



Magna Andreen Sachs, docent, chefläkare, Forum för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting magna.andreen-sachs@sl.se

Utan vilja – ingen säker vård

Amerikanska världsnamn kräver kraft i säkerhetsarbetet, Sverige bör ta efter

Det är nu mer än fem år sedan amerikanska Institute of Medicine (IOM) publicerade rapporten »To err is human: Building a safer health system«. Rapporten skakade om USA och den övriga västvärlden genom att hävda att 98 000 människor dör varje år i USA till följd av undvikbara skador i vården; rapporten manade till nationell uppslutning för att göra vården säker [1].

Lucian Leape och Don Berwick – båda världsnamn inom kvalitets- och säkerhetsarbete i hälso- och sjukvårdssfären – har nyligen i JAMA publicerat en personlig utvärdering av och reflektion över rapportens effekter på den amerikanska hälso- och sjukvården [2].

Patientsäkerhet har uppmärksamats stort

Lucian Leape och Don Berwick konstaterar att patientsäkerheten har fått stor uppmärksamhet på alla nivåer i det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet och att ekonomiska resurser har tillförts området. Insikten att förekomsten av negativa händelser inte är individberoende utan en systemegenskap, och alltså möjlig att påverka genom förbättrande åtgärder, har fått fäste och breder ut sig – om än med visst mothugg från USAs befolkning och rättsväsende, som av tradition är utpräglat individfokuserade.

En imponerande lång lista av tunga aktörer – både statliga och privata – har engagerat sig i patientsäkerhetsarbetet, inklusive American Medical Association genom dess National Patient Safety Foundation. Denna satsning har nyligen belysts i Läkartidningen [3]. Arbetet har bl a lett till en fördjupad syn på sambandet mellan kvalitet i hälso- och sjukvården och säker vård.

Säker vård handlar inte enbart om undvikbara skador i samband med medicinska åtgärder (misuse), utan även om olika risker som följer med onödig, icke-evidensbaserad vård (overuse) respektive undanhållen, evidensbaserad vård för vilken det finns ett behov (underuse).

Patientsäkerheten är alltså en väsentlig del av kvaliteten i häl-



Hur säker är vården, håller alla länkar i kedjan? Nja, i Sverige, som i USA, saknas den kraft som är nödvändig för ett effektivt säkerhetsarbete.

ILLUSTRATION: ALFRED PASIEKA/SCIENCE PHOTO LIBRARY

so- och sjukvården, och den kan inte skiljas ut från övriga kvalitetsperspektiv på hälso- och sjukvård.

Tack vare ett systematiskt förbättringsarbete har nya och bevisat säkra rutiner införts på en del ställen, vilket lett till gynnsamma, lokala effekter på förekomsten av negativa händelser. Exempelvis har brister i läkemedelshanteringen reducerats med 81 procent på kliniker som infört datoriserat system för ordination av läkemedel.

Goda förebilder för patient-säkerhetsarbetet finns alltså i den amerikanska hälso- och

sjukvården, även om dessa förändringar endast är marginella. Generellt sett har ingen märkbar och genomgripande förändring i patientsäkerheten inträffat, vilket bl a visas i en aktuell rapport från Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (www.qualitytools.ahrq.gov/qualityreport).

Säkerhet kräver attitydförändring

Varför har då så lite hänt: Vilka är hindren? Leape och Berwick menar att det är fråga om dels kultur, dels ledarskap. Kulturen inom hälso- och sjukvården, skriver de, präglas av ett hårdnackat fasthållande vid den professionella autonomin. En övergång till en säkerhetskultur kräver förändring i attityder och förhållningssätt – något som upplevs som ett hot mot autonomin och auktoriteten. Genom att hävda den professionella autonomin motverkas också förståelsen för att det är i samverkan med kolleger och annan sjukvårdspersonal som den goda vården skapas.

På ledarskapsnivå efterlyser Leape och Berwick uttryck för det engagemang som behövs för att åstadkomma förändringar och som kommer till uttryck i gemensamma visioner och mål för organisationen.

Slutligen, som ytterligare hinder på vägen, lyfter de fram ersättningssystemets konstruktion samt bristen på robusta mått för att på övergripande nivå mäta säkerheten i vården.

Nya verktyg för en säkrare vård

Vad behöver göras under de kommande fem åren för att

Leape och Berwick hävdar också att de föreslagna målen är helt realistiska. Med vilja och ledarskap går det att förverkliga dem. De säger vidare att hindren att nå sådana mål ligger i bristande tro på vår förmåga, i avsaknad av föresatser, i den förhärskande kulturen och i de val vi gör.

åstadkomma en säker hälso- och sjukvård i USA till år 2010, frågar sig Leape och Berwick. Gemensam, elektronisk vårdokumentation som följer patienten är på väg att införas, och finansierarna kommer att märka att investeringskostnaderna snart betalar sig tack vare effektivare och säkrare vård och minskade kostnader för vårdskador.

Fler rutiner för säker vård tas fram, och spridning och följsamhet kommer att öka. Ett nytt verktyg för att göra vården säkrare är på väg att få spridning inom det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet, nämligen träning av samarbete – teamwork – vilket sker inom ramen för simulatorträning [4].

Slutligen hoppas Leape och Berwick att öppen kommunikation av inträffade avvikelser skall bli en självklarhet och att inte risken för åtal skall förhindra möjligheter till lärande och förebyggande åtgärder samt rättmätig information till patienterna.

Inre förändringstryck inte tillräckligt starkt

Men Leape och Berwick konstaterar att allt detta inte är tillräckligt för att nå det mål som IOM-rapporten satte upp: reduktion av undvikbara vårdskador med 90 procent. För detta krävs att varje hälso- och sjukvårdsledning, direktör, läkare och sjuksköterska gör patientsäkerheten till sin mest angelägna fråga, »top strategic priority«, dvs en fråga lika viktig som budgeten. Av ett sådant engagemang syns inte skymten!

Trots att det inre förändringstrycket alltså torde finnas i form av kunskaper om brister i patientsäkerheten och om evidensbaserade rutiner som gör vården säkrare, så räcker det inte.

Yttre förändringstryck behövs

Ett yttre förändringstryck behövs. Varifrån skulle det komma? frågar sig Leape och Berwick. Allmänhetens engagemang är för växlande för att någon verklig effekt skall nås den vägen. Förordningar och föreskrifter – kan det vara modellen? Knappast, anser de. Det leder inte till den kulturförändring på djupet, som är en förutsättning för att målet skall nås. De tror inte heller på att koppla olika typer av ersättningsmodeller (positiva och negativa incitament) till utfall som speglar patientsäkerheten, eftersom det dels inte finns något mått som håller för detta, dels finns en risk att ekonomiska incitament leder till beteenden som inte gagnar syftet.

Däremot föreslår de att man bör pröva att ge riktad bonus till verksamheter som har genomfört säkerhetsfrämjande åtgärder och som kan uppvisa goda resultat (t ex till en intensivvårdsavdelning för framgångsrikt införande av bevisat effektiva åtgärder som minskar frekvensen ventilatorassocierad pneumoni). Dessutom bör ersättning upphöra till vårdgivare för extra, tillkommande vårdbehov som uppstår till följd av undvikbara skador i vården.

Förslag till nationella mål för patientsäkerhet finns redan

Leape och Berwick drar slutsatsen att det som verkligen behövs för att skapa det nödvändiga yttre trycket är nationella mål för patientsäkerheten: Tydliga, ambitiösa och kvantitativa mål som får alla aktörer på alla nivåer att verka samfällt i en riktning. De refererar till förslag på sådana mål som redan formulerats av IOM och andra aktörer, t ex minskning av vårdrelaterade infektioner med 90 procent, minskning av läkemedelsrelaterade negativa händelser med 50 procent (90 procent för läkemedel med stor risk), så uppdraget bör inte vara svårt.

Don Berwick har som chef för Institute of Healthcare Improvement (IHI) själv medverkat till att formulera ett utmanande mål: Rädda 100 000 liv! Målet skall vara uppnått 14 juni 2006, 18 månader efter det att kampanjen började, och det skall nås genom att i nuläget 2 400 sjukhus i USA har an-

slutit sig till ett projekt som leds av IHI och som går ut på att införa ett knippe av evidensbaserade åtgärder för att komma till rätta med sex stora säkerhetsproblem inom akutsjukvården (bl a vårdrelaterade infektioner och läkemedelsbiverkningar) (www.ihl.org).

Nationellt uttalade mål av det här slaget skulle, menar Leape och Berwick, ha en kraftfull effekt på patientsäkerheten. Sådana tydliga mål, definierade till storlek och tidsram, skulle skapa det nödvändiga engagemang och effektiva samarbete i systemet som är två kritiska element i byggandet av en säkerhetskultur.

Leape och Berwick hävdar också att de föreslagna målen är helt realistiska. Med vilja och ledarskap går det att förverkliga dem. De säger vidare att hindren att nå sådana mål ligger i bristande tro på vår förmåga, i avsaknad av föresatser, i den förhärskande kulturen och i de val vi gör. Artikeln avslutas med orden: Vården blir inte säker förrän vi väljer att göra den säker!

Kraftutveckling i Sverige för att göra vården säkrare

Även i Sverige väckte IOM-rapporten medvetandet om brister i patientsäkerheten, och olika organisationer har reagerat (t ex Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet, Kommunal och Sveriges läkarförbund). Inte minst har Läkartidningen genom temat »På säkra sidan« bidragit till insiktsskapande och debatt.

Ett svårt bakslag i utvecklingen mot en gemensam, nationell säkerhetskultur var åtalet mot Kalmar-sjuksköterskan som av misstag blandat en för hög dos av ett läkemedel till en baby. Sjuksköterskan, som i tingsrätten fälldes för vållande till annans död, fick domen skärpt i hovrätten i våras. Detta gagnar inte öppenheten om och lärandet av de tillbud och negativa händelser som inträffar i vården och som är grundförutsättningen för ett systematiskt säkerhetsarbete för att identifiera och åtgärda brister. Rädsla skapar ingen säkerhetskultur!

Lika lite som i USA har vi i Sverige en kultur och en nödvändig kraft i säkerhetsarbetet. Hur skulle förändringstrycket kunna byggas upp i vårt system? Vad skulle hända om ledningarna i våra 18 landsting och två regioner gemensamt bestämde sig för fem tydliga, mätbara mål, som skulle vara uppnådda ett bestämt datum inom, låt oss säga, två år? Vad skulle hända om landstings-/regiondirektörerna tog personligt ansvar för att målen nåddes? Ett av dessa mål skulle kunna vara: Reducera antalet undvikbara skador (LÖF-statistik) med 90 procent.

Vad skulle hända om Läkarförbundet tog motsvarande initiativ och ansvar för att engagera alla medlemmar i att nå målen? Och tänk om Vårdförbundet och Kommunal hängde på? Vilken kraftutveckling! Vården skulle bli märkbart säkrare, därför att vi valde att göra den säkrare.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: Institute of Medicine, The National Academies Press; 1999.
2. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err is Human: what have we learned? JAMA 2005;293:2384-90.
3. Rutberg H, Weeks WB. Stor satsning för bättre patientsäkerhet i USA. Läkartidningen 2004;101:2276-9.
4. Baker DP, Salas E, King H, Battles J, Barach P. The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005;31:185-202.

