

Från beslutsfattaren till beslutsfattarna

”Framtidens social- och hälsovård ska vara bra för patienterna, klienterna och skattebetalarna. Ett större befolkningsunderlag och statlig finansiering passar bra för de här utmaningarna.”

Klient- och patientsäkerheten har blivit en strategisk fråga

Tuija Ikonen intervjuade Aki Lindén 7.3.2023.

Text: Tuija Ikonen

direktör, Klient- och patientsäkerhetscentret

Aki Lindén har årtiondens erfarenhet av social- och hälsovården i olika roller och som politisk påverkare. Han har varit länsläkare i Åbo och Björneborgs län, deltagit i utvecklingsprojekt och lett två universitetssjukvårdsdistrikt. Också arbetet som riksdagsledamot och minister är bekant. Lindén är fullmäktigeordförande i Egentliga Finlands välfärdsområde.

Vilka är de största utmaningarna inom social- och hälsovården?

Det handlar om hur befolkningens servicebehov förändras – åldrande, marginalisering, multiproblem – i förhållande till de ekonomiska möjligheterna. Det utvecklas ständigt dyra läkemedel, nya typer av diagnostik och nya vårdformer. Den förväntade livslängden har ökat mycket. Även om befolkningen är friskare ökar hälsovårdskostnaderna. Det uppstår nya möjligheter att hjälpa allvarligt sjuka personer och förbättra deras funktionsförmåga. I vilket skede kan inte ens stora tilläggsinsatser ge större nytta?

När och hur har du arbetat målmedvetet för en bättre patientsäkerhet?

På 2000-talet jämfördes flygsäkerheten med hälso- och sjukvården. Man talade om stora dödsiffror till följd av vårdrelaterade skador. Det var uppseendeväckande. Jag grunnade över hur de här dödsfallen kan skiljas från dödsfallen bland allvarligt sjuka personer. Jag kommer att tänka på konkreta verktyg. ”I operationssalarna infördes en checklista. Den äldre generationens kirurger ställde sig tveksamma till den.”

”Välfärdsområdena bör ta upp klient- och patientsäkerhetsstrategin på styrelsenivå. Också fullmäktigeordföranden bör delta och vara medveten om den.”

Hälso- och sjukvården kan inte alltid genomföras lika kontrollerat som passagerarflygtrafiken. Vi borde hellre jämföra med militärflygningar. Det handlar ju om akut insjuknade högriskpatienter. Ibland är det kaotiskt. Vi har en alltför förenklad bild av de komplexa processerna inom hälso- och sjukvården.

Ju mer konkret grepp vi fick om patientsäkerheten, desto mer vettigt började det kännas. När jag jobbade inom HUS satsade vi mycket på patientsäkerhet. Vi hade en patientsäkerhetsplan som vi arbetade målinriktat med, och vi rapporterade till HUS styrelse en gång per år. Det kändes nog lite skrämmande att informera lekmännen om avvikelserna så där offentligt.

När jag blev familje- och omsorgsminister var jag redan insatt i frågor som gällde patientsäkerhet.

Hur anser du att utvecklingsprojekten inom hälso- och sjukvården lyckades, såsom Hälso- och sjukvård för 2000-talet?

Det var ett mycket viktigt projekt. År 1998 publicerades en utredningsrapport, som lade grunden för Kommunförbundets och SHM:s projekt Hälso- och sjukvård för 2000-talet. Under projektturnén kartlade jag över 70 enheter inom mitt område. En annan arbetsmetod var att vi skickade ut de 32 projektmålen till alla organisationer och bad dem ge ett utlåtande om hur de tänkte verkställa dem. En omfattande sammanfattning för varje mål sändes sedan också till deltagarna. Projektet handlade om informationsstyrning, men vi ställde frågor till deltagarna, gav respons, träffade dem och kommunicerade med dem. De 32 målen var aktuella då och är det fortfarande.

I fråga om patientsäkerheten var ett av målen också att förenhetliga behandlingen av anmärkningar, klagomål, patientskador och andra reklamationer inom organisationerna som en del av kvalitetsarbetet.

Sedan följde det nationella hälsovårdsprojektet. År 2004 infördes vårdgarantin, som till och med kändes osannolik – inom vissa sektorer låg vi väldigt långt från målet. Det första steget inför vårdreformen var Paras-projektet. Det förändrade strukturerna då flera kommunsammanslagningar genomfördes. Redan då diskuterades det om staten borde ta över den specialiserade sjukvården.

Det mest betydelsefulla projektet under min livstid anser jag är ”Hälsa för alla 2000”, som inleddes redan 1986. Ett mål var att minska antalet psykiatriska vårdplatser och övergå till öppenvård. Då kom bland annat begreppen befolkningsansvar och vårdkontinuitet.

Inom projekten började ett patientsäkerhets-tema växa fram, men det beskrevs med andra begrepp, såsom högklassig och bra hälso- och sjukvård.

Hur bör välfärdsområdena beakta klient- och patientsäkerhetsstrategin 2022–2026?

Spetsarna i klient- och patientsäkerhetsstrategin är noggrant uttänkta, och jag godkänner och understöder dem. Om det finns något att tillägga, skulle det vara bra att redan nu förbereda sig för utmaningarna i nästa steg. Man borde alltid ha mod att frigöra resurser för att förutse framtiden.

Vilka råd kan du ge till dem som utvecklar mätare och indikatorer?

En svårighet med strategiska mätare är att de ibland byts ut och att det då är svårt att följa helheten på längre sikt. Enkla men tillräckligt valida mätare bör räcka. Det räcker att mätarna visar riktningen så att man kan styra verksamheten. Mätaren får inte vara för avlägsen; den ska mäta målet med arbetet, så att man kan visa på ett orsakssamband.

Antalet besök kan under vissa omständigheter visa om man har kunnat tillgodose befolkningens vårdbehov. Hälsa eller tillförd livslängd kan det inte mäta. Även när det gäller antalet besök kommer man till en gräns där fler besök inte längre leder till bättre hälsa.

Hälso- och sjukvården behöver praktiska mätare som är allmänt godkända och ger någorlunda rätt resultat. De behöver inte nödvändigtvis ge helt exakta siffror. Av mätarna för patientsäkerhet kommer jag först att tänka på uppföljningen av trycksår och vårdrelaterade biverkningar.

Om vi lyckas halvera kostnaderna för skador inom social- och hälsovården, hur skulle du använda den halva miljard euro som då frigörs?

Det finns ett underskott på tre miljarder inom vården. Den första gäller personalens lönenivå, så att vi kan behålla arbetskraften. Den andra gäller en exceptionellt hög självrisk. Den tredje miljarden behövs för vårdbehovet. Den summa som frigörs från kostnaderna för skador skulle jag först satsa på primärvården, så att invånarna får tillgång till läkare inom den offentligt finansierade primärvården, resten på mentalvårdstjänster och äldreomsorg. ○