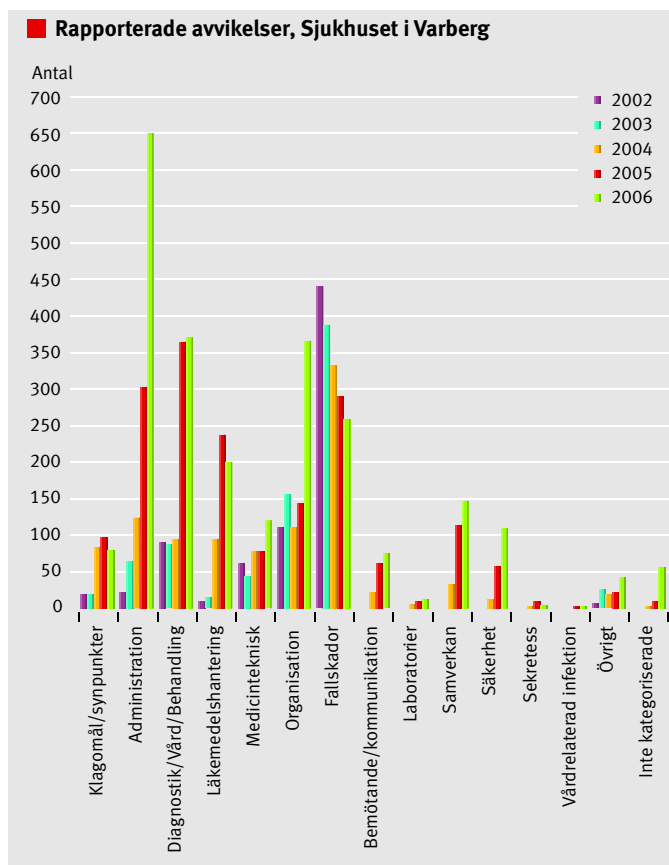


De har gått på kurs med Ringhals. De rapporterar många fler avvikelser än tidigare. Vårdpersonalen vid Varbergs sjukhus har ändrat attityd till risktänkande efter ett flerårigt lokalt patientsäkerhetsarbete. Avvikelsestatistiken visar att det blir allt vanligare med patientrisk som uppstår på grund av fel bemanning, för få sängplatser eller uteblivna rutiner. Resursbrister blir synliga patientrisk.

TEXT: AGNETA BORGSTRÖM FOTO: DICK GILLBERG

# Sjukhuset som letar efter fel



Figur 1. Avvikelse rapporteringen på Sjukhuset i Varberg är uppdelad i 15 olika kategorier. Flest avvikelser berör »administration« och »fallskador«. Även »organisation« har många rapporteringar.

Allt allvarligare och tyngre risker märks i avvikelshanteringssystemet på Varbergs sjukhus. Många av dem är så svåra att de senare anmäls som Lex Maria-ärenden. Man kan börja tala om en våg, en effekt av sjukhusets interna patientsäkerhetsarbete som pågått sedan 2001. Sedan 2002 har antalet rapporterade avvikelser ökat markant, från 760 till 2 397 fall år 2006. Under det senaste året märks en trend – mest ökar rapporterade avvikelser som handlar om »organisation« och »administration« (Figur 1). I siffror innebär detta att antalet avvikelser som rör organisation har ökat från 140 fall under 2005 till 360 fall under 2006; antalet som rör administration har ökat från 300 till 650 fall. I rubrikerna rymms risksituationer som till exempel dålig tillgänglighet, bemanningsproblem, organisationsstruktur, brist på rutiner och dokumentationssystem. Under den senaste tiden kommer det allt fler signaler om att det saknas resurser.

– Avvikelser som rör re-

sursbrist har ökat. Det är låg bemanning, det fattas sjuk- och undersköterskor. Därför har vi nu en person inom administrationen som utreder frågan och tittar på vårdtyngden. En annan sak som vi har problem med är antalet vårdplatser, säger Carina Forsberg, chefläkare på Varbergs sjukhus.

Totalt sett handlar i särklass flest avvikelser om brister som har att göra med att klinikerna eller personalen inte ser patientens vårdförlopp som en helhet, menar hon.

– Var och en lever i sin bubbla och det blir risker i vårdens övergångsställen, säger Forsberg.

**Carina Forsberg vill** att antalet rapporterade avvikelser ska öka ännu mer – målet är 5 000 per år. Poängen är att se tendenser i statistiken, så att risksituationer kan upptäckas på sjukhuset och vårdskador, eller till och med dödsfall, kan förhindras.

– Samma misstag ska helst inte begås två gånger.

Varbergs sjukhus ser pati-



Halverat antal urinvägsinfektioner inom neurologin på Varbergs sjukhus. Och nästan inga lunginflammationer längre på IVA, där uppmaningen »sprita ofta« hörs då och då i korridoren.

» Det har egentligen inte varit så svårt att få med sig folk i arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner. Men läkarna har varit mer motsträviga. Jag tror att de inte alltid ser behovet av enkla hygienregler«, säger Karin Gertsen, överläkare på anestesikliniken.

entsäkerhetsarbete som en del i det lokala ISO-ledningsarbetet, se LT 44/2006. Sjukhuset har gjort riskinventeringar, handlingsplaner, startat attitydarbete med ledning och chefer och utbildningar i säkerhetstänkande. I handlingsplanen hamnade fokus på fyra områden: att arbeta med åtgärder inom läkemedelshandling, vårdrelaterade infektioner, fallskador samt se till att personalen anmäler fler strul/avvikelser/risker.

**Niklas Brywe, överläkare**



Figur 2. Under perioden 2003–2005 noterades en kraftig ökning av avvikelseanmälningar.

inom internmedicin på medicinkliniken sitter med i klinikkens avvikelshanteringsgrupp, och han märker att vart femte fall i klinikens avvikelshantering det senaste året rör för få sängplatser; totalt 70–80 avvikelser. Ständiga överbeläggningar på i genomsnitt 105–110 procent på medicinkliniken under de senaste 15 månaderna är ett faktum, betonar han:

– Det blir naturligtvis en patientsäkerhetsfråga. Om du inte har rätt förutsättningar med lokaler, platser och be-

maning har du inte en säker vård, det säger sig självt, säger Niklas Brywe.

Han är kritisk mot att vårdplatsfrågan inte oftare hamnar på landstingets bord. Anledningen, påpekar Brywe, är att ingen lagtext, finns för vad som händer om landstingen

inte fullföljer sitt ansvar. Att överbeläggningar och utlokalisering av patienter är en uppenbar patientrisk är väl känt, enligt honom, och dessutom fastslaget i en dom i länsrätten i Stockholm (läs mer i artikel på nästa sida).

– En jourhavande läkare blev anmäld för att en akut och allvarligt sjuk patient blev skadad i samband med att denne utlokaliserades till en annan avdelning. HSAN friade den enskilde läkaren och länsrätten hade samma uppfattning.

– I stället sa man att platsfrågor inte är ett fall för en jourorganisation, utan ansvaret låg på landstinget. Man sa också att utläggning av patienter var en påtaglig risk för patientsäkerheten.

**Men sjukhusledningen** uppmärksammar nu problemet med vårdplatsbrist. I veckan beslutades att ett bättre system för att fördela platser ska arbetas fram. Ledordet är omfördelning av resurser, enligt Carina Forsberg. Varbergs sjukhus har dock drabbats av sparbetning och hotet inför

nästa år är att spara in 25 miljoner kronor. Men man måste ändå fundera på vad som är ren resursbrist och vad som är interna snedfördelningar, menar hon:

– Det krävs ofta att man gör händelseanalyser för att se vad som är ren resursbrist och vad som beror på annat. Låt oss säga att tio procent av alla intagna på en klinik ligger där på grund av biverkningar av läkemedel. Samtidigt har du tio procent överbeläggning. Problemen ligger i läkemedelshandling.

**Men om problemet ligger i brist på ekonomiska medel utifrån – hur kan då sjukhuset åtgärda frågan?**

– Vi för ständigt en dialog med politikerna för att visa hur det de facto ser ut.

Hittills har dock inte patientsäkerhetsarbetet och avvikelssystemet lett fram till någon åtgärd där sjukhusledningen vänt sig till landstingets ledning.

– Jag har inget jag kan exemplifiera med. Inte ännu, i alla fall. Om vi får ingång våra analyser och kan påvisa såda-



»Vi pratar mycket om hur vi ska säga 'förlåt' till en patient eller anhörig. Vi har därför skrivit rutiner som att träffa patienten i efterhand, att lyssna noga, beklaga det inträffade och skriva ned patientens synpunkter«, säger Carina Forsberg, chefläkare på Varbergs sjukhus.

na brister så är detta fullt möjligt, säger Forsberg.

**Inne på ledningskansliet** hörs ett sorl av röster denna tisdagseftermiddag i mars. Vid de olika kaffeborden syns försjunkna ryggar alltmedan erfarenhetsutbytet pågår, »man kan ge sig på att patienterna dyker upp i den andra luckan när man stängt...« och »vi

gjorde så här för att ändra...«. Det är chefsseminarium med workshop för alla avdelnings- och klinikchefer om patientsäkerhetsarbetet för att stämna av, lyssna in och lära över gränser, enligt Carina Forsberg.

– En gång i månaden har vi sådana här träffar mellan cheferna, på minst hälften finns patientsäkerhet med som en särskild fråga. Vi diskuterar avvikelser, hur vi ska undvika att händelserna upprepas igen och hur vi kan angripa problemen. Mycket av patientsäkerhetsarbetet handlar om att skapa samtalsarenor i den dagliga verksamheten, säger Carina Forsberg.

Allvarliga fall som hotar patientsäkerheten ska granskas i händelseanalyser. Helst vill sjukhusledningen vidga definitionen av vad som ska granskas, så att ännu fler avvikelser utreds grundligt. En av ST-läkarna på akuten, Lars Rödger, har deltagit i en utbildning i risk av händelse-

analys tillsammans med Ringhals' personal förra året (läs mer om händelseanalys i LT 4/2006 Tema patientsäkerhet). Kursen på 4 poäng anordnas av Borås högskola och erbjuder sjukvårds- och kärnindustripersonal. Hittills har tjugo personer från sjukhuset gått kursen.

– Mycket intressant kurs. Lärorikt att se Ringhals' interna arbete, de har manualer och ordning på allting. Bara en sådan sak att alla beslut, alla steg, måste skrivas ned noggrant, istället för att ges muntligen minimerar risker.

På sjukhuset, påpekar han, är det alltför vanligt med muntliga ordinationer av läkemedel som lätt kan missuppfattas mellan arbetslag. Skriftliga ordinationer är en åtgärd som sjukhuset jobbar med, likaså digitala epikriser så att läkare lättare kan läsa in dokumentation.

**Resultatet av sjukhusets** säkerhetsarbete visar till exempel att läkare rapporterar in tredubbel så många avvikelser som när arbetet startade för fem år sedan (Figur 2). Men än så länge ligger de långt efter sjuksköterskorna. När läkarna lämnar in cirka 200 avvikelser varje år ham-

nar sjuksköterskorna över 3 000 stycken. Carina Forsberg säger att sjukhuset aktivt försöker jobba bort syndabockstänkandet för att locka till fler anmälningar på sjukhuset. I stället för att fokusera på vem som var inblandad i det enskilda fallet ska sjukhuset se på vad som hände och hur »bristen« eller »risken« ska förhindras.

– Attityderna förändras med tiden. Vissa avdelningar gör till exempel så att verksamhetschefen vid varje veckomöte påminner om avvikelser och pratar om hur viktiga rapporteringen är. Det gäller att få ett mer preventivt tänkande och få riskmedvetande, säger Forsberg.

**Men Per Strömberg**, överläkare vid kliniken för kvinnors och barns hälsa, säger att det ändå kan bli »negativa stämningar« när avvikelser tas upp på kliniken. Därför ges stöd till de involverade medarbetarna.

– Vi ser till att ha förtroliga samtal med de läkare som varit med om en svår händelse. De är väldigt skuldmedvetna och sorgsna. Vi analyserar det som hänt och fokuserar på hur vi har brustit i våra system, säger Per Strömberg. ■

## »Tydliggör ansvaret för politiker«

**Landstingets ledning har det övergripande ansvaret för brister i verksamheten som orsakar vårdskador. Det menar Michael Soop på Socialstyrelsen som vill se kraftfulla ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet från politikernivå ner till personalnivå.**

När fel, misstag och risker uppstår i vården orsakas det enligt honom ofta av flera faktorer.

– Om ledningen på grund av brist på erfarna specialister placerar en ung, oerfaren läkare på akuten utan tillräckligt handledarstöd kan man nästan räkna med att nå-

got kommer att hända, säger Michael Soop, medicinalråd vid tillsynsavdelningen på Socialstyrelsen.

Att till exempel lägga kirurgpatienter på en ögonavdelning där tillräcklig kompetens saknas är också en risk för patientsäkerheten, menar han.

– Utlokalisering av patienter kan vara en effekt av landstingets sparbetning. Det är viktigt att tydliggöra politikernas ansvar.

Därför bör det enligt honom finnas ett ledningssystem i vården som går ända upp till den politiska nivån så att beslutsfattare förstår vilka risker olika beslut innebär. I

myndighetens föreskrift 2005:12 finns krav på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för vården med tanken att det ska gälla för hela landstingsorganisationen. Hälso- och sjukvårdslagen anger i 7 § att landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård efter befolkningens behov och i 2 § att landstinget är skyldigt att ha lokaler, utrustning och personal för att bedriva vård. Dock finns inga lagliga påföljder för exempelvis »riskbeslut« som tagits av tjänstemän eller politiker.

Men enligt en dom i länsrätten i Stockholm, som kan vara vägledande för HSANs beslut, kan ansvaret läggas på

ett landstingsbeslut eller -agerande. Fallet handlade om vårdplatsbrist, där en jourhavande läkare blev anmäld för att en akut och allvarligt sjuk patient skadats i samband med en utlokalisering. HSAN friade den enskilda läkaren och länsrätten hade samma uppfattning: platsfrågor ska inte belasta en jourorganisation.

**Kan det bli aktuellt att göra om det juridiska systemet så att det går att utdöma en påföljd för landstingsinstanser?**

– Det är möjligt att man måste se över frågan i framtiden. En utredning pågår kring Lex Maria, säger Soop. ■