



»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 stämma 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 erbjuds 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 viktig 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. ■