

# Hur många skador i vården upptäcker vi och vad gör vi med dem?

Thomas Brezicka, regionläkare patientsäkerhet, Västra Götalandsregionen<sup>1</sup>

## Slutsatser

- Cirka 8 % av de skador som uppkommer i vården kan upptäckas med dagens resurser och metoder
- Cirka 6 % av de allvarliga vårdskador som kan upptäckas leder till Lex Maria-anmälan (dessa utgör cirka 0,5 % av samtliga allvarliga vårdskador som uppkommer)
- Markörbaserad journalgranskning av slumpvis utvalda vårdepisoder möjliggör upptäckt av ett representativt urval av de vanligaste allvarliga vårdskadorna
- De allvarliga vårdskador som upptäcks med markörbaserad journalgranskning av slumpvis utvalda vårdepisoder bör prioriteras för utredning och utgöra det främsta underlaget i arbetet med att minska uppkomsten och effekterna av vårdskador inom somatisk slutenvård av vuxna
- Markörbaserad journalgranskning bör utvecklas för användning inom all hälso- och sjukvård
- Klagomål och personalens iakttagelser bör utgöra komplement till markörbaserad journalgranskning för att upptäcka allvarliga vårdskador och dra lärdom

## Sammanfattning

Mycket talar för att antalet skador på patienter som uppkommer till följd av hälso- och sjukvård och som upptäcks utgör toppen på ett isberg. Det kan vara av viss betydelse för patientsäkerhetsarbetet att uppskatta hur stor andel av de skador som uppkommer som kan upptäckas inom ramen för tillgängliga resurser och med dagens detektionssystem (utgörs av personalens avvikelserapportering, klagomål från patienter/närstående och markörbaserad journalgranskning). Detta kan vara svårt men tack vare den markörbaserade granskningen av slumpvis utvalda journaler (MJG) som systematiskt genomförs sedan 2013 finns möjlighet att få en hygglig referens till hur ofta skador egentligen uppkommer inom den somatiska slutenvården av vuxna. Uppskattningar av hur många skador som kan upptäckas med de olika detektionssystemen och hur skadepanoramat kan se ut när dessa används ger kunskaper som kan vara av relevans för att fokusera patientsäkerhetsarbetet så att en påvisbar minskning uppkommer av vårdskadeförekomsten, med åtföljande minskning av undvikbart lidande för patienterna och en mer ändamålsenlig och mervärdeskapande användning av vårdens resurser.

Markörbaserad journalgranskning som genomförts i Västra Götalandsregionen under 2013-2014 av slumpvis utvalda vårdepisoder inom somatisk slutenvård av vuxna visar att cirka 25 000 skador på patienter uppkommer årligen, vilket motsvarar 2,5 skador per 100 vård dygn. Drygt 60 % av skadorna var undvikbara, d v s utgjorde vårdskador. Med storleken på det urval av vårdepisoder som granskades kunde 1,0 % av alla skador upptäckas med denna metod. Baserat på innehållet i avvikelserapporteringssystemet (i Västra Götalandsregionen används MedControl) under 2012-2013 framkom att som mest cirka 5 % av alla skador kunde upptäckas genom personalens rapportering. Genom IVO/Socialstyrelsens klagomålssystem (klagomål från enskilda) 2013 kunde 0,14 % av skadorna upptäckas. Ansökan om ersättning för skada hos Löf 2013-2014 möjliggjorde upptäckt av drygt 2 % av skadorna. Sammantaget ser det ut som att man med dessa system kan upptäcka maximalt cirka 8 % av alla skador som uppkommer. Uppskattningsvis utgjordes 10 000 av de skador som uppkom årligen inom den somatiska slutenvården av vuxna 2013-2014 av allvarliga vårdskador. Trots detta ledde det till att endast 50 anmälningar enligt lex Maria gjordes årligen under samma period. Detta betyder att de resurser som fanns under perioden möjliggjorde att cirka 6 % av de

---

<sup>1</sup> Kontakt: [thomas.brezicka@vgregion.se](mailto:thomas.brezicka@vgregion.se)

allvarliga vårdskador som var möjliga att upptäcka utreddes, vilket motsvarar 0,5 % av alla de allvarliga vårdskador som uppskattas ha uppkommit.

Upptäckt av vårdskador med systematiskt markörbaserad journalgranskning av slumpvis utvalda journaler är behäftad med minst inslag av subjektivitet (bias) jämfört med de andra systemen för upptäckt av skador och ger sannolikt den mest representativa bilden av de vanligaste vårdskadorna som uppkommer. Detta system bör därför utgöra grunden för vilka vårdskador som i första hand ska utredas och utgöra underlag för ett hållbart patientsäkerhetsarbete som har syftet att förhindra uppkomsten av vårdskador. På detta sätt kan ett minskat lidande åstadkommas för det stora flertalet av patienterna och att resurser i form av vårddagar och pengar frigörs för vård som skapar mervärde för patienterna. De andra systemen för upptäckt av vårdskador bör utgöra komplement. I avvaktan på framtida mer heltäckande system för upptäckt och hantering av vårdskador är det mot denna bakgrund angeläget att markörbaserad journalgranskning kommer till användning inom alla vårdsektorer. Idag kan metoden utöver somatisk slutenvård av vuxna även användas inom vuxenpsykiatri, den sjukhusanknutna barnsjukvården och snart inom hemsjukvården. En metodutveckling bör ske så att journalgranskningar även möjliggörs inom somatisk öppenvård (vilket bland annat inkluderar primärvård) och kommunal hälso- och sjukvård på särskilda boenden.

### Bakgrund

Det finns en allmän och säkert välgrundad uppfattning att antalet skador i vården som upptäcks endast utgör en liten andel av samtliga uppkomna skador, den s k toppen på isberget. Att på ett säkert sätt fastställa hur stor andel de skador som upptäcks utgör av det totala antalet uppkomna skador är av naturliga skäl mycket svårt eftersom vi ännu inte har några system och metoder som med rimliga resurser kan upptäcka samtliga skador som uppkommer. Försök till uppskattning kan ändå göras, vilket kan medföra att de skador som vi idag upptäcker och fokuserar patientsäkerhetsarbetet på belyses utifrån perspektivet hur vanliga de egentligen är och hur panoramat av skador som idag får fokus ser ut i jämförelse med det verkliga panoramat. Sådana betraktelser kan vara av värde för hur vi ser på de skador som upptäcks och hur kunskapen om dem kan bidra till att utveckla vården så att de vanligaste skadorna minskar. Det kan också vara av betydelse att förstå hur stor andel av alla skador som uppkommer som är möjliga att faktiskt upptäcka med de befintliga resurserna och vilka system som därmed bör vårdas och utvecklas vidare. Det kan redan nu fastslås att det främsta syftet med systemen är att bidra till att utveckla hälso- och sjukvården så att den blir mer säker, även om det förstås också möjliggör för patienter som skadats att få en ursäkt från sjukvården och viss ekonomisk ersättning för det lidande som skadorna medfört.

Möjligheten att upptäcka skador i vården har stor betydelse för om de kommer att utredas och ligga till grund för utvecklingen av vården. Utredningen av vårdskador har betydelse för att förstå vilka orsaker som kan ha bidragit till att de uppkom och vilka åtgärder, på såväl mikro-, meso- som makronivå, som behöver vidtas för att minska risken för upprepning av liknande händelser och för att

Patientsäkerhetslagens (2010:659) definition av vårdskada (1 kap 5 §):

*Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.*

stärka patientsäkerheten, d v s stärka skyddet mot vårdskada. En strukturerad och systematisk utredning, som kan innefatta t ex en händelseanalys, ger information som kan vara viktig för att förstå samspelet mellan olika aktiviteter i ett händelseförlopp och som därmed kan ha bidragit till det. En noggrant utförd utredning belyser också sannolikt med god precision i vilken grad en skada var

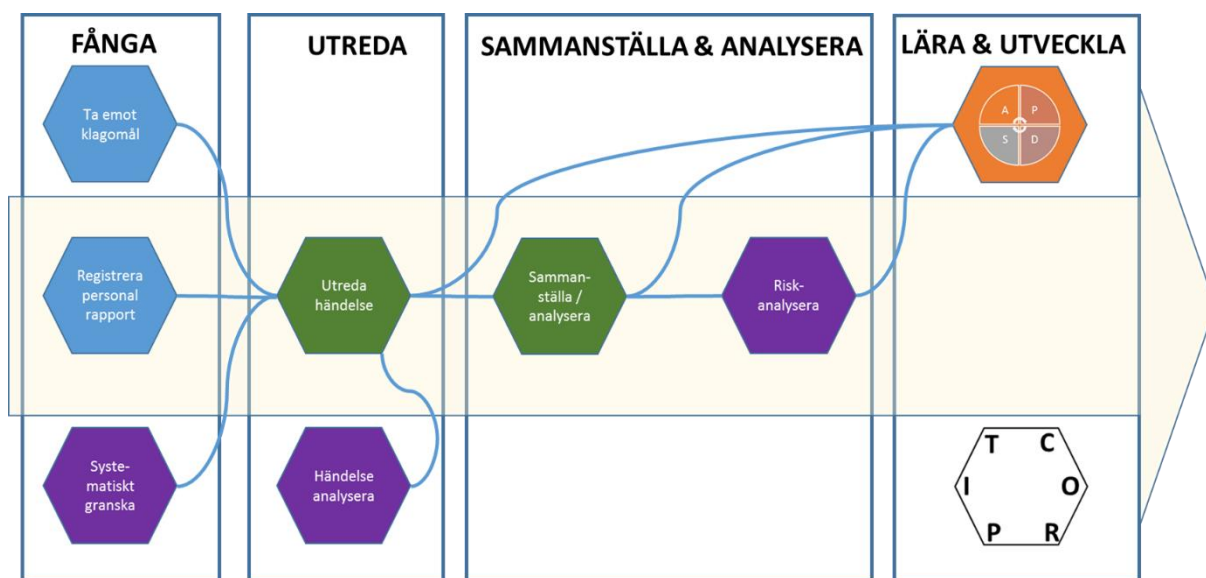
undvikbar, jämfört med undvikbarhetsbedömningar som görs med mindre strukturerad systematik.

Av alla de skador som uppkommer kommer endast de händelser och skador som upptäcks att övervägas för sådan strukturerad utredning.

### Verktyg för att fånga skador

Följande tre verktyg används huvudsakligen idag för att upptäcka skador som patienter kan ha åsamkats som en följd av hälso- och sjukvård.

- Avvikelseberapportering
- Klagomål
- Journalgranskning



Figur 1. Fångstverktygens plats i patientsäkerhetsarbetet. Varje hexagon motsvarar en aktivitet/funktion i ett flöde (från Output O till Input I. En del av händelserna utreds med händelseanalys (utgör en resurs R i utredningsarbetet). Efter sammanställning och analys fås ett underlag för riskanalys av verksamheten. Resultaten från utredningarna, sammanställningarna och riskanalyserna används i utvecklingen av verksamheten (PDSA-cykeln).

### Journalgranskning

Eftersom journalgranskning utgör referensen i de resonemang som förs i denna framställning beskrivs utfallet av denna metod först.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) gjordes i Västra Götalandsregionen 2013-2014 av 4052 slumpvis utvalda journaler motsvarande 1,0 % av samtliga somatiska slutenvårdsepisoder av vuxna. Under samma period genomfördes totalt 403 113 vårdepisoder (["Vårdskadeutvecklingen i Västra Götalandsregionen 2013-2014"](#)). Vid granskningen identifierades 520 skador. Detta antal motsvarar därför 1,0 % av samtliga skador som uppkom under denna 2-årsperiod. Den totala skadeförekomsten kan extrapoleras till cirka 50 800 skador, vilket betyder cirka 25 400 skador per år (korrigering har gjorts med hänsyn till de individuella sjukhusens vårdproduktion och antalet journaler som granskats per sjukhus). Eftersom urvalet av journaler var slumpmässigt utgör de skador som identifierades sannolikt ett representativt stickprov av samtliga uppkomna skador. Det bör dock påpekas att det finns skadetyper som inte alltid upptäcks med denna metod, t ex psykisk skada och försämring av sjukdom (t ex tumörsjukdomar) till följd av fördröjningar i vården. Det är idag inte möjligt att uppskatta hur ofta sådana skador uppkommer i relation till andra skador.

Under samma 2-årsperiod genomfördes 2 059 195 vårddyggn. Frekvensen av uppkomna skador per vårddyggn kan därför beräknas till 2,5 skador/100 vårddyggn. Resultaten från MJG i det aktuella materialet visar vidare att 64 % av dessa skador var undvikbara, d v s utgjorde vårdskador, enligt

granskarnas bedömning. Det betyder att frekvensen vårdskador per vård dygn som uppkommer kan uppskattas till minst 1,6 vårdskador/100 vård dygn.

Med den aktuella storleken på stickprovet upptäcks med MJG således cirka 1,0 % av alla skador/vårdskador, d v s 0,025 skador/100 vård dygn eller 0,016 vårdskador/100 vård dygn. Denna siffra skulle kunna göras högre om man ökade antalet vårdepisoder som granskas. SKL rekommenderade att från och med 2015 halvera antalet journaler per sjukhus som ska granskas. Anledning är att granskningen är så pass resurskrävande att det inte bedömdes som realistiskt att upprätthålla den högre nivån. Att utöka antalet journaler till över nivån 2013-2014 förefaller därför inte realistiskt.

De skador som upptäcks genom systematisk granskning av slumpvis utvalda vårdepisoder ger sannolikt den mest representativa bilden av vilka skadetyper som är vanligast och hur ofta de uppkommer. Det är viktigt att påpeka att metoden inte ger någon information om vilka faktorer som bidrog till att skada uppkom. För att svara på den frågan behöver någon form av utredning av händelseförloppet genomföras.

### Avvikelse rapportering

En studie har gjorts av vårdpersonalens rapportering i vårdgivaren VGRs avvikelshanteringssystem MedControl av skador som uppkommit i samband med slutenvård under perioden september 2012 till maj 2013 ("[Överbeläggningar och rapporterade skador i vården](#)"). Under perioden som omfattade 1 041 130 vård dygn registrerades 967 rapporter som avsåg skador. Detta motsvarar en genomsnittlig frekvens av rapporterade skador på 0,093 skador/100 vård dygn.

Studien visade att rapporteringsbenägenheten var starkt korrelerad till den genomsnittliga beläggningsgraden på varje enskild avdelning. Den maximala skaderapporteringsfrekvensen låg på cirka 0,12 skador/100 vård dygn och sågs på avdelningar med högst 98 % medelbeläggning och i samband med överbeläggningssituationer. Intressant nog sågs en markant minskning av rapporteringen vid avdelningar som under perioden hade en medelbeläggning på >100 %.

Dessa siffror visar att den högsta frekvensen rapporterade skador per vård dygn i det aktuella underlaget tycks ligga på 0,12 skador/100 vård dygn. Detta motsvarar 4,8 % av alla skador med den uppskattade frekvensen uppkomna skador på 2,5 skador/100 vård dygn (se ovan). Hur stor andel av de rapporterade skadorna som var undvikbara har inte bedömts i den aktuella studien.

De vårdskador som upptäcks genom personalens rapportering utgör sannolikt inte ett representativt urval av de skador som uppkommer. Anledning till detta är framför allt en stor variation i förmågan hos personalen att upptäcka händelser som medfört eller kunde medföra skada och benägenheten att rapportera dem. Det spektrum av skador som ses i Lex Maria-utredningar, som huvudsakligen baserades på personalrapporterade händelser under den tidsperiod som undersökts, ser annorlunda ut än det i MJG (Se VGRs rapport "[Lex Maria-beslut 2012-2013. Sammanställning och analys av beslut från Socialstyrelsen och IVO](#)"), även om de flesta skadetyperna som upptäcks genom personalens iakttagelser också upptäcks vid MJG.

### Klagomål

Klagomål på hälso- och sjukvården kan komma till vårdgivarens kännedom på huvudsakligen följande sätt:

- Direkt kontakt med vårdgivaren
- Som enskildas klagomål på hälso- och sjukvården till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Ansökningar om ersättning från landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf)
- Via Patientnämnden

Kännedom om hur stor andel av klagomålen som rör skador finns endast för klagomål som kommer via IVO och Löf eftersom dessa utreds avseende just om skada uppkommit eller inte. Visserligen görs idag liknande utredning av klagomål som framförs direkt till vårdgivaren eller via Patientnämnden, men de har först på senare tid börjat införas systematiskt i avvikelshanteringssystemet, varför statistik än så länge saknas. Skador som upptäcks i klagomål efter direkt kontakt med vårdgivaren eller indirekt via patientnämnden är inte inkluderade i denna sammanställning.

#### *Klagomål via IVO*

Klagomålen som inkommer till IVO utreds främst avseende förekomst av vårdskada, d v s om den skada som uppkommit var på förhand undvikbar och där brister i verksamheten bidrog till skadans uppkomst.

Under 2013 inkom 602 klagomålsanmälningar till IVO som rörde somatisk vård av vuxna på VGRs sjukhus. Av dessa var utredningarna klara och beslut fattade av IVO i 547 ärenden. Av beslutade ärenden framkom vårdskador i 62 ärenden varav cirka 50 % uppstod inom slutenvården. Om man antar att dessa är representativa för samtliga klagomålsanmälningar som gjordes under 2013 medför detta att klagomålen möjliggjorde upptäckt av cirka 30 vårdskador i den somatiska slutenvården av vuxna. Under 2013 genomfördes 1 332 090 vårddygn inom de aktuella slutenvårdsverksamheterna. Detta betyder att frekvensen vårdskador som upptäcktes genom klagomål till IVO låg på 0,0022 vårdskador/100 vårddygn. Om andelen vårdskador i klagomål där skador framkommer är lika stor som i MJG-materialet, d v s 64 %, motsvarar det omräknat att 47 skador per år kan upptäckas genom klagomål till IVO, d v s 0,0035 skador/100 vårddygn. Detta motsvarar i storleksordningen 0,14 % av samtliga skador.

#### *Ansökningar till Löf*

Ansökningar om ersättning från Löf görs av patienter som anser att de fått en skada som orsakats av vården. Löf gör en bedömning, enligt patientskadelagen, om skadan var möjlig att undvika genom att det fanns alternativa åtgärder som hade kunnat vidtas och som kunde ha medfört att skadan inte skulle ha behövt uppkomma. Löf tar inte i sin bedömning hänsyn till om det förelåg brister i verksamheten, d v s om det rör sig om en vårdskada enligt patientsäkerhetslagens definition. De skador som ersätts av Löf kommer därför att omfatta såväl vårdskador som andra skador som orsakats av vårdens handläggning av patienten. Under 2013 och 2014 inkom till Löf sammanlagt 3061 ansökningar om ersättning på grund av skada efter vård som getts vid sjukhusen med slutenvård som drevs av VGR. Av de 2299 ansökningar som var färdigutredda i februari 2015 utföll 40 % (926 av ansökningarna) med ersättning medan resterande avböjdes. Om denna siffra är representativ för samtliga anmälningar som gjordes innebär det att omkring 1224 ansökningar gjordes på basen av skador. Om samtliga dessa skulle hänföras till slutenvården (andelen går inte att bedöma med tillgängliga uppgifter) medför det en frekvens av upptäckta skador på max 0,059 skador/100 vårddygn, vilket betyder att omkring 2,3 % av alla skador kunde upptäckas genom patientförsäkringen.

Klagomål är behäftade med i stort sätt samma problem som avvikelserapporter när det gäller representativitet (eller icke-representativitet) för de skador som verkligen uppkommer. Klagomål bygger på patienternas och närståendes uppfattningar och upplevelser vilket dessutom medför att spektrumet av vårdskador som upptäcks blir försnävat till sådana skador som just de uppfattar har uppkommit till följd av brister i vården.

|                                                    | MJG 2013-2014 | MCP 1209-1305 | IVO 2013  | Löf 2013-2014 |
|----------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| <b>Upptäckta skador</b>                            | 520           | 1249          | 47        | 1224          |
| <b>Genomförda vård dygn</b>                        | 2 059 195     | 1 041 130     | 1 332 090 | 2 059 195     |
| <b>Upptäckta skador/100 vård dygn</b>              | 0,025         | 0,12          | 0,0035    | 0,059         |
| <b>Andel upptäckta av alla uppkomna skador (%)</b> | 1,0 %         | 4,8 %         | 0,14 %    | 2,3 %         |

Tabell 1. Sammanfattning av underlag för uppskattning av känsligheten i olika instrument att fånga skador i den somatiska slutenvården av vuxna. För markörbaserad journalgranskning (MJG) och uppgifter från Landstingen ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) användes data från 2013-2014. För avvikelshanteringssystemet MedControl Pro (MCP) användes rapporter registrerade september 2012 till maj 2013, och för enskilda klagomål (EK) till Socialstyrelsen/IVO användes anmälningar inkomna under 2013. För detaljer hänvisas till texten. Totalt upptäcks med dessa system uppskattningsvis cirka 8 % av alla skador som uppkommer i den somatiska vården av vuxna patienter.

## Diskussion

I den verklighet som rådde 2013-2014 kan förekomsten av skador inom den somatiska slutenvården av vuxna uppskattas till 2,5 skador/100 vård dygn. Det saknas idag ett motsvarande underlag för att skatta skadefrekvensen inom andra specialitetsområden såsom barnsjukvården, den psykiatriska vården eller inom primärvården. Med dagens metoder och resurser görs någon form av utredning av vad som hänt motsvarande maximalt cirka 0,2 skador/vård dygn, d v s i 8 % av alla fall av uppkommen skada. Det är mot denna bakgrund av stor betydelse att resurserna för upptäckt och utredning av skador får rätt fokus så att de slutsatser som dras får så stora effekter som möjligt på patientsäkerheten. Idag läggs t ex stora resurser på att utreda klagomål som inkommer till IVO och frågan bör därför ställas om dessa resurser står i proportion till hur stor andelen av alla skador är som uppkommer och som upptäcks via klagomålen. I jämförelse med de andra metoderna förefaller andelen skador som upptäcks genom klagomål till IVO (0,14 %) vara låg i förhållande till de resurser som läggs ner på att underhålla detta system. Betydelsen för den som framfört klagomålet, främst patienten, kan ändå vara stor. I denna sammanställning framkommer att det enskilt känsligaste systemet för upptäckt av skador utgörs av personalens rapportering och kan uppskattas medföra upptäckt av max cirka 5 % av alla uppkomna skador. Samma känslighet (5 %) har [rapporterats](#) i en studie av avvikelserapporteringen vid ett större sjukhus i England (NHS), vilket således bekräftar uppskattningen av känsligheten hos detta system. Även om de skattningar som gjorts inte kan tas för att vara exakta torde de ge en rimlig uppfattning av storleksordningen på systemens detektionskänslighet.

Det kan teoretiskt finnas en möjlighet att en och samma skada skulle kunna upptäckas av mer än ett av systemen. Denna sannolikhet torde dock vara i praktiken försumbar om man betänker hur begränsade andelarna är av antalet skador som är möjliga att upptäcka med respektive system. Detta kan exemplifieras genom att sannolikheten att samma skada ska upptäckas genom personalens rapporteringsskyldighet och vid markörbaserad journalgranskning kan beräknas till cirka 0,05 %, vilket betyder att endast en av de 2000 skador som upptäcks årligen inom den somatiska slutenvården av vuxna kommer att upptäckas av båda dessa system. Mot bakgrund av att personalens benägenhet och möjligheter att upptäcka och rapportera skador förefaller ligga på en konstant nivå av 5 % förefaller möjligheten att öka känsligheten i detta system, och därmed i en betydande omfattning öka chansen att fler av de skador som upptäcks genom journalgranskning också spontant ska upptäckas av personalen, vara i praktiken negligerbar.

Inom den somatiska slutenvården av vuxna i Västra Götalandsregionen kan den totala förekomsten av skador uppskattas till cirka 25 000 per år, varav vilka högst drygt 2 000 således kan upptäckas



genom de system som redovisats ovan. Detta medför en potentiell belastning på sjukvården till följd av de författningsreglerade kraven på att utredning i viss omfattning måste göras av de skador som uppkommer och som upptäcks. Det bör understrykas att de skador som genomgår en mer omfattande utredning är de som bedöms som allvarliga och som sannolikt var undvikbara utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, d v s bedöms som allvarliga vårdskador. Utgår man från analysen av skador som identifierats genom MJG i VGR under 2013-2014 framkommer att drygt 60 % av skadorna utgjordes av vårdskador. Vidare bedömdes drygt 60 % av vårdskadorna vara allvarliga. Av det totala antalet vårdskador, 25 000, som inträffar per år i VGR inom den somatiska slutenvården av vuxna utgjorde cirka 10 000 allvarliga vårdskador. Eftersom 8 % av dessa uppskattningsvis kommer att upptäckas motsvarar detta 800 allvarliga vårdskador per år som således ska utredas mer omfattande och medföra anmälan till IVO. Under 2013-2014 gjordes cirka 50 sådana anmälningar (s k Lex Maria-anmälningar) årligen som kan hänföras till den somatiska slutenvården av vuxna (suicid är inte medräknade). Detta motsvarar cirka 6 % av samtliga allvarliga vårdskador som kan upptäckas och 0,5 % av samtliga allvarliga vårdskador som inträffar, och ger en uppfattning om hur långt de befintliga resurserna som allokeras till patientsäkerhetsarbete räcker.

Ovanstående beräkningar visar, med reservation för att de utgör uppskattningar, följande:

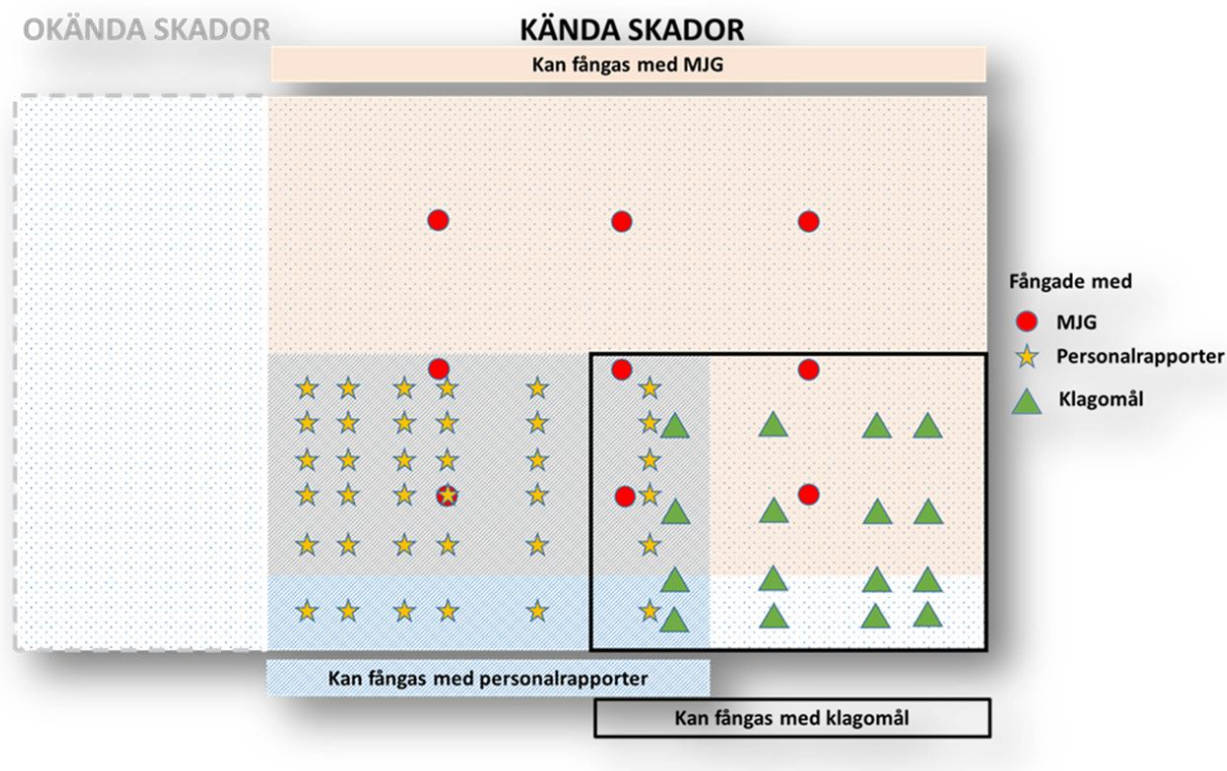
- Dagens system för upptäckt av skador förmår upptäcka en mindre andel (8 %) av samtliga vårdskador som uppkommer
- Sannolikheten att samma skada ska upptäckas av mer än ett av systemen samtidigt är försumbar (0,05 %)
- Dagens resurser för utredning och handläggning av vårdskador medför att cirka 6 % av de allvarliga vårdskador som kan upptäckas, och endast 0,5 % av samtliga allvarliga vårdskador som uppskattas uppkomma, utreds och anmäls till IVO

En rimlig slutsats är att nya metoder måste utvecklas för upptäckt och utredning av vårdskador om antalet ska kunna ökas utöver dagens nivå. Sådana möjligheter kan skapas genom den digitalisering av hälso- och sjukvården som pågår. Eftersom nya tillämpbara metoder inte kommer att vara tillgängliga inom relativ närtid är det av stor betydelse att de vårdskador som upptäcks är representativa för de vårdskador som uppkommer, att de utreds noggrant och att resultaten, såväl av individuella utredningar som i aggregerad form, används för verksamhetsförbättring med målet att minska uppkomsten av vårdskador. Utredningarna bör göras strukturerat så att chansen blir så god som möjligt att de slutsatser som dras av dem blir relevanta och får betydelse. Händelseanalyser, med den av SKL rekommenderade metoden ([Handbok: Riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. SKL 2015](#)), bör reserveras för vissa typer av prioriterade ärenden, men den grundläggande strukturen i metoden bör användas i alla utredningar.

Eftersom stora resurser läggs på handläggning och utredning av en mycket liten andel av alla allvarliga vårdskador som uppkommer bör dessa få en större betydelse som underlag för förbättringar av sjukvården på alla nivåer. Även innehållet i avvikelshanteringssystemet och som rör potentiella vårdskador bör användas i större omfattning i det lokala verksamhetsförbättringsarbetet. Vi vet att patientsäkerhetskulturen varierar mellan olika verksamheter och enheter lokalt och att det finns ett utrymme för att öka t ex benägenheten att upptäcka och rapportera avvikelser i verksamheter där denna är låg. Många verksamheter avsätter idag sannolikt inte en tillräcklig och rimlig andel av sina resurser åt specifikt patientsäkerhetsarbete, även om de kan göra så när det gäller annan kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Innehållet i systemen för upptäckt av skador måste tas tillvara på ett systematiskt sätt. Idag leder de skador som upptäcks mestadels till punktinsatser i de berörda verksamheterna och inte till förändringar av sjukvården på högre organisatorisk nivå. Sådana förändringar är möjliga om

vårdgivarna delar med sig av resultaten av gjorda utredningar och om aggregerade analyser av liknande händelser görs efter att ett större antal utredningar inom liknande områden blivit tillgängliga. En stor potential för gemensamt lärande finns genom [Nitha Kunskapsbank](#)<sup>2</sup> som är en nationell databas med händelseutredningar. Så länge sådant lärande inte sker kommer många patienter även fortsättningsvis att skadas och få lida i onödan.



Figur 2. Schematisk beskrivning av olika skadetyper med avseende på hur de kan fångas (rektanglar). Antal symboler (punkt, stjärna, triangel) för varje typ av verktyg varmed en skada är fångad är fördelade enligt proportionerna för verktygens känslighet (se tabell 1). Observera att MJG-fångade skador är till följd av slumpen jämt fördelade över alla skador (de är dock glesa eftersom de endast fångar 1/100 av de skador som uppkommer). De skador som är fångade med de andra verktygen är ojämnt distribuerade till följd av den bias som finns i den mänskliga förmågan att upptäcka skadorna och benägenheten att påtala dem. Det finns sannolikt skador som är "okända" och som därmed inte fångas alls med dagens system.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) av slumpvis utvalda vårdepisoder är det system som är tillgängligt för upptäckt av de vårdskador som bör utgöra grunden för arbetet att på ett betydande, genomgripande och hållbart sätt minska uppkomsten av vårdskador. MJG ger sannolikt den mest representativa bilden av vilka av de allvarliga vårdskadetyperna som är vanligast. MJG möjliggör dessutom en skattning av hur ofta vårdskador uppkommer och hur dessa tränger ut annan mer värdeskapande vård genom den utökade användningen av vårdresurser som de medför (["Vårdskadeutvecklingen och vårdresursanvändningen vid vårdskador i Västra Götalandsregionen"](#)).

Utöver MJG kan stora förhoppningar ställas till de dagliga patientsäkerhetsronder med hälso- och sjukvårdspersonalen som införs på många håll och som gör att vårdskador och risker kan upptäckas och åtgärdas på kontinuerlig och heltäckande bas i realtid (t ex Gröna Korset). Av det sannolikt stora antalet vårdskador som kan upptäckas på detta vis bör en andel utredas strukturerat för att förstå hur och varför skadorna eller riskerna uppkommit. Detta ställer krav på en process och metod för hur ett sådant urval bör göras, samt hur de bör utredas, sammanställas och ingå i underlagen för den kontinuerliga och dagliga verksamhetsutvecklingen.

<sup>2</sup> Tillgänglig via Sjunet.



Vad kan vi då lära oss av klagomålen och avvikelserapporterna? Dessa system har sannolikt störst betydelse för att upptäcka nya typer av skador och händelser som ännu inte fångas med strukturerade och riktade instrument som markörbaserade journalgranskningar och andra former av egenkontroll. Personalens avvikelserapporter en bild av vilka specifika problem man har i sin egen verksamhet och utgör därför ett tillsammans med MJG och dagliga patientsäkerhetsronder viktiga verktyg i patientsäkerhetsarbetet.

Allvarliga vårdskador som upptäcks, oavsett hur detta sker, bör alltid utredas och resultaten ingå i underlagen för verksamhetsförbättring. Huvudfokus bör dock ligga på att ta tillvara det som upptäcks via systematiska granskningar av slumpvis utvalda vårdepisoder, så som sker genom markörbaserad journalgranskning.