

"Sveriges sjukvård en arkipelag av isol

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Det har snart gått ett år sedan Richard Cook tillträdde som Sveriges förste professor i "patientsäkerhet".

Han liknar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet vid en arkipelag av isolerade öar utan fungerande dockningsstationer.

▼ Om vi ska vi arbeta seriöst med patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, måste fokus skifta från magiska lösningar som checklistor, till åtgärder som kommer åt de djupliggande systemfelen, menar Richard Cook.

Kraftigt försenad på grund av SJ tar jag hissen upp till avdelningen för patientsäkerhet vid Skolan för Teknik och Hälsa, STH. Skolan är en del av KTHs verksamhet i Flemingsberg.

"Aha, there you are!" säger Richard Cook och tar mig med till sitt arbetsrum.

Rummet är avlångt och inte särskilt stort. En fullklottrad anslagstavla och ett konferensbord upptar större delen av utrymmet. På den ena sidan av bordet ligger en stor hög med barrande grankvistar.

– Det är synd att man måste kasta ut julgranen så snart. I Chicago där jag har min familj, tar man inte in julgranarna, de får stå med belysning i trädgården så att man har chans att njuta av dem en längre tid.

Börjar inte bra

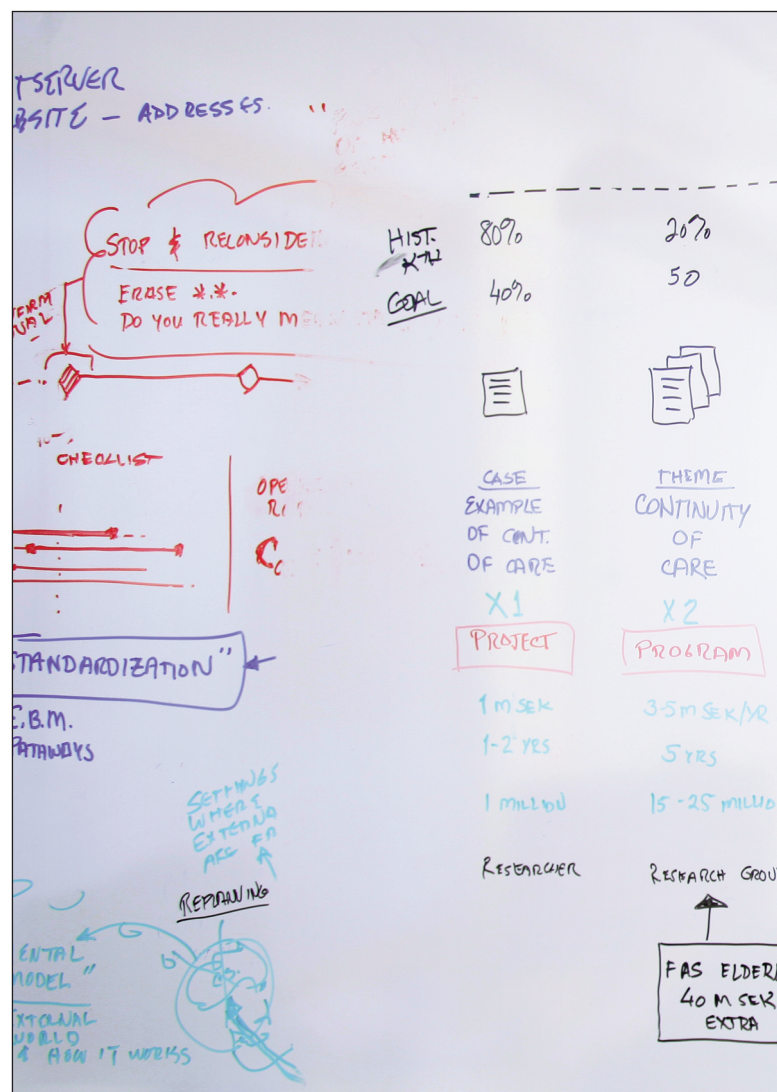
Richard Cook har fått vänta. Kanske är han irriterad. Intervjun börjar inte bra. Richard Cook är artig, men raljant. Han säger saker som att han är en gammal man och inte lever något särskilt spännande liv, att intervju honom är bortkastad tid. Uppmärksamheten har varit stor, intervjuerna många.

– Det är för många möten, jag säger samma sak om och om igen.

Jag försöker med nästa fråga.

Vad tänkte du när du fick veta att du hade fått professuren?

– Det måste vara ett misstag, tänkte jag. Det krävs ett geni.



Jag är ingen trollkarl. Jag är bara en vanlig läkare som forskar.

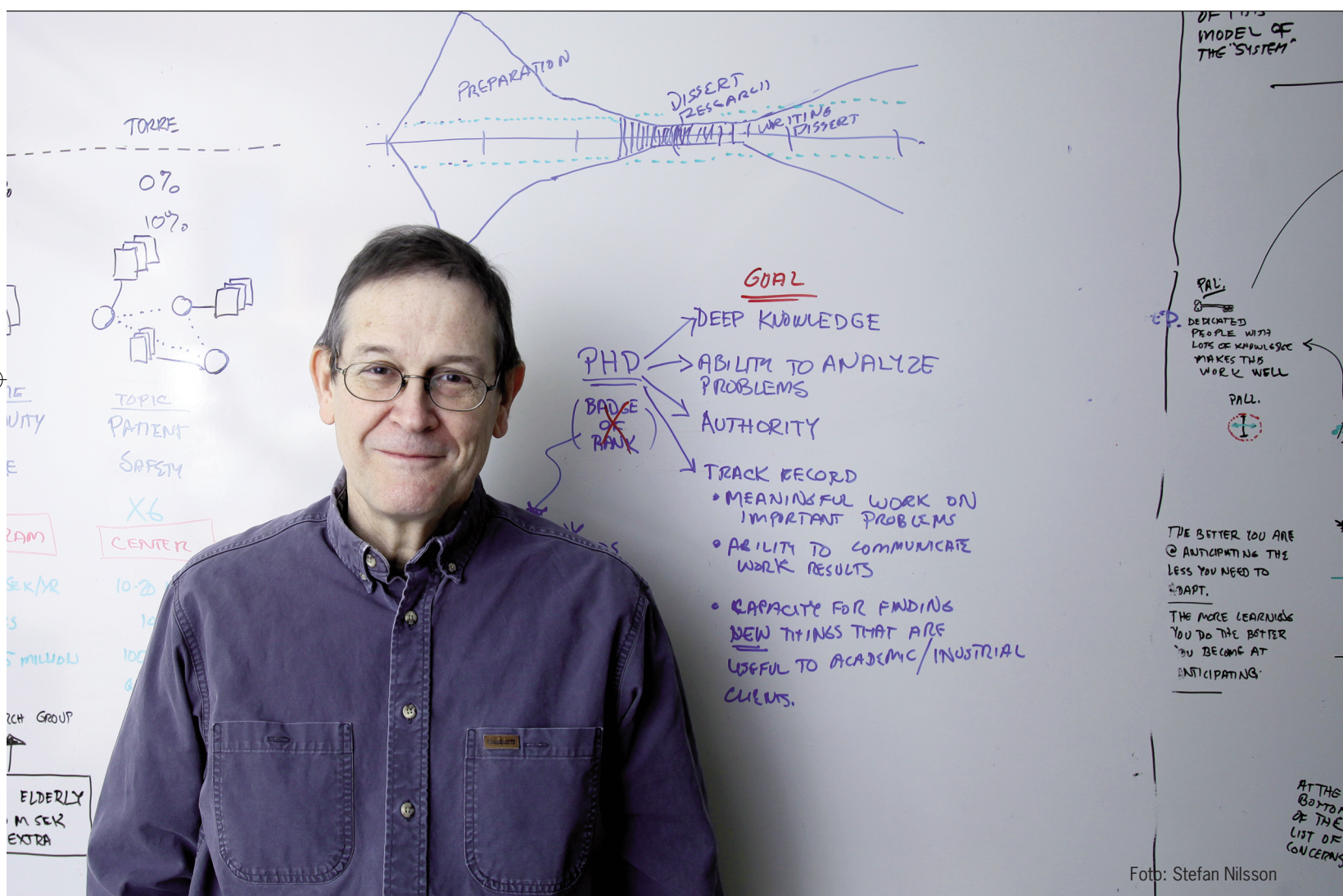
Det är naturligtvis inte riktigt sant.

Richard Cook har en bakgrund inom teknologi och samhällsvetenskap vid Ohio State University. Innan han började studera till läkare och anestesilog arbetade han i data-branschen med design av superdatorer och tekniska tillämpningar.

Richard Cook har ägnat den större delen av sitt yrkesverk-

...är som ...lerade öar"

Eva Nordin
möter Richard Cook



samma liv åt forskning. Han är internationellt erkänd som en av världens ledande experter inom området systemsäkerhet i vårdorganisationer.

– En av mina stora inspiratörer när det gäller systemsäkerhet är professor David Woods. Han har arbetat inom många olika områden som kärnkraftsindustrin, försvarsmakten och hälso- och sjukvårdssektorn. Vi har fortfarande ett nära och fruktbart samarbete.

Vi har hamnat långt ifrån mina ursprungliga frågeställningar. Vad är hans uppdrag? Hur ser han på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna i svensk hälso- och sjukvård? Vad krävs för att förebygga och minska skador och dödsfall i sjukvården?

Fortsättning nästa sida >>

Björn-Erik Erlandsson, professor och vice dekanus vid Kungliga Tekniska högskolan, vad var det som avgjorde att ni rekryterade Richard Cook till professuren?



– Vi var ute i en vid och öppen rekrytering av personer som hade kvalifikationer och han sökte och bedömdes av sakkunniga vara den bäst lämpade. Han är analytisk, visionär, internationellt erkänd.

Vilka är förväntningarna på professuren?

– Vetenskaplig excellens.

Vilka är de främsta utmaningarna anser du, när det gäller att förbättra patientsäkerheten i Sverige?

– Utmaningarna är att få ett systemsäkerhetsperspektiv där många olika professioner och aktörer ska samverka och samarbeta.

Hans Rutberg, överläkare, professor i utvärdering och hälsoekonomi, särskilt medicinsk kvalitetsutveckling och patientsäkerhet vid Hälsouniversitetet, Linköping. Vilka är Richard Cooks främsta styrkor?



– Richard har tillfört ett internationellt perspektiv på det svenska patientsäkerhetsarbetet. Richards forskning fokuserar på faktorer som gör att det inte blir fel, till skillnad från många andra forskare som studerar det som har gått fel.

Richard är en mycket bra och inspirerande föreläsare som tycker om att framföra provocativa åsikter vilket jag personligen tycker är välgörande.

Vilka är de främsta utmaningarna anser du, när det gäller att förbättra patientsäkerheten i Sverige?

– En vårdskademätning av SKL, som publicerades november 2012 och som omfattade 4 000 granskade journaler, visade en skadefrekvens på 13,5 procent.

Vårdrelaterade infektioner är det absolut enskilt största skadeområdet och de förvärras av den ökande resistensutvecklingen hos bakterier. Två andra utmaningar är bristen på vårdplatser, samt icke optimalt fungerande elektroniska journalsystem.

Vilka är de högst prioriterade åtgärderna för att stärka patientsäkerheten i Sverige?

– SKL har tagit fram evidensbaserade åtgärdsprogram som täcker två tredjedelar av de skadeområden som identifierades vid vårdskademätning. Det är nu viktigt att fokusera på implementering av åtgärdsprogrammen, exempelvis för att minska antalet urinvägsinfektioner.

Vi vet vad vi ska göra, men vi gör det inte i tillräcklig omfattning. Detta gäller att ytterligare öka ledningens engagemang, såväl den politiska ledningen som ledningen på landstings- och sjukhusnivå. Det behövs även mer forskning kring de ekonomiska konsekvenserna av vårdskador.

Tycker du att Sverige ska ha en nollvision för skador och dödsfall i sjukvården?

– Ur patientens perspektiv är något annat än en nollvision för undvikbara skador, vårdskador, otänkbart. För att möjliggöra att vi kan följa om vi är på rätt väg bör vi fokusera på allvarliga vårdskador som lättare kan mätas.

Jag hör honom säga att Sveriges största problem är att vi inte har ett hälso- och sjukvårdssystem. Jag studsar till. Det är ju det vi brukar säga om USA. Nu säger han samma sak om Sverige.

Jag testar att utmana honom och säger att jag tycker att han liknar rollfiguren i filmen "Välkommen Mr Chance" med Peter Sellers i huvudrollen. Filmen handlar om en man som hela sitt liv arbetat som trädgårdsmästare och som efter olika omständigheter blir personlig och finansiell rådgivare till USAs president. När jag drar paralleller mellan Mr Chance metaforiska språk och Richard Cooks sätt att raljande beskriva händelser och situationer, brister han ut i ett gapskratt. Han förstår vad jag menar. Han säger också att en av hans absoluta favoritfilmer är Doktor Strangelove med Peter Sellers i huvudrollen.

Efter den befriande skrattsalvan svarar han inlevelsefullt och med stort allvar på mina frågor.

Jag tror att Richard Cook definitivt är en person som Sjukvårdssverige behöver. Frågan är om de som styr idag vill, eller kommer att förstå honom.

Richard Cook saknar lojalitetsband, kan säga vad han vill utan att riskera jobbet. Kanske är han för annorlunda. Och vem ska han liera sig med? Vem i makteliten vågar säga det han säger och har självdistans nog att låta sig fotograferas med en mupp på axeln?

Nu hör jag honom säga att Sveriges största problem är att vi inte har ett hälso- och sjukvårdssystem.

Jag studsar till.

Har inte vi ett hälso- och sjukvårdssystem? Vi har ju en hälso- och sjukvårdslag som ger alla rätt till lika vård, och ett nationellt offentligt demokratiskt sjukvårdssystem med landsting som hålls samman av SKL i tätt samarbete med regeringen. Vi har tills för några år sedan haft stopplagar för privata akutsjukhus. Vanligtvis är det vi i Sverige som säger att USA inte har ett hälso- och sjukvårdssystem.

Sjukvården i Sverige hänger inte ihop

Richard Cook säger att han tycker att Sveriges sjukvård är som en arkipelag av isolerade öar. Öar som blir mer och mer självständiga, mer isolerade och flyter allt längre ifrån varandra.

Patienterna tvingas paddla mellan öarna, vissa kan göra det av egen kraft, andra måste få hjälp. När de väl kommer fram visar det sig att de kommit till fel ö och blir ivägskickade till nästa. Detta måste man förstå om man ska begripa varför det är så svårt att skapa patientsäkerhet i det nuvarande systemet. Om Sverige ska lyckas måste man börja satsa resurser och ansträngningar på att skapa en meningsfull kontinuitet i

• Richard Cook med muppen Beaker på axeln.
 På en av Richard Cooks tidigare arbetsplatser kallade man varandra med namn från den kända brittisk-amerikanska TV-serien "Mupparna" som hade premiär i Sverige 1978.
 Richard Cook valde själv namnet Beaker.
 "I've always felt a deep kinship with Beaker.
 Dr. Bunsen Honeydew is constantly inventing new things that he believes will make the world better.
 Beaker is always getting blown up by these things.
 Most of healthcare safety efforts are Honeydew-like and the effects on practitioners are mostly Beakerish..."

vården och en sammanhängande vårdkedja, säger Richard Cook.

Många av de äldre vårdas idag inom hemsjukvården. De träffar flera olika läkare och sjuksköterskor och besöker både vårdcentraler och sjukhus. Patienter träffar vårdpersonal som tillhör olika organisationer och där det i regel saknas strukturer och rutiner för att dela information. Det leder till en otydlig ansvarsfördelning, vilket ökar risken för problem.

Ifrågasätter checklistor och "gurun" Peter Pronovost

Det spelar ingen roll, menar han, hur mycket man än arbetar med checklistor och andra verktyg för att höja säkerheten på en enskild klinik eller avdelning, så länge som det inte får positiva effekter på övriga delar av hälso- och sjukvården. Han ser en vårdkedja med många svaga och brutna länkar som inte hänger samman.

Han fnysar åt tron på checklistor. Checklistor är kompletterande redskap, men löser inte de djupt liggande systemfelen.

När jag nämner gurun Peter Pronovost, som fått stor uppmärksamhet i Sverige för sitt arbete med att reducera infektioner i USA, blir Richard Cook raljerande igen och uppmanar mig att läsa Charles Bosks utvärdering av Pronovosts arbeten.

"Sjukvården fokuserar på fel saker"

Richard Cook skakar på huvudet. Han menar att sjukvården fokuserar på fel saker.

Han refererar till en debattartikel i Svenska Dagbladet där författaren och konsulten Gunnar Rundgren möter en byråkratisk hälso- och sjukvård med ambitiösa kvalitetslednings- och kvalitetssäkringsprogram, men där verklig empati tycks vara en bristvara: "Det spelar ingen roll hur många checklistor och hur detaljerat man försöker styra verksamheten om inte den rätta kulturen och inställningen finns".

– Han har rätt, jag håller helt med honom. Det finns teorier, och så finns det en verklighet. I Sverige är man

Fortsättning nästa uppslag >>



"I Sverige är man väldigt förtjusta i att anställa byråkrater. Jag tror aldrig att jag tidigare varit i kontakt med så mycket byråkrati som i Sverige"

väldigt förtjusta i att anställa byråkrater, jag tror aldrig att jag tidigare varit i kontakt med så mycket byråkrati som i Sverige, säger Richard Cook.

Ett stort och allvarligt problem idag, menar han, är att finansieringssystemet inte uppmuntrar ansträngningar som syftar till att koordinera vården. Vårdgivare

får inte betalt för satsningar på kontinuitet, utan för episoder. Och ju kortare mötet blir med patienten, ju mer pengar sparar vårdgivaren.

– Sverige har ett finansieringssystem som premierar en arkipelag med öar som inte hänger ihop.

Richard Cook tycker att det är viktigt att på djupet förstå de som arbetar i hälso- och sjukvården och vad de brottas med.

"Läkarna i glesbygden är de stora hjältarna"

Hans hjältar är läkarna som arbetar i glesbygden.

Under en Norrlandsturné i januari träffade han olika läkare på ett flertal orter, bland annat distriktsläkare på vårdcentralen i Hemavan, samt specialister på sjukhus i Umeå.

– Jag är djupt imponerad av dessa läkare. De arbetar ensamma och självständigt utan närhet till det stora sjukhuset. Varje dag tvingas de göra många och svåra prioriteringar. De har ett tufft uppdrag. Läkare i Hemavan behöver ställa helt andra frågor än läkare i storstäderna. Tråkigt nog finns det en tendens att se ned på läkare som arbetar i glesbygden och i mindre städer, men i själva verket uträttar de anmärkningsvärda saker.

Richard Cook lyser upp när han berättar om bilresan i ett kargt landskap och besök i byar där tiden inte går lika snabbt som i storstäderna.

– Jag älskar norra delen av Sverige. Känner mig väldigt bekväm där, kanske för att det påminner om mina hemtrakter i norra Wisconsin.

"Patientsäkerhetssatsningar har inte haft så stor effekt"

Richard Cook säger att det har gjorts och görs många försök att förbättra kvaliteten och säkerheten inom vården. Trots det kvarstår många av problemen. Många saker görs med goda intentioner, men får inte den effekt vi förväntar oss.

– De senaste 20 åren har man till exempel arbetat mycket med att försöka förbättra patientsäkerheten i USA, men det har tyvärr inte haft så stor effekt. Säkerhet är ingenting statiskt, vi möter ständigt nya tekniska lösningar och nya teorier om hur vården ska organiseras. Detta ska människor förhålla sig till och hantera. Utvecklingen är dynamisk, det finns inga färdiga lösningar som fungerar för all framtid.

Det finns beräkningar som visar att kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården måste öka med 20 procent om vi ska klara morgondagens utmaningar. Hur detta ska gå till finns det inga enkla svar på, menar Richard Cook.

Synnöve Ödegård, före detta chef på avdelningen för Patientsäkerhet på KTH Teknik och hälsa. Vilka är förväntningarna på professuren?



– Det är framförallt att komma i gång med forskning med ett tydligt systemperspektiv. Professuren är ju inriktad mot systemsäkerhet i vårdorganisationer. Hittills har vi arbetat med att identifiera och utveckla kunskapsområdet, vilket vi har gjort genom den 15-poängsutbildning som vi har haft sedan 2008.

Vilka är de främsta utmaningarna anser du, när det gäller att förbättra patientsäkerheten i Sverige?

– Den största utmaningen är att få dem som har inflytande över vårdens resurser och organisation att förstå och ta sitt ansvar för patientsäkerhetsfrågorna. Det är hög tid att tillföra området forskningsanslag. Intresset är stort bland säkerhetsforskare för säkerheten i vården och det är kunskap som vården behöver.

Vilka är de högst prioriterade åtgärderna för att stärka patientsäkerheten i Sverige?

– Det är utan tvekan att förbättra förutsättningarna för läkare och sjuksköterskor och alla andra som arbetar i den patientnära verksamheten. Det handlar till exempel om personalförsörjningen på sikt, anställningsförhållanden, arbetsmiljöfrågor samt utbildnings- och kompetensfrågorna som får alldeles för lite uppmärksamhet.

Det blir också allt viktigare med kompetens inom patientsäkerhetsområdet även för dem som arbetar längre upp i systemet, exempelvis vid upphandling av såväl varor som tjänster. Dessutom måste naturligtvis det arbete som pågår och som är mer direkt riktat mot personalens agerande fortsätta.

Tycker du att Sverige ska ha en nollvision för skador och dödsfall i sjukvården?

– Självklart ska vi ha en nollvision för allvarliga skador och dödsfall som hade varit möjliga att förhindra. Nollvisionen handlar inte om noll fel eller noll skador! Det handlar om en vision som innebär att de skador som varit möjliga att förhindra inte ska inträffa och det är en viktig skillnad.



PERSONLIGT

Ålder: 58 år

Familj: Hustru, tre vuxna barn, sex barnbarn.

Fritid: Mitt arbete. Jag läser mycket, mestadels rör det mitt arbete, böcker om teknik, vetenskapliga tidskrifter. Jag gillar också film, speciellt utländska filmer.

Musik: Jag tycker mycket om att gå på jazzklubbar. Fasching i Stockholm är ett bra ställe.

Drivkraft: Jag vill gärna bredda perspektiven och hjälpa människor att förändra sin upplevelse av världen.

Det gör mig glad: När jag möter människor där vi i dialog kan lära av varandra och nå insikter. Alla människor har svaren inom sig själva, men kan ibland behöva en guide eller lots. Det är både spännande och stimulerande att uppleva dessa möten.

Anhöriga får dra ett tungt lass

– Det som har hänt är att en allt större del av kostnaderna vältrats över på vårdtagare och anhöriga. Ju äldre vi blir, desto mer beroende blir vi av hälso- och sjukvården. Anhöriga gör sitt yttersta för att hjälpa nära och kära. Men vad händer med alla patienter som inte har anhöriga, eller de som söker sig till vården utan tillräckligt med kunskap och kraft att navigera rätt. Vi ignorerar att människor lägger ned så mycket tid på vård av anhöriga. Det är en oerhört värdefull resurs som vi inte värderar.

Det finns inga quick-fix-lösningar

Richard Cook arbetar som bäst med att etablera och utveckla ett forskningscentrum i patientsäkerhet.

– Många vill att problemen ska fixas. Snabbt. Men det tar tid och kräver ansträngningar. Det är inte enkelt

det vi gör. Min förhoppning är att vi varje år ska få två nya PhD som fortsätter arbetet som kommer att ta decennier.

"Bemötande är lika viktigt som teknik och teorier

Innan vi skiljs åt tar Richard Cook upp frågan om bemötande. Det en viktig del av patientsäkerheten, menar han.

– Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att behandla patienter som människor. Att som läkare vara stressad och gå in till en patient och säga att du har bröstcancer och ska genomgå tumörkirurgi, det är inte mänskligt. Ändå går det till så. Man kan inte starta där. Man måste etablera en kontakt, skapa ett förtroende. Det är helt avgörande för om vi ska lyckas förbättra kvaliteten och säkerheten i vården. Allt handlar inte bara om teknik och teorier.

Läs mer om forskning om patientsäkerhet på:
www.ctlab.org

Jon Ahlberg, Chefläkare, Patientförsäkringen LÖF. Vilka är de främsta utmaningarna anser du, när det gäller att förbättra patientsäkerheten i Sverige?



– Det finns ett gap mellan våra kunskaper om hur vi bör göra och hur vi verkligen gör. Richard Cook pekar ofta på hur vi inom våra specialiteter arbetar med stor expertis, men lämnar våra patienter åt sitt öde när de inte längre behöver specialisten.

Vilka är de högst prioriterade åtgärderna för att stärka patientsäkerheten i Sverige?

– Förbättrad kommunikation över de olika gränser som finns mellan enheter, vårdinrättningar och professioner, som också inkluderar patienten och närstående. Det kan ske genom träning, en öppnare kultur och återföring av vårdens resultat.

Tycker du att Sverige ska ha en nollvision för skador och dödsfall i sjukvården?

– Enligt Wikipedia är en vision ett framtida tillstånd som man vill uppnå, och behöver inte uppfylla formella krav på realism, tidsbundenhet eller mätbarhet. Vilken annan vision än en nollvision skulle vi kunna ha? Att 1 eller 2 eller 5 procent av våra patienter avlider eller skadas till följd av fel eller misstag? Vi kanske aldrig når noll, men det är den enda rimliga vision vi kan ha vare sig vi tänker på patienter som grupp eller står inför de enskilda patienter.