

# Från individsyn till systemsyn – patientsäkerhet 10 år!



**JON AHLBERG**, docent, chefläkare Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm  
jon.ahlberg@patientforsakring.se

För 10 år sedan gav Institute of Medicine, USA, ut boken »To err is human: Building a safer health system« [1]. Den kom att väcka internationell uppmärksamhet genom att hävda att så många som 98 000 dödsfall orsakades av fel och misstag i vården varje år i USA. Dödstalet var detsamma som om en jumbojet störtade – dagligen!

Det kvalitetsarbete som kommit igång inom vården hade dittills varit inriktat på servicekvalitet. Det blev nu omdirigerat mot verksamhetens kärnområde: vården.

I vårt land, liksom i de flesta andra, kom patientsäkerhet att ses som en central del av vården i stället för något i periferin som man inte kunde göra särskilt mycket åt.

Det nyvaknade intresset tog sig uttryck i den första nationella patientsäkerhetskonferensen 2003. Den samlade 400 deltagare, vilket kan jämföras med de 1700 som deltog i den 5:e konferensen 2010. Konferenserna arrangeras numera var 18:e månad av SKL, Socialstyrelsen, LÖF, Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Kommunal, SKTF och Sveriges Tandläkarförbund.

Redan från början stod det klart för många att fokus på individen, som vi tidigare haft, måste bytas mot systemsyn. Ett viktigt steg i den riktningen var Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Socialstyrelsen gav också ut en vägledning för att öka förståelsen av den nya föreskriften: »God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården« [2], vilket bidrog till en snabb tillämpning.

En väsentlig fråga för ökad säkerhet inom alla typer av verksamhet är att

identifiera riskområden. För det krävs rapporteringssystem. För vården har det militära och civila flyget kommit att framstå som mönster, och avvikelserapportering finns nu som rutin inom all vård enligt författningens föreskrift.

Införandet har emellertid varit kantat av motigheter och ibland även motstånd. IT-systemen är svår-bemästrade, och särskilt har klassificering och gruppering av rapporter inneburit svårigheter, vilket i sin tur försvårar eller omöjliggör analys och återföring till rapportör och andra berörda. Det utgör också hinder för insamling på nationell nivå. Om det är värdgivare eller tillsynsmyndigheten som ska ansvara för en sådan förtjänar att diskuteras.

Avgörande för att ett fullödigt avvikelssystem ska fungera är att rapportering är avskild från system för disciplinära åtgärder mot rapportören eller andra medarbetare. Så har hittills inte varit fallet. Därför gjorde de organisationer som stod bakom patientsäkerhetskonferenserna gemensamma uttalanden vid de 3:e och 4:e konferenserna 2005 och 2007, i vilka man pekade på betydelsen av en förändring av lagstiftningen så att syndabockstänkandet i vården elimineras.

I april 2007 tillsatte regeringen Patientsäkerhetsutredningen, som resulterat i en proposition [3], som nu granskas av lagrådet. Vid en presskonferens betonade socialminister Göran Hägglund betydelsen av att värdgivare åläggs upplysningsplikt gentemot patient eller närstående vid en inträffad vårdskada.

Enligt min mening kommer detta att innebära en stor utmaning för oss som arbetar i vården, men också en stor möjlighet.

Positiva erfarenheter av att inkludera patient och närstående som fullvärdiga partner i händelseanalyser finns från



Vården själv ska stå i fokus för patientsäkerhetsarbetet, »syndabockstänkandet« måste bort.

Illustration: Gustoimages/SPL/IBL

blå Akademiska sjukhuset i Uppsala och från flera sjukhus i USA, där man alltmer försöker tillämpa vad man kallar »open disclosure« [4]. Det är en förändring som inte kan fungera utan att vi, både medarbetare inom vården, patienter och allmänhet, tänker om och tar till oss ett nytt betraktel-

sesätt [5]. Men det hänger på oss, vi professionella!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington DC, USA: National Academies Press; 2000.
2. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
3. Patientsäkerhet och tillsyn. 9 feb 2010 [citerad 10 feb 2010]. <http://regeringen.se/sb/d/108/a/139284>
4. Lopez L, Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Cohen AP, Epstein AM. Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of quality of care. Arch Intern Med. 2009;169:1888-94.
5. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. När en patient skadas i vården. 1 jun 2006 [citerad 10 feb 2010]. [http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/informationsmaterial/stodkort\\_folder\\_1017.pdf](http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/informationsmaterial/stodkort_folder_1017.pdf)

## ■ sammanfattat

**Systematiskt** patientsäkerhetsarbete har bedrivits i 10 år.

**Äntligen** är systemsyn på väg att införas i lagstiftningen.

**Öppen** kommunikation med patient och närstående vid tillbud och skador kommer att krävas och kan bli en tuff utmaning.

**För en fortsatt** utveckling av rapporteringssystem krävs enklare rutiner, snabbare och bättre återföring till rapportör, bättre analys- och klassificeringssystem och robusta IT-system. Mycket av detta saknas i dag.

**Nationella** patientsäkerhetskonferenser arrangeras var 18:e månad.