



Underlag a.

Patientsäkerhet – ett systemperspektiv

Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? (RiR 2015:12)

Underlag A

Patientsäkerhet - ett systemperspektiv

Begreppet patientsäkerhet har sitt ursprung i industriella tillverkningsprocesser och kvalitetssystem och det kom senare att även omfatta så kallade högriskverksamheter som flygbranschen, kärnkraftsindustrin och offshoreindustrin. Det skulle dock dröja innan begreppet nådde hälso- och sjukvården. Efter att stora nationella studier på 1990-talet i bland annat USA och Australien visat att ett mycket stort antal patienter skadades i vården började de metoder som tidigare använts för att utreda och förebygga olyckor inom olika högriskverksamheter även att användas inom hälso- och sjukvården.

I dessa länder finansierades vården i huvudsak av privata försäkringsbolag, och vårdskador sågs därför primärt som ett finansiellt problem,¹ men så småningom blev beteendevetenskapliga aspekter viktiga även i vårdens säkerhetstänkande. Detta kom till uttryck i en central publikation² som redovisar hur osäker och sårbar den mänskliga uppfattningsförmågan är. En slutsats var att verksamheter borde konstrueras och bedrivas på ett sätt som gör att människans inneboende begränsningar och brister inte medför att patienten skadas. Detta synsätt är grunden för den nuvarande patientsäkerhetslagstiftningen där fokus har flyttats från den enskilda yrkesutövarens roll till systemets och organisationens betydelse.

Patientsäkerhet – definition och systemperspektiv³

Det finns ingen tydlig definition av vad som avses med patientsäkerhet. Under senare år har begreppet vidgats och inom patientsäkerhetsforskningen har man gjort ett försök att formulera en definition:

Patient safety is a discipline in the health care sector that applies safety science methods toward the goal of achieving a trustworthy system of health care delivery. Patient safety is also an attribute of health care systems; it minimizes the incidence and impact of, and maximizes recovery from, adverse events.⁴

Definitionen innebär att patientsäkerhet dels ses som en disciplin med målet att uppnå ett tillförlitligt system inom hälso- och sjukvården, dels ses som en egenskap hos hälso- och sjukvårdssystemet som minimerar förekomsten och effekterna av negativa händelser samt maximerar återhämtning från dessa. Grundstenarna i den moderna patientsäkerhetsforskningen kan sägas bestå av följande delar:

- begränsning av skuld hos den enskilde
- systemtänkande
- transparens och lärande

¹ Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*, s. 129.

² Kohn med flera (2000).

³ Ödegård (red.) (2013).

⁴ Emanuel med flera (2008).

- kultur och lärande
- ansvar för att leverera god och säker vård
- hälso- och sjukvård som en bransch/verksamhet
- risktänkande
- vikten av teamarbete och en god relation mellan patient och läkare.

Modell av ett sociotekniskt system

Risken att en inträffad oönskad händelse ska inträffa igen bedöms ofta genom analys av genomförda händelseanalyser och utredningar som beskriver det inträffade händelseförloppet och direkta orsakssamband. Resultaten används vid utformning av förslag på åtgärder i syfte att förhindra att händelsen upprepas i det direkt berörda fallet eller i liknande verksamhet. Detta är enligt patientsäkerhetsforskningen en reaktivt förebyggande strategi. Genomförda åtgärder kan dock även ändra systemens funktion och förutsättningar och effekterna av åtgärderna vara svåra att förutsäga. Erfarenheter visar att systemens effektivitet påverkas mer än olycksrisken.

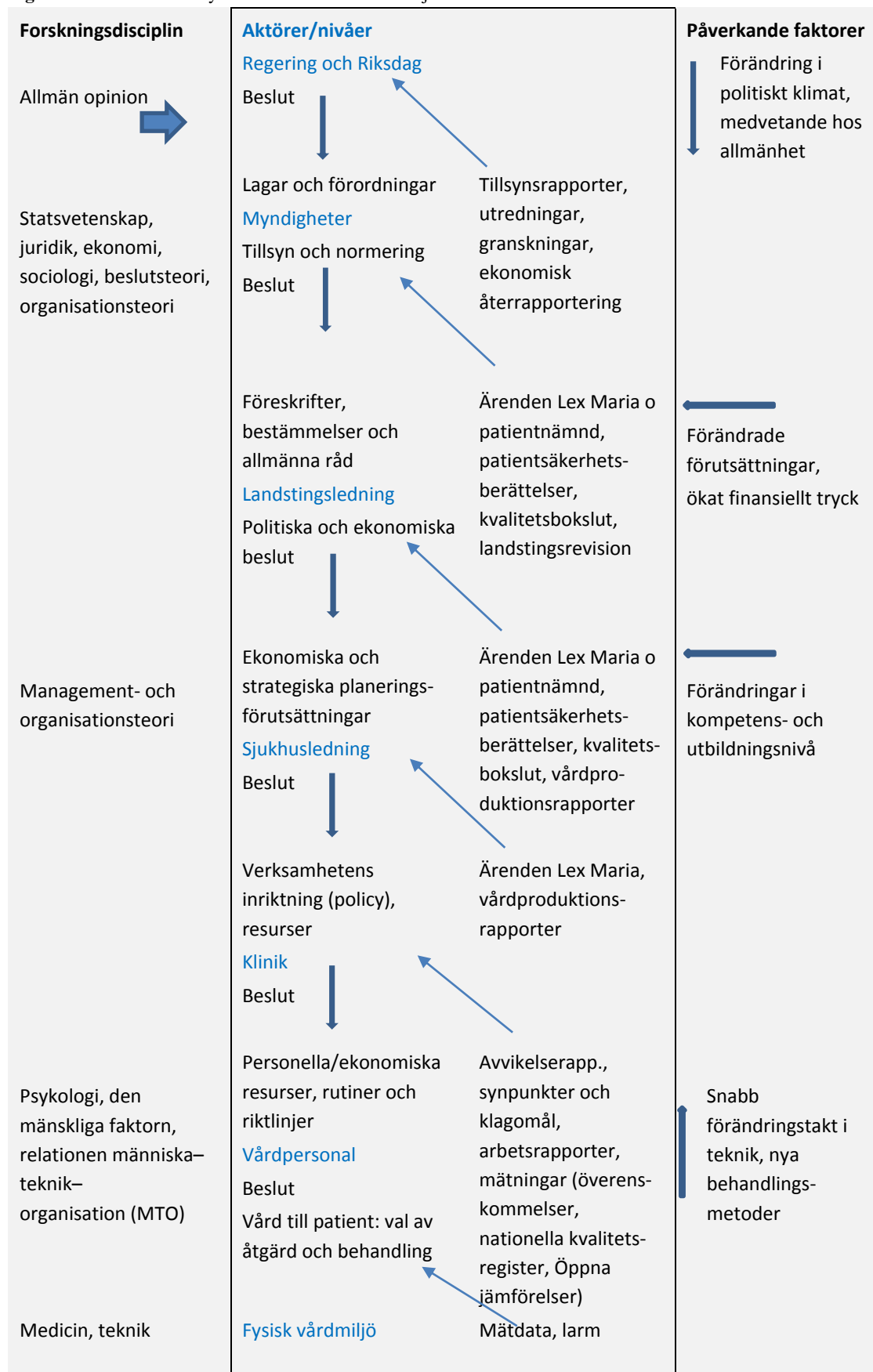
Men det räcker inte att arbeta reaktivt om ambitionen är att minska risker för negativa händelser i system som på grund av kraven på effektivisering är under snabb förändring. Det behövs även en förebyggande ansats för att minska sannolikheten för händelser vars bakomliggande orsaker beror på systemets dynamiska utveckling.

Patientsäkerhetsforskningen har därför som utgångspunkt att studera begrepp, teorier och modeller på ett systemorienterat sätt som beskriver dels det aktuella systemets förutsättningar och funktion, dels hur systemet förändras av yttre påverkan. Verksamheter som till exempel hälso- och sjukvård bedrivs i system där många aktörer verkar på olika nivåer, med olika arbetsuppgifter och ansvar. Systemperspektivet kan sägas beskriva dessa ömsesidigt påverkande faktorer.

De flesta system kan också betraktas som hierarkiska strukturer. Det kan förstås som att många människor, på olika nivåer och med olika uppgifter, är involverade i arbetet med att styra de yrkesutövare som har direkt kontakt med patienter och som därmed direkt konfronteras med risker för negativa händelser. Påverkan kan ske genom lagar, föreskrifter, regler, instruktioner och genom utbildningsinsatser.

Systemsäkerhet är beroende av interaktionen mellan olika delar i ett system, till exempel hälso- och sjukvården. Av systemperspektivet följer också att om man förändrar en del av systemet får detta återverkningar på andra delars funktion. Därför behöver man förstå vilka mekanismer som påverkar agerandet hos aktörerna på olika systemnivåer och hur dessa nivåer påverkas av omgivningen. Den danske säkerhetsforskaren Jens Rasmussen menar att systemets olika nivåer ofta studeras separat trots att effekterna av beslut på olika beslutsnivåer inom ett system starkt påverkar varandra. Detta kan illustreras i följande modell av ett sociotekniskt system, det vill säga systemnivåer, kontrollfunktioner och påverkande faktorer inom hälso- och sjukvården.

Figur 1. En socioteknisk systemmodell av hälso- och sjukvården



Källa: Rasmussen och Svedung (2000), Ödegård (red.) (2013), egna bearbetningar

Rasmussens sociotekniska modell visar hur politiska beslut, lagstiftning och myndigheters agerande påverkar olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Modellen illustrerar också de forskningsdiscipliner som traditionellt sett studerar de olika systemnivåernas egenskaper samt yttre faktorer som formar de beslut som fattas. Påverkande faktorer illustreras endast på en nivå men de kan i viss mån påverka hela systemet. Nivåmodellen tydliggör därmed betydelsen av att en systemsyn tillämpas när negativa händelser eller olyckor ska studeras.⁵ Modellen är tydligt konstruerad för att underlätta förståelsen för hur dåliga beslut kan fortplanta sig i ett system och därigenom orsaka negativa händelser eller olyckor.

Rasmussen menar att det är nödvändigt att ha ett tydligare vertikalt orienterat perspektiv där man också tar hänsyn till dynamiken i systemet, det vill säga hur olika beslut påverkar de olika nivåerna och ytterst patientsäkerheten i vården. Hela systemet har ett ansvar för en säker vård, vilket även gäller de fall när negativa händelser eller olyckor sker.⁶

Modellen innefattar både tekniska system och sociala dimensioner. Vidare illustrerar den kopplingar mellan olika nivåer och faktorer som kan påverka aktörer på olika nivåer. Med dessa kopplingar görs jämförelser mellan utfall och plan i syfte att kontrollera att verksamheten fungerar som det är tänkt. Bland annat sker kontrollen genom olika typer av styrning och genom återrapportering från underliggande verksamhet, för att nivån över ska kunna fatta nya beslut.

Slutligen gör Rasmussen några reflektioner om de nivåer där den faktiska vården utövas:

Med vårdpersonal avses den grupp som ledningen förfogar över och ansvarar för, vilken till vardags arbetar i den direkta vårdmiljön och har kontakt med patienter. Påverkande faktor på denna konkreta vårdverksamhetsnivå är snabba tekniska förändringar vilka kommer att fortplanta sig i systemet och därmed påverka fler nivåer. Vid händelseanalyser är det ofta relativt lätt att hitta vad som orsakat händelsen på den här nivån. Det är många gånger inte slumpmässiga oberoende händelser eller felhandlingar som förorsakar en negativ händelse. I stället är det ofta en följd av gradvis ändrade beteenden på flera olika nivåer som medför att gränsen för säkra förhållanden passeras vid händelsetillfället.⁷

Med fysisk vårdmiljö avses sjukhuslokaler och medicinsk utrustning. Det är på den här nivån som tekniska förändringar, om de införs för snabbt, kan påverka möjligheten att fatta rätt beslut negativt, eftersom personer i organisationen inte vet vad som är säkert på grund av de inte fått tid eller resurser att utbilda sig eller testa nyförvärvad utrustning. Ett bristfälligt beslutsunderlag kan även sprida sig ner i systemet, exempelvis genom att ledningen beslutar att öka vårdproduktionen trots att man har för lite kunskap om personalens kapacitet eller om den fysiska vårdmiljön.⁸

⁵ Rasmussen (1997).

⁶ Ödegård (2006). Se även Rasmussen & Svedung (2000).

⁷ Rasmussen (1997).

⁸ Rasmussen (1997).