på.

Patientsäkerhetsutredningens förslag innebär sammantaget att HSAN bantas kraftigt, medan Socialstyrelsen byggs ut. Utredningen går nu ut på remiss, och tanken är att förändringarna ska kunna träda i kraft den 1 juli 2010.

Miki Agerberg

»Det nya systemet blir bättre för patienten«, säger utredningens ordförande, hovrättsrådet Lars Lundgren.

Foto: Urban Orzolek

vid KTH. Hon var expert i utredningen, men hoppade av i slutskedet.

– Jag är inte nöjd med utredningens förslag. Jag har i många år talat för att disciplinpåföljderna varning och erinran ska tas bort. Men frågan är om det system man ersätter dem med räcker för att patienter och anhöriga ska känna sig trygga.

– Man förlitar sig mycket på vårdgivarnas egna utredningar, och det kräver en stark till-



Synnöve Ödegård

syn. Det är bra att Socialstyrelsen ska byggas ut, men det kommer att krävas en gigantisk utbildningsinsats om de ska få rätt kompetens.

– I dag ligger hälso- och sjukvården decennier efter andra branscher

säkerhetstänkande. Därför är det synd att utredningen inte hade med experter från branscher som kommit längre, som flyget eller kärnkraftsindustrin.

Jon Ahlberg, docent och chefläkare vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag och en av Läkartidningens medicinska redaktörer.

– Jag är nöjd med utredningens förslag. De ska par förutsättningar för att

gå över från en individsyn till en systemsyn. När de genomförs kommer legitimerad sjukvårdspersonal att kunna påtala fel och brister utan att riskera disciplinära åtgärder. Samtidigt förenklas systemet för att ingripa mot sådana som är direkt olämpliga.

– Ska jag vara kritisk mot något, så hade jag hoppats jag att utredningen skulle hunnit längre med att precisera hur ett nationellt patientsäkerhetscentrum ska se



Jon Ahlberg

ut. Det är viktigt att ett sådant centrum inte är en myndighet, och att det är helt skilt från allt tillsynsansvar. Det går inte att kombinera tillsyn med att arbeta på ett positivt sätt för ökad patientsäkerhet.

Miki Agerberg

Vårdrelaterade infektioner:

Stora skillnader mellan sjukhusen

Elva procent av de inlagda patienterna på Sveriges sjukhus drabbas av en vårdrelaterad infektion. Men det är stora skillnader mellan olika landsting och sjukhus. Det visar en nationell mätning som gjorts av SKL, Sveriges Kommuner och Landsting.

Mätningen, som genomfördes i november, är den första heltäckande inventering som gjorts av vårdrelaterade infektioner på svenska sjukhus. SKL samlade in uppgifter om hur många av de inlagda patienterna vid alla somatiska sjukhus i landet som hade någon vårdrelaterad infektion en viss dag.

Redan i maj försökte SKL göra en motsvarande mätning, men på grund av sjuksköterskestrejken fick man då bara in uppgifter om mindre än hälften av patienterna. Men den här gången har man fått in uppgifter om 93 procent av de aktuella patienterna, eller cirka 20 000 personer.

Totalt 11 procent av dessa hade någon vårdrelaterad infektion vid undersökningstillfället (vid mätningen i maj var motsvarande siffra 11,3 procent). De vanligaste infektionerna var inte oväntat urinvägsinfektioner (26 procent), hud- och sårinfektioner (17 procent) och lunginflammation (14 procent).

Efter den nya mätningen redovisar SKL för första gången öppet resultaten på sjukhusnivå. Skillnaderna är stora mellan de olika sjukhusen och landstingen.

Bland landstingen ligger Halland bäst till med 6,4 procent vårdrelaterade infektioner. Sämst till ligger Jämtland med 14,4 procent.

Siffrorna visar att det finns en stor potential för förbättringar, säger Håkan Sörman. Det viktigaste är att få alla att följa basala hygienrutiner. Sådana här öppna jämförelser är ett sätt att driva på utvecklingen. Ingen vill ju ligga i botten på en lista.

De stora universitetssjukhusen har i genomsnitt lite fler infektioner än andra sjukhus, 12,8 procent. Men även här är spannvidden stor, från 7,4 procent för Universitetssjukhuset i Örebro till 18,6

procent för Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

En del av denna skillnad beror på olikheter i sjukhusens verksamhet. Men det förklarar inte hela skillnaden, säger Dag Ström, projektledare för SKLs patientsäkerhetsstrategi.

För länsjukhusen varierar siffrorna från 6,2 procent för Länssjukhuset i Halmstad till 15,1 procent för Blekingesjukhuset i Karlskrona.



Håkan Sörman, vd SKL.

De mindre länsdelsjukhusen är en heterogen grupp med stora skillnader i verksamhet. Här är också variationerna störst, från sjukhuset i Landskrona som inte har en enda vårdrelaterad infektion till Ersta sjukhus i Stockholm med 23,8 procent.

Sedan ett drygt år tillbaka driver SKL en stor satsning på patientsäkerhet, där ett av målen är att halvera antalet vårdrelaterade infektioner till slutet av 2009. För att kontrollera hur det går kommer två nya nationella mätningar att göras i april och november.

Förutom bättre följsamhet till hygienrutiner och klädregler fokuserar SKL speciellt på tre områden där man vet att problemen är stora: urinvägsinfektioner, sårinfektioner efter operation och infektioner vid central venkateter. SKL stödjer också ett hundratal lokala projekt inom ramen för VRISS, Vårdrelaterade infektioner ska stoppas (se LT nr 51-52/2008).

Hur mycket är det möjligt att minska de vårdrelaterade infektionerna på sikt?

I Socialstyrelsens granskning av alla slags skador i vården, som publicerades i somras, bedömde man att 70 procent av skadorna skulle gå att undvika (LT nr 23/2008):

Vi ska titta närmare på vad som går att göra när det gäller just infektionerna. Men jag tror att det ligger på ungefär den nivån, säger Håkan Sörman.

Miki Agerberg

AT-läkare bör få hjälp att bedöma skullskador

En specialistläkare som är mellanjour måste ta ansvaret för att handläggningen av svårbedömda tillstånd blir korrekt, oavsett hur säker den oerfarna primärjournen verkar. (HSAN 2902/07)

En femtonårig pojke kommer till sjukhusets akutmottagning efter att ha åkt rullskridskor och ramlat och slagit i huvudet. Han har kräcks flera gånger och är medvetandepåverkad. En AT-läkare som är primärjour tar emot pojken och undersöker honom. AT-läkaren kontaktar mellanjournen och föreslår att patienten ska läggas in och observeras var trettonde minut. Mellanjournen anser att det räcker med en gång i timmen.

Efter två timmar kontaktas AT-läkaren av avdelningspersonalen som meddelar att patientens tillstånd försämras; han andas inte för egen hand. Mellanjournen tillkallar, friar luftvägarna och börjar ventilera med mask. Saturationsvärdet stiger från mellan 30 och 40 procent till normalvärde.

Patienten intuberas och en akut skikt-röntgen görs. Därefter utför mellanjournen tillsammans med bakjournen en urakut trepanation för utrymning av epiduralhematom. Patienten överförs sedan till Neurokirurgiska kliniken i Uppsala och där görs en reoperation. Patienten återhämtade sig emellertid inte på grund av kvarstående skador i hjärnan utan fick vårdas i respirator och sondmatas.

Patientens far har anmält AT-läkaren, som var primärjour, och specialistläkaren, som var mellanjour, till Ansvarsnämnden för fel i vården. Bland annat anger fadern att sonen kräcktes blod flera gånger, både på akuten och på avdelningen, utan att det föranledde någon åtgärd. Han menar att om datortomografi utförts tidigare hade blödningen kunnat stoppas och utgången blivit bättre.

Både AT-läkaren och specialistläkaren bestrider anmälan. AT-läkaren hävdar sin oerfarenhet och poängterar att hon rådgjorde med mellanjournen. Nämnden friar AT-läkaren från ansvar just av den senare anledningen.

Specialistläkaren som var mellanjour hävdar i sitt yttrande att AT-läkarens kontakt med henne främst gällde observationsintervall och att AT-läkaren inte lät osäker på sin bedömning. Inga funderingar kring röntgen eller önskemål om mellanjournens kliniska bedömning framkom, enligt specialistläkaren. Ansvarsnämnden menar å sin sida att skullskador är svårbedömda och specialistläkaren själv som mellanjour skulle undersökt patienten oavsett vad primärjournen, en helt oerfaren AT-läkare, bad om. De symtom som patienten uppvisade borde enligt kliniken egna rutiner föranlett datortomografiundersökning.

Ansvarsnämnden tilldelar specialistläkaren en varning. ■



LT nr 51-52/2008