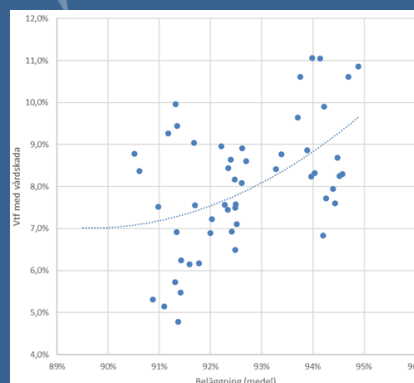
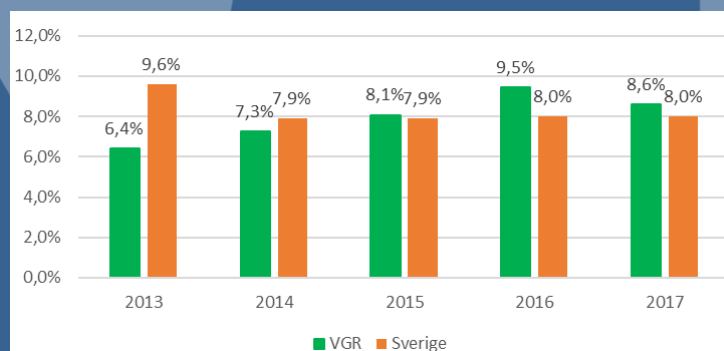


Vårdskadeutvecklingen 2013 till 2017 i Västra Götalandsregionen

En analys av resultaten av markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård av vuxna



Vårdskadeutvecklingen i Västra Götalandsregionen 2013–2017

En analys av resultaten av markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård av vuxna

Kortfattat

- Under 2013 till 2017 har nästan 8 000 slumpvis utvalda slutenvårdsepisoder granskats vilket motsvarar cirka 0,8 % av vårdproduktionen
- Vid 8,6 % av vårdtillfällena under 2017 fick patienterna en eller flera vårdskador, d v s skador som bedömdes som undvikbara, vilket är ett möjligt trendbrott från 9,5 % under 2016
- 2017 fick uppskattningsvis cirka 15 700 patienter vårdskador, en minskning med cirka 10 % jämfört med 2016 men en ökning jämfört med 2013 då motsvarande antal låg på 12 900
- De vanligaste specifika vårdskadorna för hela perioden 2013 till 2017 var postoperativa sårinfektioner, urinvägsinfektioner, trycksår, läkemedelsrelaterade skador, blåsoverfyllnad och fallskador
- För >50 % av patienterna bidrog skadorna till allvarliga konsekvenser som medförde ett betydande individuellt lidande
- Uppkomst av skada på patient var 2017 associerade med en vårdtid som i genomsnitt var 5,1 dagar längre jämfört med vårdepisoder utan skada, d v s nästan en dubbling av vårdtiden
- Andelen patienter som utlokaliserats har ökat från 2,4 % år 2015 till 3,9 % år 2017 och är associerade med en högre förekomst av vårdskada (11 %) jämfört med patienter som inte utlokaliserats (9 %)
- Den ökade vårdtiden vid vårdskada medför en merkostnad på cirka 600 miljoner kronor per år och en användning av 200 vårdplatser dagligen
- Belägningsgrader >90 % över tid är associerade med höjd vårdskadeförekomst
- Rekommendationer: sörj för max 90 % medelbeläggning och undvik utlokaliseringer (ska aldrig ske i samband med akut inskrivning på sjukhus), fokusera insatser på att i första hand minska de vanligaste vårdskadorna där de är som vanligast, genom att bland annat säkra tillgång till personal med omvårdnadskompetens i det patientnära arbetet, proaktivt arbete genom kunskap om vårdskadeförlopp, samt genom personalens egenlys och utveckling av sina arbetssätt

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	5
Underlag	5
Vårdskadeutvecklingen under 2013–2017	8
Ökningen av uppkomst av vårdskador sedan 2013 kan ha minskat	8
Skadeförekomsten uppvisar en säsongsvariation	10
Skadeförekomsten samvarierar med belägningsgraden	12
Ökningen av vårdskador som har koppling till omvårdnad kan ha stannat av	15
Över hälften av vårdskadorna bidrog till allvarliga konsekvenser för patienterna	17
Vårdtiden är dubbelt så lång och i snitt drygt 5 dagar längre vid skada	19
Några av skadetyperna har ökat under 2013–2017	19
Utlokalisering är förknippat med ökade vårdskador i VGR	21
Vårdskadepanoramat ser olika ut beroende på verksamhetstyp	22
Olika vårdskadetyperns inverkan på vårdresursanvändningen	23
Diskussion av särskilda aspekter	24
Vårdskador och effekter på vårdproduktionen	24
Förslag till strategi för att minska vårdskador	25

Denna rapport har sammanställts 2018-10-22 av Thomas Brezicka, regionläkare patientsäkerhet, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen. e-post: thomas.brezicka@vgregion.se
--

Sammanfattning

En systematisk och strukturerad granskning har gjorts av nästan 8 000 slumpvis utvalda slutenvårdsepisoder inom vuxensomatik vid sjukhusen i Västra Götalandsregionen under 2013-2017. Detta motsvarar cirka 0,8 % av vårdproduktionen under samma period. Under 2017 granskades 0,7 % av vårdproduktionen regionövergripande och där andelen vårdtillfällen på förvaltningsnivå som granskades låg på 0,3-3,6 %. Västra Götaland granskade 2017 något lägre antal vårdepisoder relativt befolkningsunderlaget (76/100 000) jämfört med riksgenomsnittet (90) och där över hälften av landstingen granskade mer än dubbelt så många vårdepisoder (160-350) jämfört med VGR. Det torde därför finnas ett utrymme för VGR att öka andelen av vårdproduktionen som granskas och därmed få ett starkare underlag för bedömning av patientsäkerhetsläget.

Granskningarna visar uppskattningsvis att patienter åsamkats vårdskada vid i snitt 7,7 % av alla vårdtillfällen under 2013 till 2017. Under 2017 var siffran 8,6 %, vilket kan vara ett möjligt trendbrott jämfört med utvecklingen under 2013 till 2016. Det råder en betydande osäkerhet i skattningen varför det inte än går att dra någon säker slutsats. Antalet patienter som fick vårdskador kan uppskattas till 12 900 under 2013, 17 600 under 2016 och 15 700 under 2017. Vårdskadorna utgjordes vanligen av postoperativa sårinfektioner, urinvägsinfektioner, trycksår, läkemedelsrelaterade skador, blåsöverfyllnad och fallskador. Dessa har stark koppling till omvårdnad och utgör sammanlagt nästan 60 % av vårdskadorna 2017. För över hälften av patienterna bidrog skadorna till allvarliga konsekvenser och mycket lidande. Skada på patient var förknippad med en genomsnittlig förlängning av vårdtiden för varje patient med 5,1 dagar 2017 vilket är nästan en fördubbling av vårdtiderna för patienter utan skada. Sammanlagt medförde vårdskadorna att cirka 200 av de disponibla vårdplatserna inom somatisk vuxenvård (2017 fanns i snitt 2 700 disponibla vårdplatser) upptas av patienter som får vård till följd av vårdskada. Merkostnaden som den förlängda vårdtiden som vårdskadorna medför ligger på 600 miljoner kronor per år.

En analys av vårdskadeförekomsten som framkommer vid journalgranskningen och beläggningsgrad visar att vårdskadeförekomsten ökar vid beläggningsnivåer över tid på >90 %, vilket bekräftar resultaten av tidigare studie av skaderapportering i avvikelshanteringssystemet och beläggningsgrad. Utlokalisering är också förknippad med en ökad förekomst av vårdskada (11 % av vårdtillfällen) jämfört med om utlokalisering inte skett (9 %).

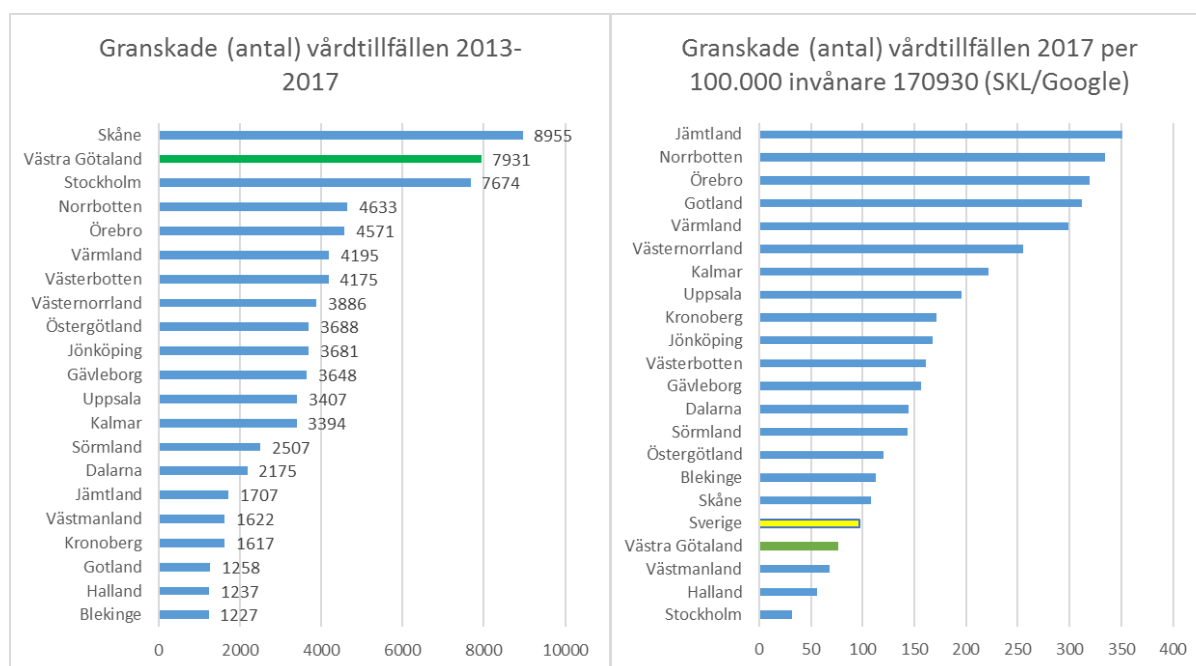
Eftersom de flesta vårdskadorna är omvårdnadsrelaterade och främst uppkommer i ett fåtal specialiteter bör insatser för att minska vårdskadeförekomsten fokuseras i första hand på dessa områden. Strategier som föreslås inbegriper bland annat att tillräcklig personal med omvårdnadskompetens säkras. Vidare bör förståelsen och uppmärksamheten på hur situationer uppkommer som kan medföra vårdskada ökas genom dagliga patientsäkerhetsronder och återkommande samtal kring händelseförlopp i patientnära personalgrupper. Förståelsen för hur det dagliga arbetet ser ut och vilka förbättringsområden som finns kan öka genom att personalen gör analyser av sina arbetssätt och av händelseförlopp av situationer där vårdskador vanligen uppkommer. Viktiga är också insatser för att minska beläggningsgraden, undvika utlokaliseringer (särskilt i akutskedet), förbättra arbetsmiljön och stärka patientsäkerhetskulturen i alla delar av organisationen.

Inledning

Sedan 2015 har sammanställningar av vårdskadeutvecklingen inom somatisk slutenvård av vuxna i Västra Götalandsregionen gjorts för perioderna från och med 2013 och framåt. Dessa finns på [VGR:s vårdgivarwebb under område patientsäkerhet](#). I rapporten 2016 redovisas också en analys av resursanvändningen till följd av uppkomsten av olika vårdskadetyper i olika verksamhetstyper. För detaljer rörande MJG-metoden för granskning av journaler och identifiering av vårdskador hänvisas till SKL:s [handbok](#) (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014). I den aktuella rapporten presenteras en sammanställning av vårdskadeutvecklingen 2013–2017. Ingen fördjupad jämförelse görs här med nationella data som finns redovisade i en särskild [rapport](#) som återfinns på SKL:s hemsida.

Underlag

Data som ingår som underlag för denna sammanställning har hämtats ur SKL:s databas Signe genom export av excelfiler för respektive granskningsår 2013–2017. Data för samtliga sjukhus i Västra Götalandsregionen som deltagit i mätningen ”Markörbaserad journalgranskning” har inkluderats. Underlaget utgör tillsammans med data över produktionen av vårdtillfällen vid respektive sjukhus som hämtats ur Västra Götalandsregionens VVU/VS-databas grunden för viktning och skattning av skadeförekomst. Två landsting, Skåne och Stockholm har under 2013–2017 granskat fler vårdtillfällen än VGR, där Skåne har granskat drygt 8900 vårdtillfällen, medan övriga landsting var för sig har granskat färre än 5000 vårdtillfällen¹. Om man ser till antalet invånare i respektive landsting 2017 har VGR granskat 76 vårdtillfällen per 100 000 invånare. Motsvarande siffra för Skåne är 108. Fler än hälften av landstingen har granskat fler än 150 vårdtillfällen per 100 000 invånare. I topp ligger Jämtlands läns landsting med 350!



Figur 1. Antal vårdtillfällen som granskats med markörbaserad journalgranskning 2013–2017 i Västra Götalandsregionen jämfört med övriga landsting, enligt SKL:s rapport ”Skador i vården, 2013–2017”. En figur visar också antalet granskade vårdtillfällen under 2017 relaterat till befolkningsstorleken.

¹ För detaljer se SKL:s rapport ”Skador i vården, 2013–2017 – Regional och landstingsnivå”. Några jämförelser mellan de uppgifter som SKL redovisar och de som redovisas i denna rapport görs inte, utöver förekomsten av vårdskador i VGR jämfört med riket.

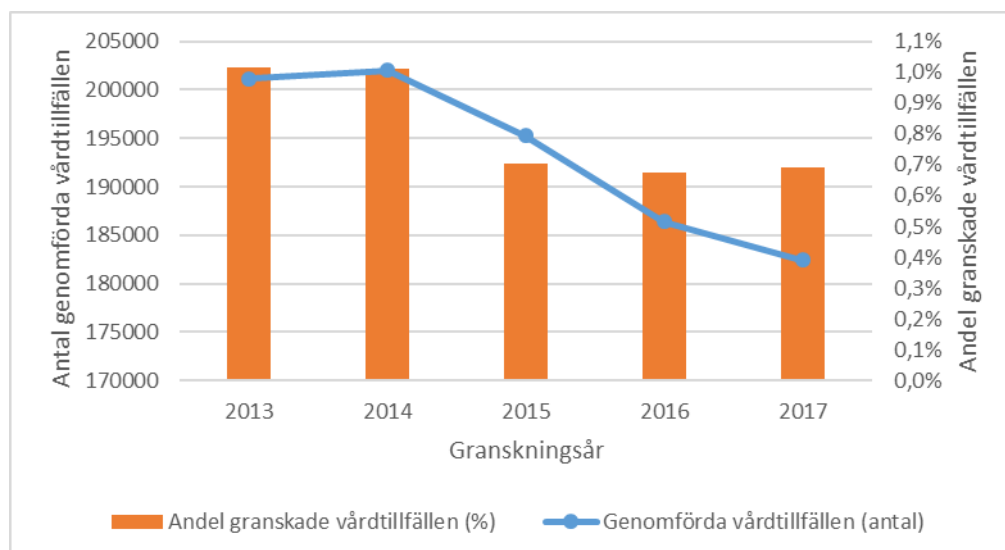
	Granskningsår	Förvaltning						Totalt (VGR)
		AL	KS	NU	SkaS	SU	SÄS	
Genomförda vårdtillfällen (antal)	2013	7032	10810	37179	32051	86966	27086	201124
	2014	7319	11682	38108	32386	86581	25919	201995
	2015	7017	11057	35551	31823	84780	25029	195257
	2016	6531	10604	34472	31129	78380	25264	186380
	2017	6599	10635	33455	30222	77132	24407	182450
	2013-2017	34498	54788	178765	157611	413839	127705	967206
Granskade vårdtillfällen (antal)	2013	240	240	361	358	480	364	2043
	2014	242	241	360	359	480	359	2041
	2015	234	120	360	240	239	181	1374
	2016	242	120	240	237	240	180	1259
	2017	240	120	238	241	239	180	1258
	2013-2017	1198	841	1559	1435	1678	1264	7975
Andel granskade vårdtillfällen (%)	2013	3,4%	2,2%	1,0%	1,1%	0,6%	1,3%	1,0%
	2014	3,3%	2,1%	0,9%	1,1%	0,6%	1,4%	1,0%
	2015	3,3%	1,1%	1,0%	0,8%	0,3%	0,7%	0,7%
	2016	3,7%	1,1%	0,7%	0,8%	0,3%	0,7%	0,7%
	2017	3,6%	1,1%	0,7%	0,8%	0,3%	0,7%	0,7%
	2013-2017	3,5%	1,5%	0,9%	0,9%	0,4%	1,0%	0,8%

Tabell 1. Antal granskade (källa: SKL:s databas) respektive genomförda vårdepisoder (källa VVU-databasen i VGR) per sjukhusförvaltning² 2013–2017.

Under 2013–2017 har totalt 7975 vårdtillfällen genomförda i VGR granskats. Dessa har valts ut slumpvis årsvis ur totalt 967 206 vårdepisoder³. Under 2013–2014 granskades årligen 1,0 % av samtliga vårdepisoder och 2015–2017 årligen 0,7 %. Minskningen av andelen granskade vårdtillfällen orsakas av att SKL för 2015 rekommenderade att antalet journaler för respektive sjukhus skulle halveras jämfört med de föregående åren. Anledningen till denna halvering var att så många sjukhus som möjligt även i fortsättningen skulle delta i granskningen och bidra till underlaget för att följa den nationella vårdskadeutvecklingen. I snitt granskades under 2013–2017 cirka 0,8 % av samtliga genomförda vårdepisoder i VGR. Önskvärt vore att ett slumpvis urval av 1–2 % av vårdproduktionen granskades för att ge ett tillräckligt underlag för skattningar av vårdskadeutvecklingen.

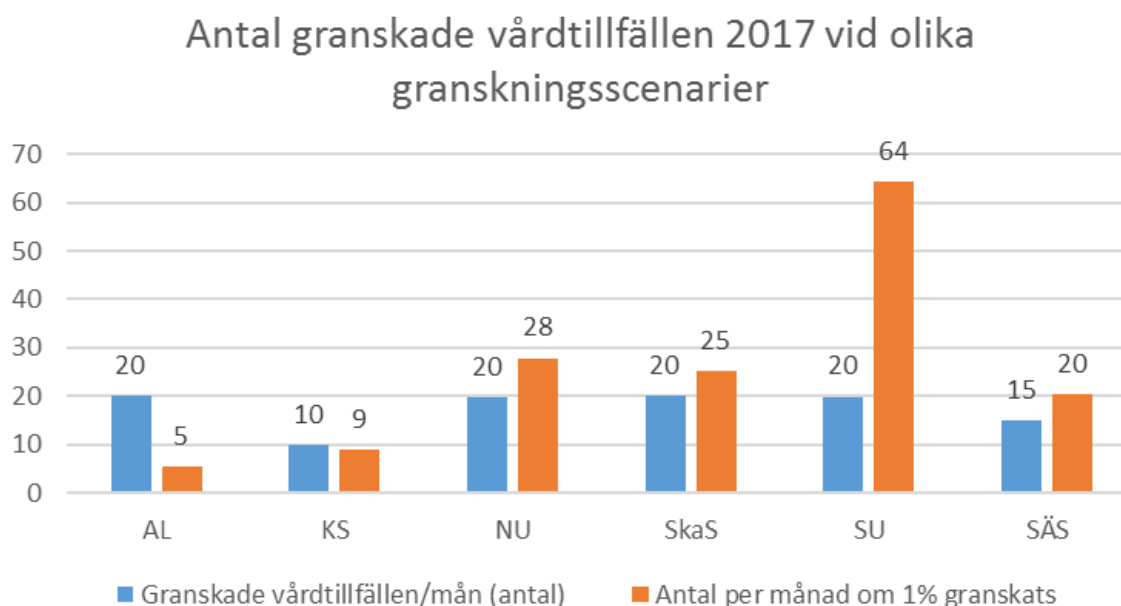
² Följande förkortningar används för respektive sjukhus (förvaltning): SU=Sahlgrenska universitetssjukhuset, NU=Norra Älvsborgs och Uddevalla sjukhus, SkaS=Skaraborgs sjukhus, SÄS=Södra Älvsborgs sjukhus, KS=Kungälv sjukhus, AL=Alingsås sjukhus (här ordnade efter slutenvårdsproduktion).

³ Antalet vårdepisoder som producerats per månad inom respektive förvaltning har hämtats ur VVU-databasen. Dessa används som referens vid viktning och extrapolering av data för att uppskatta ett möjligt totalutfall regionövergripande.



Figur 2. Antal genomförda vårdtillfällen 2013–2017 samt andelen (%) som granskats med markörbaserad journalgranskning. För detaljer se tabellen ovan.

Andelen vårdepisoder som granskats är mycket ojämnt fördelad mellan de olika sjukhusen. AL granskade under 2017 3,6 % medan SU granskade 0,3 % av sin respektive vårdproduktion. Denna ojämna fördelning nödvändiggör att viktning och extrapolering av data görs när genomsnittliga nivåer avseende skadeförekomst och vårdtider på VGR-övergripande nivå ska uppskattas. Samtidigt medför den relativt låga andelen av vårdepisoder som granskas och det låga antal skador som faktiskt upptäcks vid granskningen att den statistiska osäkerheten blir så stor att uppskattningar på förvaltningsnivå inte är meningsfull. För att göra en meningsfull skattning på förvaltningsnivå möjlig krävs sannolikt att minst 50–100 journaler/månad granskas i förvaltningen. Den låga andelen vårdtillfällen som granskats medför att den extrapolering av data som görs har en osäkerhet som kan vara betydande varför samtliga siffror ska ses som storleksnivåer och inte tas som exakta. Jämförelser görs här endast mellan olika tidsperioder för hela VGR. Det är således inte möjligt, på grund av den betydande statistiska osäkerheten, att göra några jämförelser mellan de olika förvaltningarna. Önskvärt för VGR:s del vore att en och samma andel av vårdproduktionen granskades på respektive sjukhus. Om 1 % av vårdproduktionen granskades skulle det för SU:s del medföra att 60–70 episoder per månad skulle behöva granskas, att jämföras med de 20 som granskades. För att möjliggöra jämförelser mellan förvaltningarna skulle sannolikt minst 70 slumpvis utvalda vårdtillfällen behöva granskas varje månad, oavsett storleken på förvaltningen. Om andelen vårdtillfällen med mycket korta vårdtider (t ex max 3 dygn) är stor i förvaltningen skulle antalet vårdtillfällen som slumpvis väljs ut behöva vara ännu större eftersom det tar en tid för vårdskador som inträffar att manifestera sig. Alternativet vore att för alla vårdtillfällen efterforska hälso- och sjukvård som inträffat inom 30 dagar efter utskrivning från för ett granskat vårdtillfälle för att med större precision fånga skador som inträffat under vårdtillfället.



Figur 3. Antal vårdtillfällen som granskades per månad 2017 och antal vårdtillfällen som skulle behöva granskas om 1 % av vårdproduktionen i respektive förvaltning granskades.

Vårdskadeutvecklingen under 2013–2017

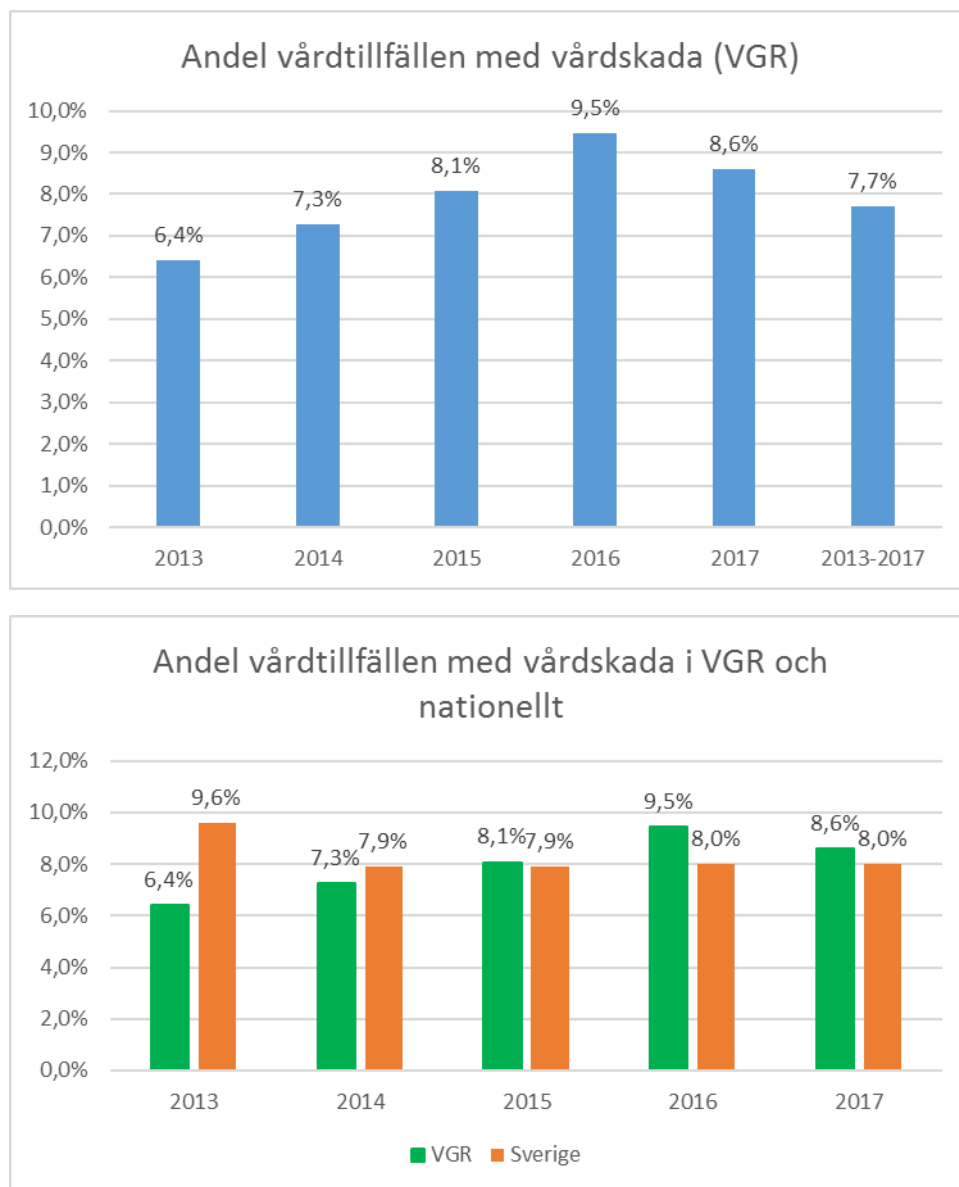
Ökningen av uppkomst av vårdskador sedan 2013 kan ha minskat

Totalt kunde vid journalgranskningen 919 vårdtillfällen med uppkomst av skada på patient identifieras. Vid dessa kunde vårdskada identifieras vid 584 tillfällen. Andelen vårdtillfällen med uppkomst av vårdskada kan efter att hänsyn tagits till sjukhusens vårdproduktion och andel granskade journaler uppskattas till 7,7 % under hela granskningsperioden. En ökning kunde ses från 6,4 % under 2013 till 9,5 % under 2016. För 2017 ser andelen ut att ha minskat till 8,6 %. Baserat på denna skattning kan antalet vårdtillfällen med uppkomst av vårdskada skattas till i genomsnitt 14 900 per år.

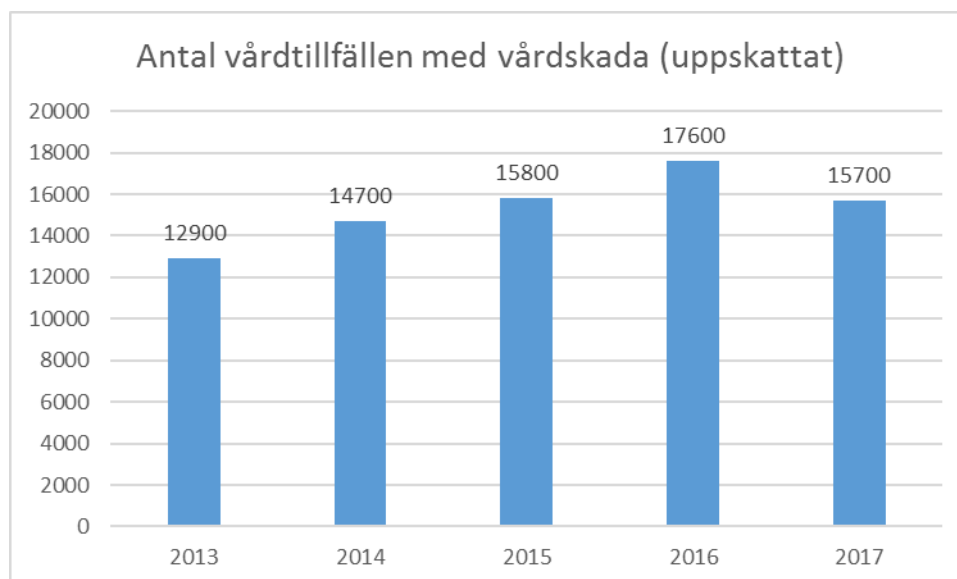
Endast en förvaltning, SU, uppvisar en minskning av andelen vårdtillfällen med vårdskada 2017. Denna förvaltning granskade under det året endast 0,3 % av sin vårdproduktion vilket innebär att urvalet är mycket litet och utsatt för en stor slumpvariation. Eftersom vårdproduktionen är väsentligt större vid SU jämfört med de andra förvaltningarna kommer skattningen av det totala antalet uppkomna vårdskador vid SU att få stor påverkan på det totala antalet vårdskador i VGR. Det går därför inte att dra någon rimligt säker slutsats att vårdskadeförekomsten verkligen minskat i VGR under 2017. I [SKL:s rapport](#) redovisas inte viktade skattningar, utan endast andelen vårdskador per antalet granskade vårdtillfällen. Då ser det ut som att vårdskadeförekomsten fortsätter öka i VGR, vilket också måste ses med stor tveksamhet. Utan att hänsyn tas till de individuella bidragande sjukhusens vårdproduktion och hur stor andel som har granskats går det inte att dra några rimligt säkra slutsatser om utvecklingen i de siffrorna. I denna föreliggande rapport redovisas endast viktade skattningar. Visserligen införs vid skattning en osäkerhet till följd av slumpvariationen i små stickprov, vilket förstås också måste beaktas vid tolkningen av resultaten.

Varje vårdepisod kan betraktas som en unik patient (statistiskt är inslaget av patienter i urvalet som förekommer vid mer än ett granskat vårdtillfälle försumbart) vilket innebär att antalet patienter som fått minst en vårdskada kan uppskattas till cirka 12 900 under 2013, och ökade till 17 600 fram till 2016 2014, en ökning med 36 %. För 2017 har antalet patienter som fått vårdskada skattats till

15 700, dvs en minskning med 11 % jämfört med 2016. Det finns dock, som beskrivits, en stor osäkerhet i denna skattning.



Figur 4. Uppskattad andel vårdtillfällen med vårdskador inom slutna somatisk vuxenvård i VGR och i Sverige (enligt [SKL:s rapport](#)) mellan åren 2013 till 2017.



Figur 5. Uppskattat antal vårdtillfällen med uppkomst av vårdskada inom slutna somatisk vuxenvård i VGR mellan åren 2013 och 2017.

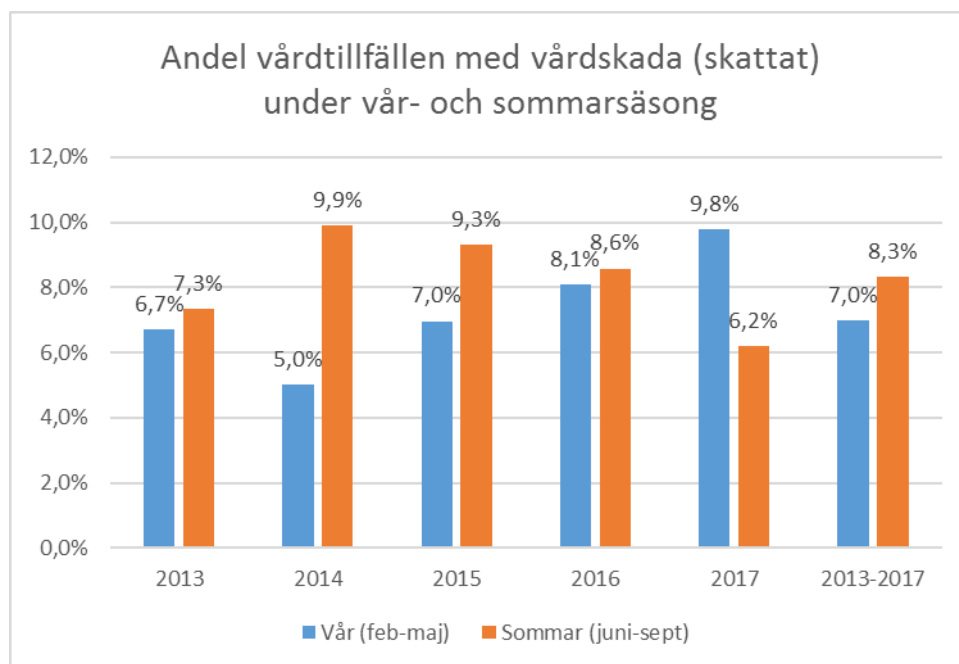
Skadeförekomsten uppvisar en säsongvariation

Det finns data som talar för att belägningsgraden på en avdelning bidrar till uppkomst av vårdskador (se nedan). Under sommaren arbetar ofta mindre personal och personal som valt att skjuta upp sin semester. Detta i kombination med stigande belägningsgrad under sommaren kan därför antas öka risken för och uppkomsten av vårdskador. Orsakssambanden är dock mycket komplexa där personalsammansättningen och beläggningen blott är några faktorer om än sannolikt mycket betydande.

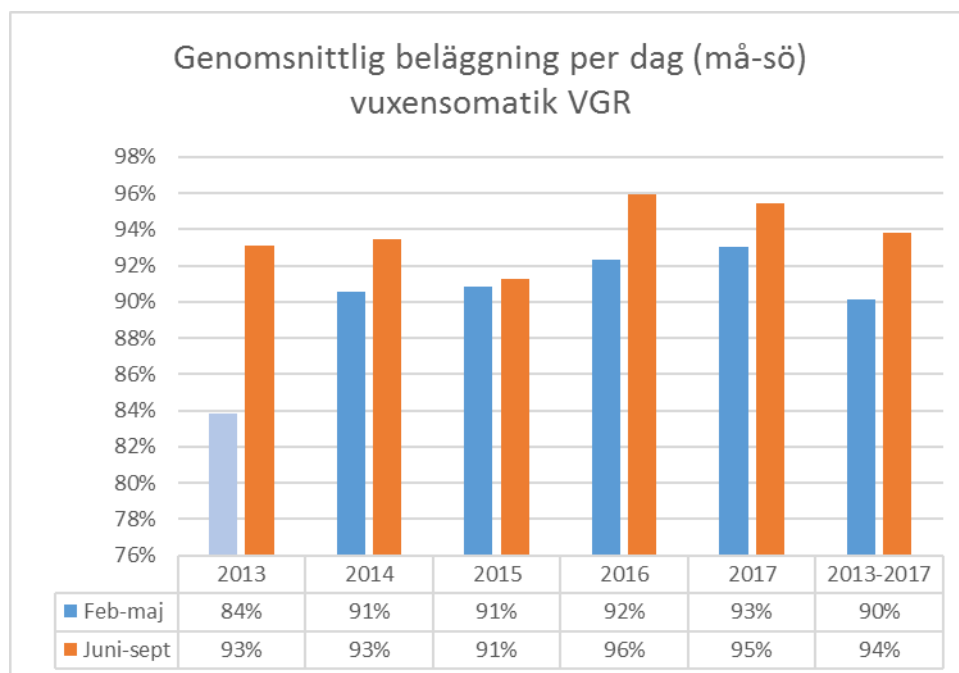
Eftersom belägningsgraden om den är stadigvarande kan ha återverkningar på uppkomst av vårdskada under längre perioder än när den uppkommer är det svårt att jämföra korta perioder. I analysen av belägningsgradens påverkan på vårdskadeförekomsten blir detta trender tydliga först när man ser på utvecklingen över tid av den genomsnittliga belägningsgraden och vårdskadeförekomsten i löpande perioder om flera månader. För att undersöka om förekomsten av vårdskador ändrar sig under sommarperioden, när belägningsgraden ökar kraftigt, jämfört med under mer stabila perioder som vårperioden har jämförelser gjorts här mellan perioderna februari-maj (vårperiod) och juni-september (sommarperiod).

Analys visar att andelen vårdtillfällen med vårdskada är högre under sommarperioderna (juni-september) än vårperioderna (februari-maj) 2013 till 2016. 2017 avviker från detta mönster. Någon förklaring, annan än slumpen, föreligger inte i skrivande stund. Man kan i diagrammet nedan se att andelen vårdtillfällen med skada under vårperioderna har ökat stadigt 2014 till 2017, medan andelen vårdtillfällen med vårdskada under sommarperioderna har minskat stadigt under samma period. Detta kan vara uttryck för en allt mer ansträngd vårdssituation med minskade antal disponibla vårdplatser genom åren (minskning med cirka 400 vårdplatser under 2013 till 2017) med åtföljande ökning av belägningsgraden under vårperioderna. Inför somrarna har förbättringarna startat tidigare och med mer intensiva och målinriktade insatser för att säkerställa personaltillgång och att personalen används mer ändamålsenligt (t ex genom work-shifting, ändring av rondrutiner, införande av vårdplatser/avdelningar med utskrivningsklara patienter) samt ledningens ökade närvaro och stöd kan ha bidragit till att vårdskadeförekomsten under sommarperioderna har minskat. Sammantaget över perioden 2013 till 2017 ses en ökad förekomst av vårdskador under sommarperioderna jämfört med vårperioderna. Belägningsdata för motsvarande perioder ger stöd för att ökad belägningsgrad

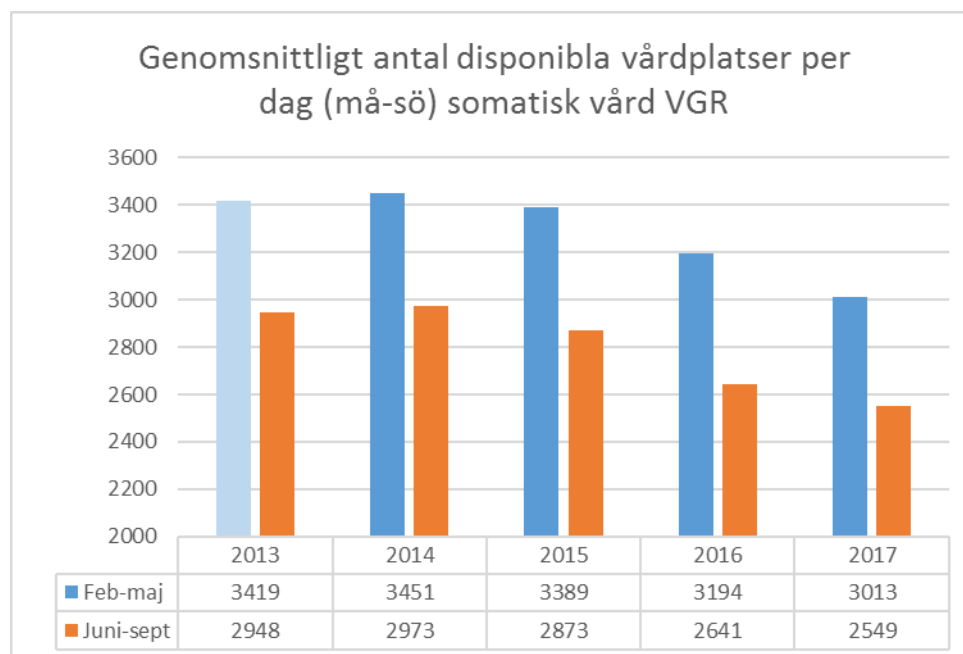
under sommarperioderna bidrar till ökningen av vårdskadeförekomsten. Under 2013 till 2017 har också antalet disponibla (öppna) vårdplatser stadigt minskat. Om vårdtidernas längd samtidigt minskat för majoriteten av patienter där vårdskador inte upptäckts finns en uppenbar risk att de vårdskador som trots allt uppkommit inte manifesterar sig förrän efter utskrivning och därför inte upptäcks med den aktuella granskningsmetoden. Antalet uppkomna vårdskador kan därför vara underskattade vilket skulle motivera att granskningen omfattar en tid efter utskrivning. I VGR-materialet framkommer inte att andelen vårdtillfällen med korta vårdtider (2-3 dagar) där ingen skada identifierats har ökat.



Figur 6. Andel vårdtillfällen med vårdskada (viktade) under vår- respektive sommarperioderna 2013 till 2017 i somatisk slutenvård av vuxna i VGR.



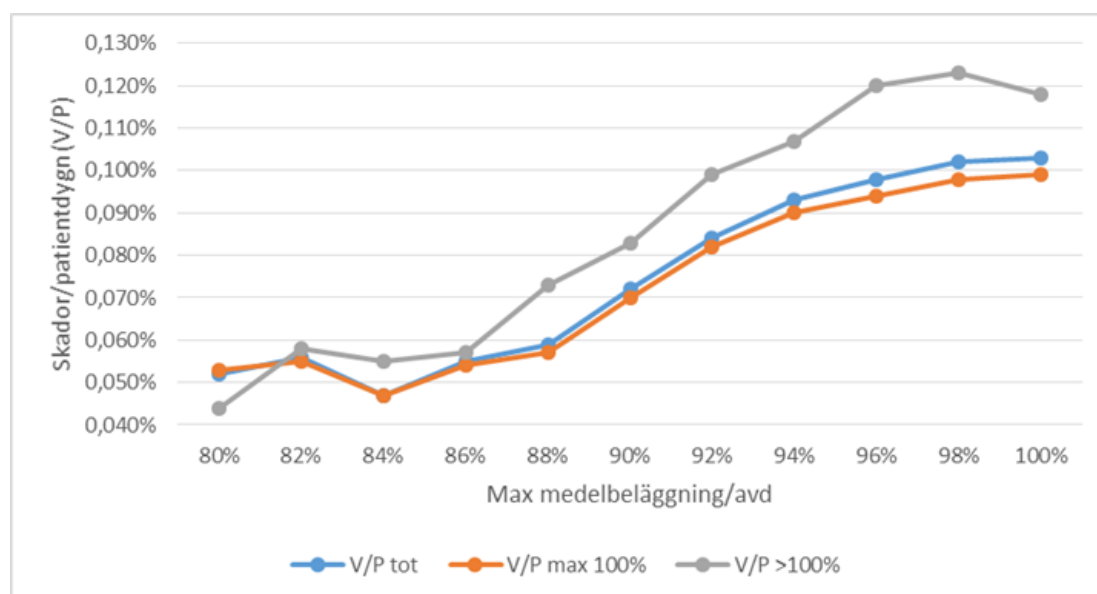
Figur 7. Genomsnittlig beläggningsgrad under vår-respektive sommarperioderna 2013 till 2017 inom somatisk vård i VGR. Data för våren 2013 (ljusblå stapel) är osäkra eftersom inmatningen i beläggningsdatabasen inte var igång vid alla enheter förrän i april 2013. Källa: VS-databasen via Cognos (uttag 180825).



Figur 8. Utveckling av tillgång till disponibla vårdplatser⁴ under vår- respektive sommarperioderna 2013 till 2017. Vårperioden 2013 är osäker på grund av ofullständig inrapportering av data i databasen under jan-mars det året. Källa: VS-databasen via Cognos (uttag 180825).

Skadeförekomsten samvarierar med belägningsgraden

I en studie över skaderapporteringen i avvikelshanteringssystemet och medelbelägningsgraden på individuella vårdavdelningar över en 9 månadersperiod sågs en ökning av skaderapporteringen med ökad belägningsgrad ("[Överbeläggningar och rapporterade skador i Västra Götalandsregionen 2012-2013](#)"). Studien ger stöd för hypotesen att vårdskadorna ökar med ökad medelbelägningsgrad, och att de ökar redan när medelbeläggningen på individuella avdelningar överstiger 86 %.

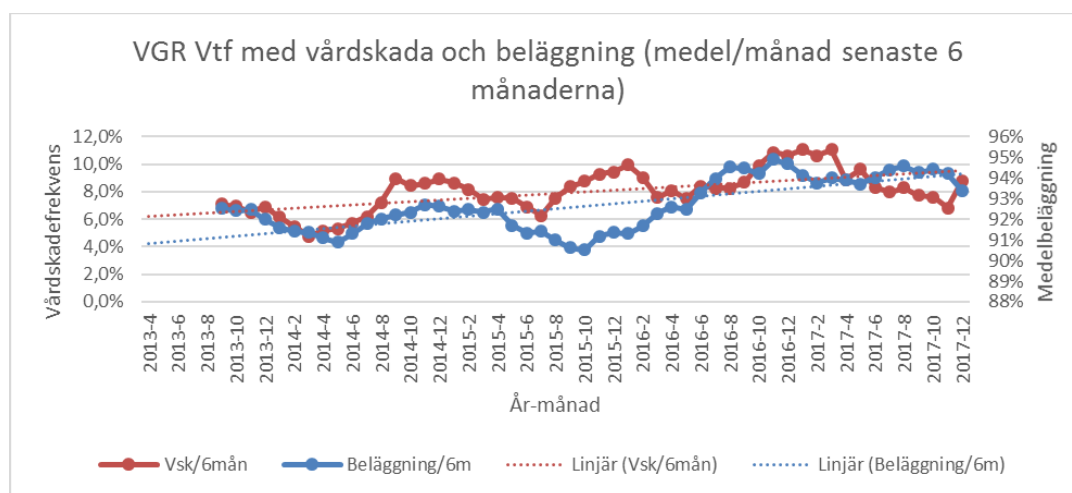


Figur 9. Skador per 100 patientdygn (%) för avdelningar vid olika maximala medelbeläggningar över en 9-månadersperiod. Den blå linjen visar skadefrekvensen vid alla dagar oavsett om överbeläggning förekommer eller inte. Den orangea visar skadefrekvensen vid dagar utan överbeläggning (max 100 % belägningsgrad). Den grå linjen visar skadefrekvensen vid dagar med överbeläggning (belägningsgrad >100 %). Bilden är hämtad ur [studierapporten](#) som finns på VGRs [vårdgivarwebb](#).

⁴ Definitionen i [Socialstyrelsens termbank](#) tillämpas för vad en [disponibel vårdplats](#) är.

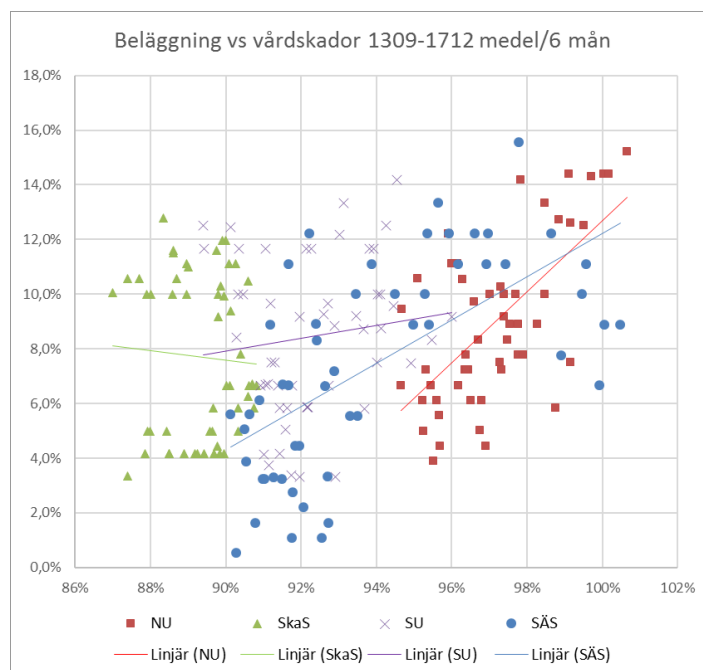
En rimlig tolkning av resultaten är att vid låga genomsnittliga beläggningsgrader över tid medför överbeläggningar inte någon betydande ökad risk för uppkomst av skada, eftersom personalen har tillräcklig kapacitet för att klara tillfälliga ansträngningar (s k resiliens). Vid högre medelbeläggningsgrader över tid ökar skadefrekvensen vilket bland annat sannolikt beror på att personalens kapacitet överskrids så att de inte längre förmår att ge vård med samma höga patientsäkerhet.

Ett eventuellt samband mellan vårdskadeförekomst enligt MJG-mätningen och medelbeläggning per individuell månad ger inte intrycket av någon uppenbar samvariation. Sannolikt beror det på att den statistiska spridningen av mätdata är för stor i ett så begränsat tidsfönster för VGR:s del. Om medelvärden över tid (6 månader) beräknas av vårdskadeförekomsten per månad och beläggningsgraden per månad jämnas spridningseffekterna ut och en samvariation blir då tydlig.

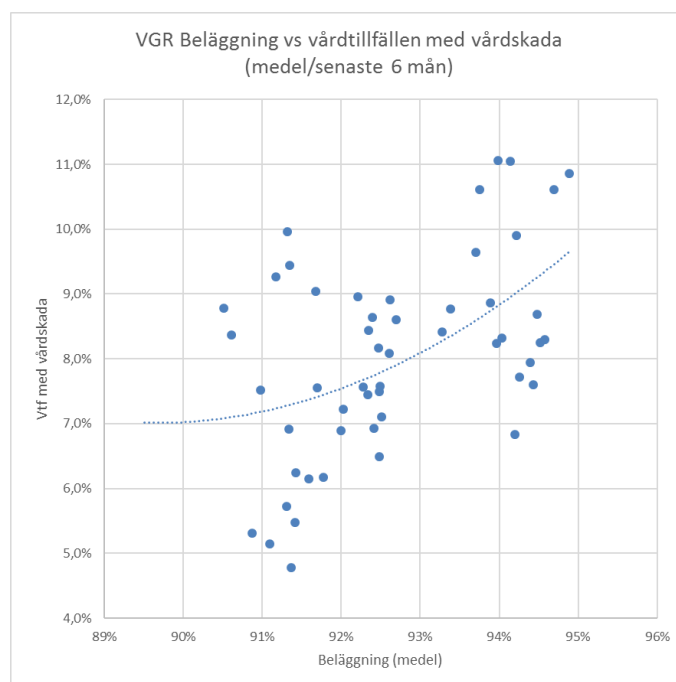


Figur 10. Utveckling av den genomsnittliga förekomsten av vårdskador per månad de senaste 6 månaderna vid en viss månad (röd punkt) respektive medelbeläggningsgraden per månad de senaste 6 månaderna (blå punkt).

Data ger ytterligare stöd för hypotesen att en högre medelbeläggning medför en ökad förekomst av vårdskador. På SkaS som hade beläggningsgrader på max 90 % ses ingen sådan samvariation, medan den blir starkare på sjukhus med stigande medelbeläggningar. SU som hade medelbeläggningar mellan cirka 90 % till 96 % har en svag lutning uppåt, med stigande lutning på SÄS som hade medelbeläggningar mellan cirka 90 % till dryga 100 % och brantast lutning på NU som hade medelbeläggningar mellan cirka 94% och 101 %. Dessa resultat är samstämmiga med den citerade studien ovan i det att vid medelbeläggningar på max 90 % ses ingen ökning av vårdskadeförekomsten, och de vårdskador som uppkommer vid dessa nivåer har sannolikt andra orsaker än en hög beläggning.



Figur 11. Relationen mellan beläggningsgrad (x-axeln) och vårdskadefrekvensen (y-axeln). Varje punkt motsvarar medelvärdet av de senaste 6 månaderna i en viss förvaltning/sjukhus. Ingen viktning har gjorts eftersom det är individuella sjukhus som visas. Kungälv's sjukhus och Alingsås lasarett har inte tagits med eftersom deras vårdproduktion är relativt liten i jämförelse med de andra sjukhusen i regionen.



Figur 12. Samvariation mellan medelbeläggningsgraden per månad de senaste 6 månaderna i VGR och den genomsnittliga andelen vårdtillfällen med vårdskada per månad de senaste 6 månaderna (beräknat på viktade data). Vid 90 % beläggningsgrad nås extrapolerat efter VGR:s förhållanden en vårdskadenivå på i det närmaste 7,0 %, vilka huvudsakligen beror på andra faktorer (t ex arbetssätt och kompetens) än hög beläggningsgrad och överbeläggningar.

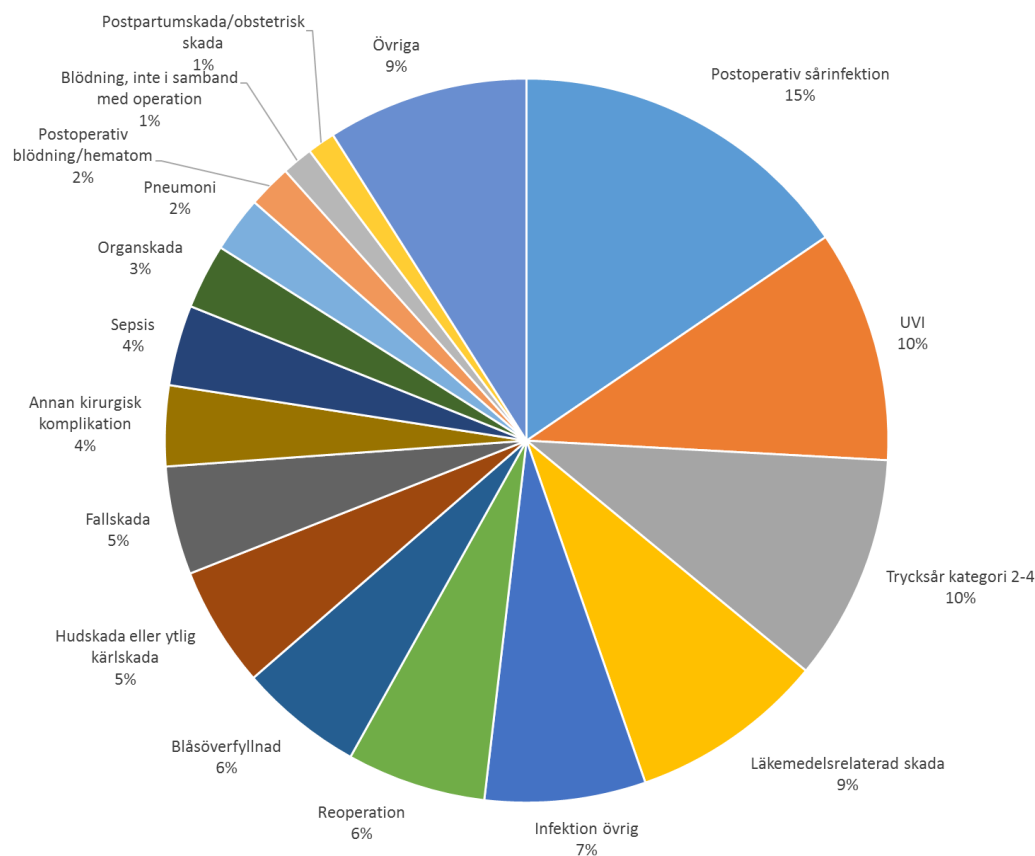
Resultaten ger starkt stöd för strategin att på avdelningar med medelbeläggningar över tid (6-9 månader) som överstiger 90 % bör man i första hand inrikta sig på att minska överbeläggningar och beläggningsgraden i syfte att minska vårdskadorna. Vidare ger den stöd för strategin att man på avdelningar som har en medelbeläggning över tid på max 90 % bör utveckla arbetssätten för att

minska uppkomsten av vårdskada. Detta är en logisk strategi. Det betyder inte att man på avdelningar med hög belägningsgrad inte ska arbeta med andra faktorer i syfte att vara proaktiv. Det bör dock ske med medvetenhet om att förutsättningarna för att ett sådant arbete ska bli framgångsrikt sannolikt inte är lika gynnsamma.

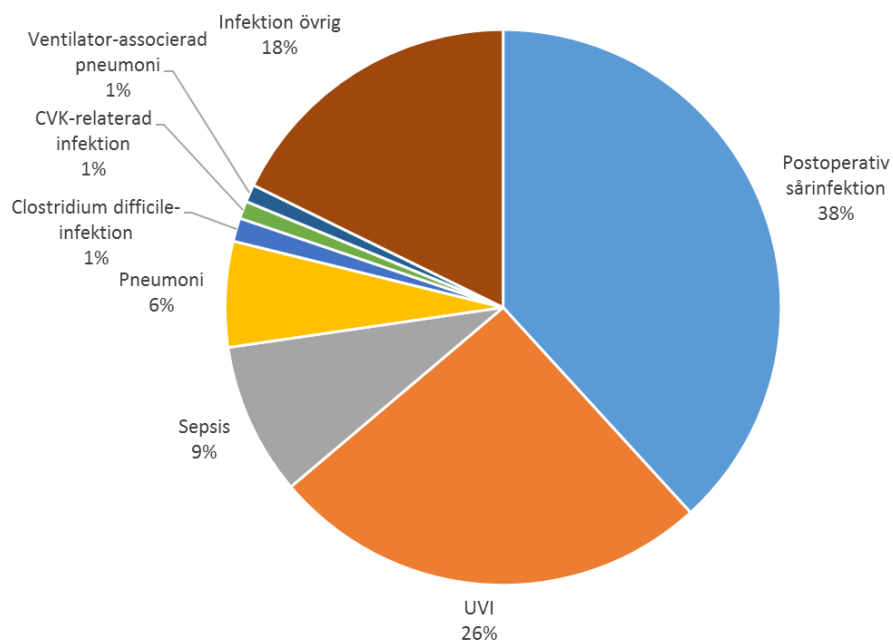
Ökningen av vårdskador som har koppling till omvårdnad kan ha stannat av

Sammanlagt upptäcktes 1162 skador i hela materialet (2013–2017). Av dessa bedömdes 723 som vårdskador. Om dessa viktas och extrapoleras betyder att cirka 66 % av de skador som uppkom inom den somatiska slutenvården av vuxna var undvikbara, d v s utgjordes av vårdskador.

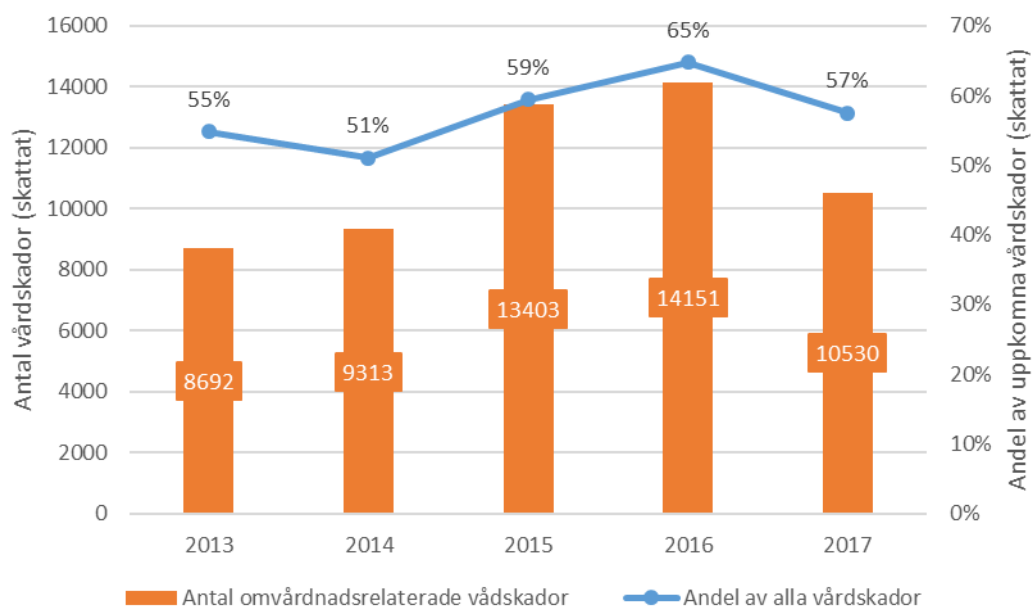
De vanligaste vårdskadorna som uppkom var vårdrelaterade infektioner (44 %), trycksår (9 %), läkemedelsrelaterade skador (8 %), reoperation (5 %), blåsöverfyllnad (6 %) och fallskador (5 %). Dessa utgör sammanlagt cirka 75 % av vårdskadorna. Några av skadetyperna har särskild koppling till omvårdnad: UVI (12 %), postoperativa sårinfektion (19 %), trycksår (9 %), läkemedelsrelaterad skada (8 %), blåsöverfyllnad (6 %) och fallskada (5 %). Antalet och andelen omvårdnadsrelaterade vårdskador utgjorde 2017 nästan 60 % av de uppkomna vårdskadorna.



Figur 13. Skattad fördelning av de vanligaste vårdskadetyperna inom somatisk slutenvård av vuxna i VGR 2013 till 2017.

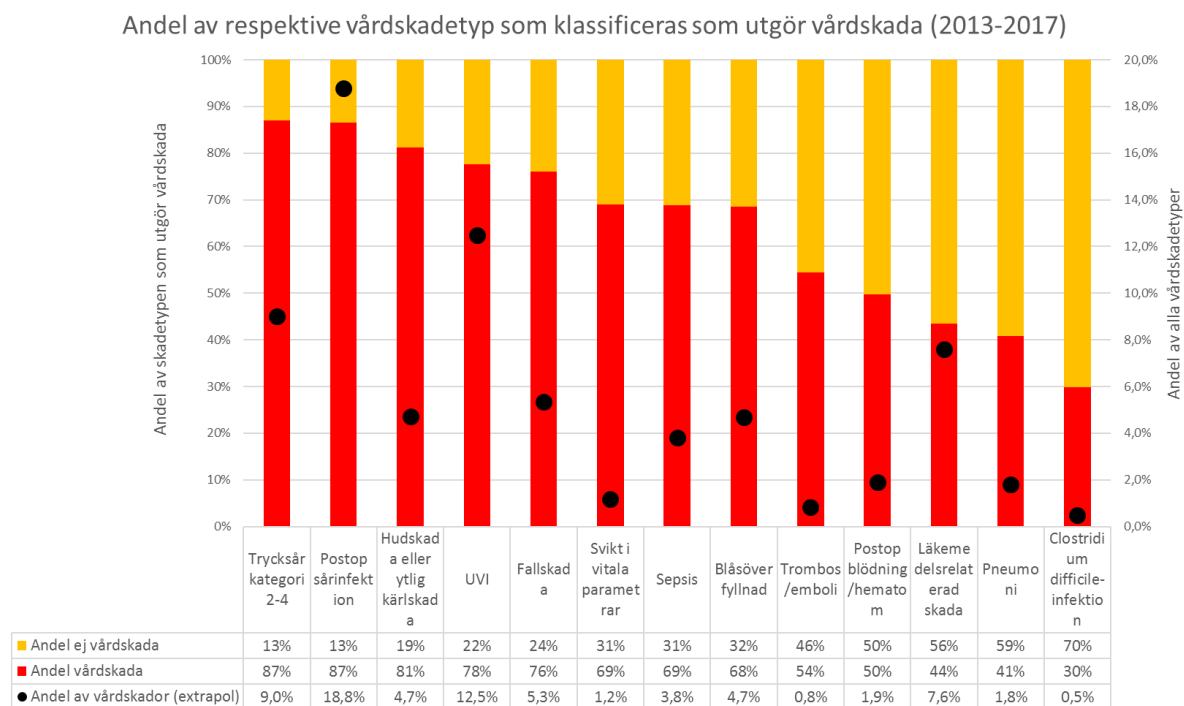


Figur 14. Skattad fördelning av inträffade vårdskador inom gruppen vårdrelaterade infektioner i VGR 2013–2017.



Figur 15. Förekomst (antal och andel) av vårdskador som har koppling till omvårdnad (postop sårinfektion, urinvägsinfektion, läkemedelsrelaterad skada, fallskada, trycksår och blåsöverfyllnad). Beräkningarna baseras på skattad förekomst av vårdskador i VGR efter viktning och extrapolering.

Andelen skador som bedömts som vårdskada varierar betydligt mellan olika skadetyper/-grupper. Störst undvikbarhet bedömdes trycksår och postoperativa sårinfektioner ha där 87 % bedömdes som undvikbara. Urinvägsinfektioner och fallskador var i hög grad undvikbara (76–78 %). Undvikbarheten bland omvårdnadsassocierade vårdskador var lägst för läkemedelsrelaterade skador (44 %).



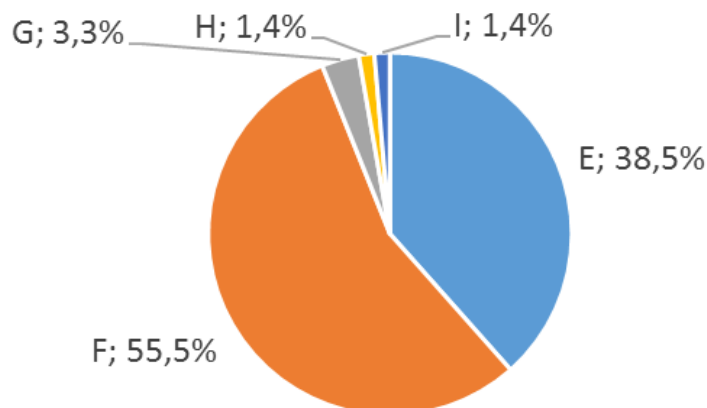
Figur 16. Undvikbarhet hos ett urval av vårdskadetyper i VGR 2013–2017 (viktade (baserat på viktade och extrapolerade skattningar). Sammantaget bedöms 62 % av uppkomna skador på patient som vårdskador.

Över hälften av vårdskadorna bidrog till allvarliga konsekvenser för patienterna

Under perioden 2013–2017 var cirka 93 % av skadorna av övergående art (kategori E-F; se figurtext nedan för förklaring). Cirka 55 % av skadorna krävde utökad vård eller livsuppehållande insatser (F och H). Andelen skador som bidrog till att patienten avled (I) kan uppskattas till cirka 1 %. Detta motsvarar vid extrapolering att cirka 1100 patienter i VGR mellan 2013 och (denna siffra ska tas med en mycket stor nypa salt eftersom den utgör en extrapolering baserad på endast 10 funna skador under hela perioden!!!). Patienterna som avled var 69 till 93 år gamla (medel/median 81 år; 7 st var minst 80 år gamla). Att en vårdskada har klassats som allvarlighetsgrad I betyder att den kan ha bidragit till döden, men inte nödvändigtvis har orsakat den. Det är inte möjligt att direkt översätta allvarlighetsgraderna E-G till den 4-gradiga skalan (lindrig-måttlig-betydande-katastrofal)⁵ eller till den juridiska definitionen av allvarlig vårdskada, enligt patientsäkerhetslagen. Allvarlighetsgraderna H (livsuppehållande åtgärder) och I (död) är att ses som betydande-katastrofala, och ses hos en mindre andel, cirka 3 %, av vårdskadorna. Allvarlighetsgraden G betyder att skadan var permanent, men säger inget om hur omfattande skadan var eller vilken grad av funktionsnedsättning den medförde. Det går inte att avgöra hur stor andel av dessa skador som kan klassas som allvarliga enligt patientsäkerhetslagens definition. Denna kategori kan därför inte ingå i bedömningen av stor andel av skadorna som kan klassas som allvarliga enligt patientsäkerhetslagen. Denna grupp omfattar endast cirka 3 % och är därför inte så betydande (även om den inte heller är helt obetydlig, inte minst för de drabbade patienterna). När det gäller kategori F som resulterade i utökad vård går det inte direkt att avgöra hur många av skadorna som bidrog till ett väsentligt utökad vårdbehov, vilket utgör en av definitionerna i patientsäkerhetslagen på allvarlig skada. Här görs antagandet att alla skador som klassats som F fick en väsentlig förlängning av vårdtiden och därför utgör allvarliga skador. Med detta resonemang kan man hänföra kategorierna F, H och I till gruppen allvarliga vilka tillsammans utgör cirka 58 % av alla vårdskador under 2013–2017.

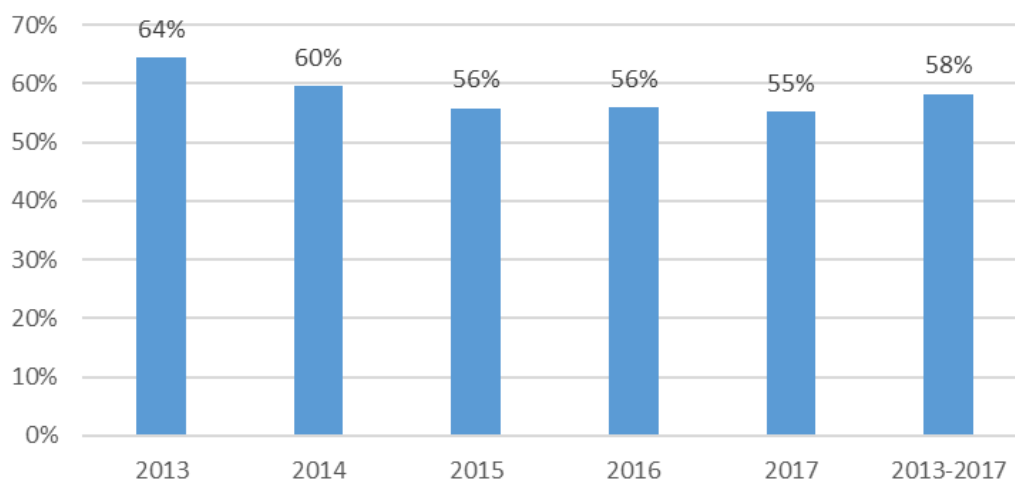
⁵ Enligt den kategorisering som används av Dept Vet Affairs (USA), se [Handboken för riskanalys och händelseanalys](#)

Allvarlighet hos vårdskador VGR 2013-2017 (viktat)



Figur 17. Allvarlighetsgrad hos vårdskador i VGR 2013 till 2017. E: Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde åtgärd; F: Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde vård; G: Bidrog till eller orsakade permanent skada; H: Krävde livsuppehållande åtgärder; I: Bidrog till patientens död. Fördelningen baseras på viktade beräkningar.

Andel allvarliga (F, H och I) vårdskador i VGR (skattat)



Figur 18. Andel allvarliga (kategori F, H och I) vårdskador (viktat) 2013–2017 av samtliga vårdskador.

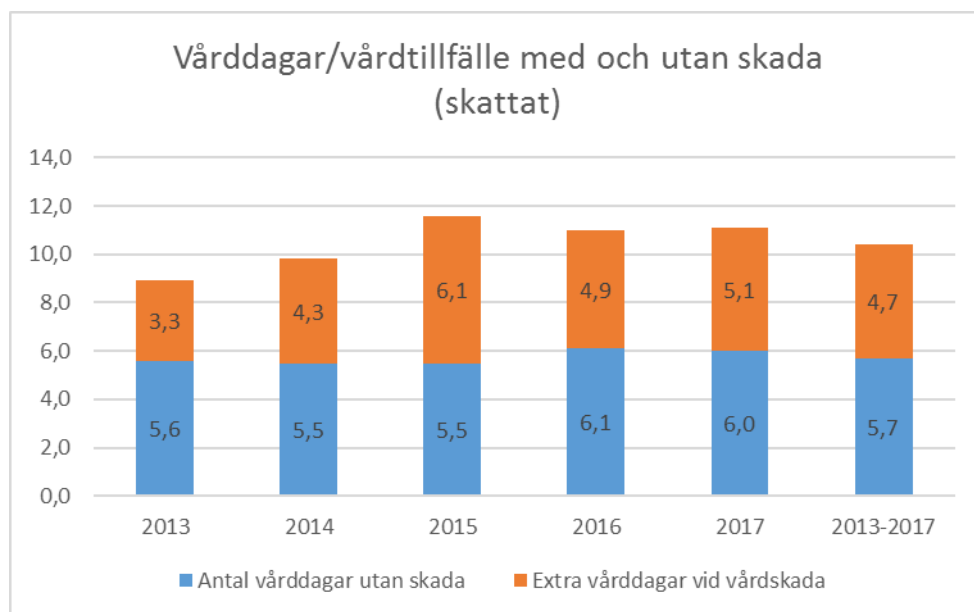
Antalet uppkomna allvarliga vårdskador i VGR kan uppskattas till cirka 51 000 (viktning baserad på 421 funna vårdskador), vilket uppskattningsvis motsvarar nästan lika många patienter. Uppkomsten av allvarliga vårdskador (kategori F, H och I) uppvisar en tendens till minskning mellan 2013 och 2017. I snitt uppskattas 58 % av de uppkomna vårdskadorna ha varit allvarliga. För 2017 kan antalet uppkomna allvarliga vårdskador uppskattas till cirka 11 000. Denna siffra baseras på 75 funna skador under 2017 som av granskningsteamet bedömdes som undvikbara och allvarliga. Denna siffra är oförändrad jämfört med 2016. De kan därför preliminärt betraktas som skador som ska föranleda en noggrann utredning, enligt patientsäkerhetslagen (3 kap 3 §), med syftet att bidra till ett ökat lärande om vilka faktorer i verksamheterna som bidragit till att skadorna uppkom och utgöra underlag för förändringar som medför att patientsäkerheten stärks. Vårdskador som klassas som F-I (G inkluderas men bör förstås avse permanent skada som inte är ringa) bör därför registreras i avvikelshanteringssystemet så att de utreds. Förutom att utgöra underlag för lärande och

verksamhetsförbättring kan en del av vårdskadorna föranleda Lex Maria-anmälningar. För 2013 till 2017 skulle det innebära ytterligare cirka 80 anmälningar årligen i VGR (SU ca 25, NU ca 20, SkaS ca 10, SÄS ca 15 extra anmälningar utöver de som gjordes) utöver de 279 (suicid exkluderade) som gjordes⁶. Det bör understrykas att det är ansvariga verksamheter där vårdskadan ägde rum och handlades som ska genomföra utredningen och bedöma skadans allvarlighet och undvikbarhet, samt tillsammans med chefläkare avgöra utredningens omfattning och om en Lex Maria-anmälan ska göras.

Granskningsteamets bedömning kan därför komma att ändras och utgör därför egentligen en form av screening.

Vårdtiden är dubbelt så lång och i snitt drygt 5 dagar längre vid skada

Den genomsnittliga vårdtiden för patienter utan skada i VGR under 2013–2017 baserat på data från MJG låg på 5,9 dagar. För patienter där skada uppkom ökade den i genomsnitt med 6,1 dagar till i genomsnitt 12,0 dagar. Under 2017 var den genomsnittliga vårdtiden för patienter med skada 12,8 dagar, att jämföras med 6,2 för patienter utan skada, d v s skador tycks medföra en förlängning av vårdtiden med i snitt 6,6 dagar. Om detta är representativt för samtliga vårdtillfällen under 2017 motsvarar det en sammanlagd extra vårdkonsumtion för patienter med vårdskada på drygt 103 000 vård dagar, vilket motsvarar cirka 280 patienter/dag. Man kan därför uppskatta att patienter med vårdskada upptog cirka 280 vårdplatser extra dagligen i VGR under 2017. Om man gör antagandet att ökningen av vårdtidslängden vid skada har ett direkt orsakssamband med uppkomst av skada innebär det att 280 av de vårdplatser som användes dagligen under 2017 hade kunnat användas för annan mervärdeskapande vård för ytterligare cirka 15 700 patienter om inga vårdskador hade uppkommit.



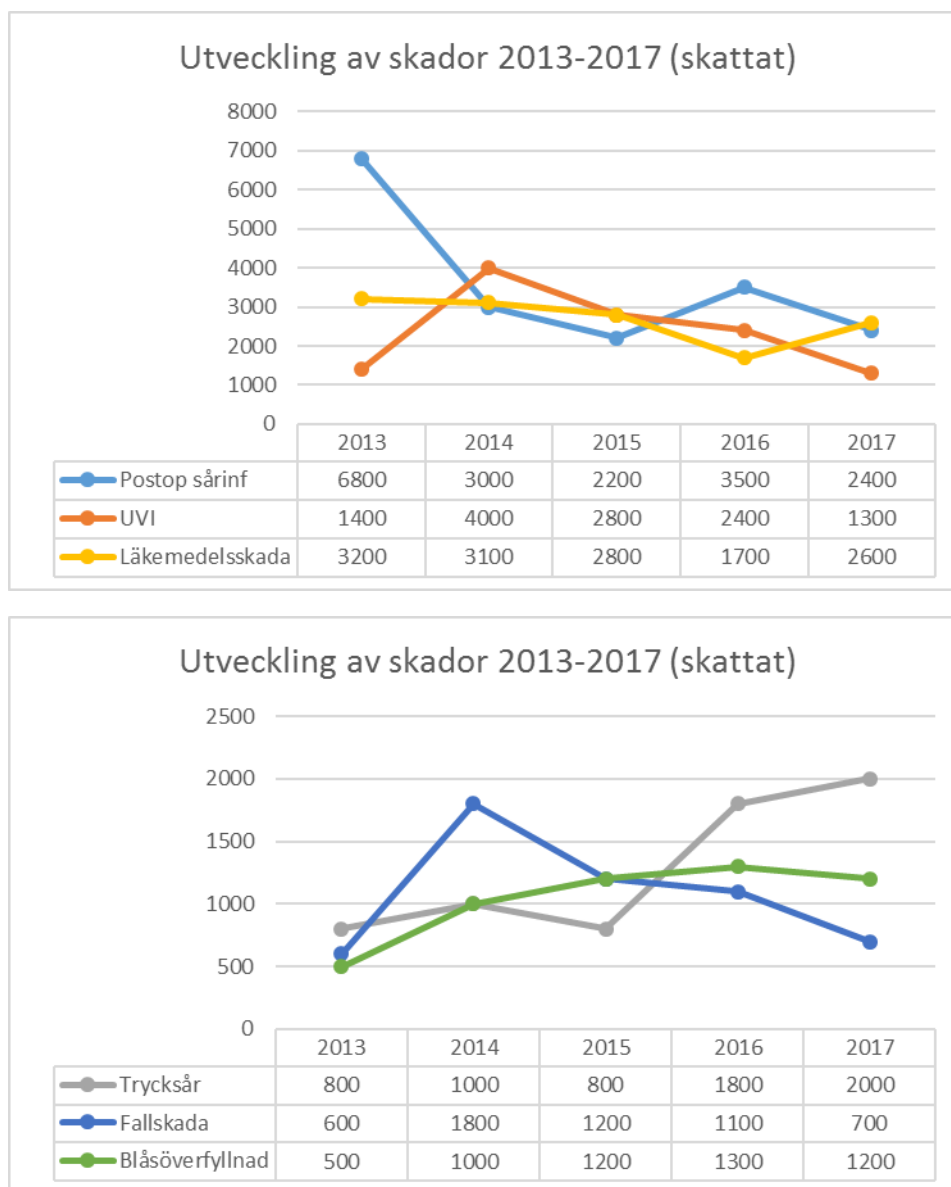
Figur 19. Skattning av den genomsnittliga vårdtiden (dagar) med och utan skada.

Några av skadetyperna har ökat under 2013–2017

På grund av det begränsade underlaget blir det vanskligt att skatta utvecklingen av individuella vårdskadetyper. De diagram som visas med ska därför inte tas för exakta, utan de visar bara hur utveckling ser ut om man gör ett försök till skattning. För trycksår och blåsöverfyllnad är trenderna i stort sett uppåtående varför slutsatsen bör kunna dras att dessa vårdskadetyper faktiskt ökat. UVI ser ut att kunna ha minskat som vårdskadetyper (observera att det här rör sig om skador som bedömts som undvikbara och alltså inte omfattar alla VRI-er inom typen). Detta kan förklaras av en minskad

⁶ Patientsäkerhetsberättelse för Västra Götalandsregionen avseende 2017, sid 28

användning av urinkatetrar, vilket dock kan ha skett till priset av fler fall med skador på urinblåsa till följd av blåsöverfyllnad.



Figur 20. Utvecklingen av de vanligaste skadetyperna (undvikbara och ej undvikbara) under 2013–2017. Det skattade antalet (viktade och extrapolerade) skador i regionen visas.

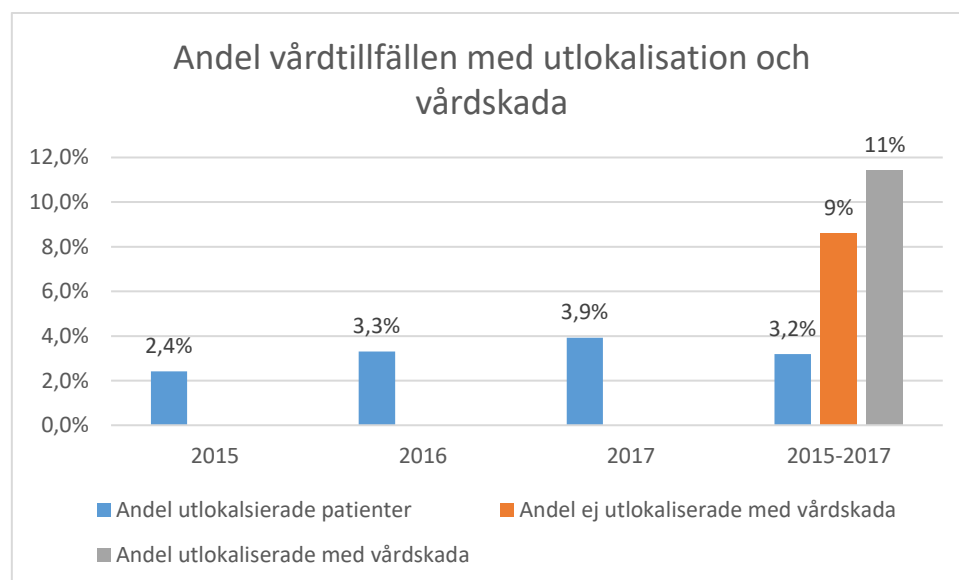
De vårdskadetyper som beskrivs ovan och som tillhör de vårdskadetyper som dominerar är i betydande grad omvårdnadsrelaterade. Under perioden 2013–2017 har belägningsgraden ökat till nivåer som vi vet medför ökad förekomst av vårdskador. Anledningen till den höga belägningsgraden är ett stort vårdbehov i kombination med ett otillräckligt antal disponibla vårdplatser⁷ som i sin tur är en följd av bristande bemanning främst avseende omvårdnadspersonal (sjuksköterskor och undersköterskor). Den slutsats som måste dras är att det alltså inte finns tillräckligt med personal som arbetar patientnära och som på ett adekvat sätt kan säkerställa omvårdanden av patienter som får sluten vård vilket bidrar till att vårdskador uppkommer. Det är viktigt att understryka att den personalstyrka som finns gör ett så gott arbete de kan men att de hinner inte med allt som måste göras. Den tidsbrist som uppkommer medför också att personalen tvingas utföra arbetsmoment snabbare (ökad effektivitet) vilket kan ske på bekostnad av följsamhet

⁷ Socialstyrelsens termbank för disponibel vårdplats: vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö

till goda arbetssätt/rutiner (noggrannhet; den s k ETTO-principen: effectiveness-thoroughness trade-off), något som inte heller det personalen kan lastas för. De goda arbetssätt som finns är dessutom inte alltid kända på grund av att kompetensen hos personalen inte utvecklas och säkerställs, även det på grund av otillräcklig bemanning och tidsbrist. För att minska uppkomsten av de vanligaste vårdskadorna behöver därför insatser i första hand göras inom områdena bemanningsstruktur och kompetenssäkring. Detta bör lösas för att man också ska kunna arbeta mer effektivt med att utveckla sina arbetssätt lokalt så att det resulterar i en högre kvalitet på vården och en starkt patientsäkerhet. Säkrandet av goda arbetssätt inkluderar bland annat att kunskapen om vilka rutiner som finns och följsamheten till dessa säkerställs, bland annat genom implementering av Vårdhandboken och träning av personalen i hur rutinerna ska följas.

Utlokalisering är förknippat med ökade vårdskador i VGR

Sedan 2015 anges vid MJG om patienten under vårdtillfället varit utlokaliserad. Skattningarna är vanskliga på VGR-nivå på grund av det mycket begränsade underlaget. Den skattning som gjordes förra året baserades på mätningar under två år, 2015–2016, och gav då inget stöd för uppfattningen att utlokalisering medför ökad risk för vårdskada. Om 2017 års mätning inkluderas erhålls ett större underlag och det visar då att andelen vårdtillfällen med vårdskada är högre vid utlokalisering jämfört med om utlokalisering inte skett.



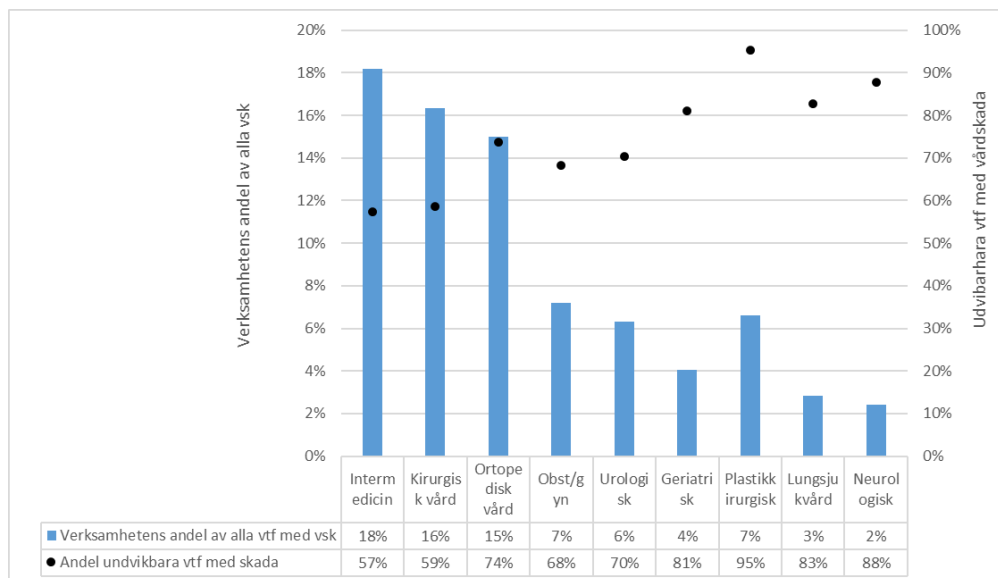
Figur 21. Andel vårdtillfällen med vårdskada med och utan utlokalisering (skattat baserat på viktning).

Utlokalisering⁸ är ett begrepp som är svårt att tillämpa eftersom det ställer krav på kunskap om kompetensen vid den enhet där patienten vårdas. I de flesta fall bedöms en patient vara utlokaliserad på organisatoriska grunder trots att patientens behov av omvårdnad och medicinska ställningstaganden är tillgodosedda. Många utlokaliseringar som görs sent under ett vårdtillfälle är ofta av det senare slaget, medan utlokaliseringar i akutskedet sannolikt inte i samma utsträckning tillgodoser patientens behov av god vård. Vid MJG-bedömningen av utlokalisering anges inte när under vårdepisoden utlokaliseringen ägde rum och hur lång tid den varande, samt inte heller när i relation till utlokaliseringen en skada uppkom. Man bör därför se de slutsatser som dras som hypotesgenerande även om de utifrån olika resonemang ofta tolkas som slutgiltiga.

⁸ Socialstyrelsens termbank för utlokaliserad patient: inskriven patient som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten

Vårdskadepanoramat ser olika ut beroende på verksamhetstyp

Vårdskador förekommer oftast inom specialiteterna internmedicin (specialitetskod 101; 23 % av alla vårdskador som uppkommer), kirurgisk vård (kod 301; 20 %) och ortopedi (kod 311; 20 %). Av samtliga skador som uppkommer inom respektive specialitet är andelen som utgörs av vårdskador som störst inom ortopedin med 74 %, medan den är 54–56 % inom intermedicin och kirurgi.



Figur 22. Fördelning av vårdtillfällen med vårdskada mellan de specialiteter där vårdskador är vanligast. Andelen av det totala antalet vårdtillfällen med vårdskada som uppkommer har skattats (viktat och extrapolerat; vänster y-axel). Andelen vårdtillfällen inom respektive specialitet där skada uppkommit och där skadan var undvikbar visas också (viktat och extrapolerat; höger y-axel).

I tabellen nedan redovisas en skattning av förekomsten av de vanligaste vårdskadetyperna inom de olika specialiteterna där de identifierats vid MJG under 2013 till 2017. Observera att det rör sig om skattningar på basen av ett mycket begränsat material varför den statistiska styrkan är svag. Siffrorna kan dock utgöra en viss vägledning vid beslutsfattande om inom vilka områden som arbete främst bör genomföras för att minska vårdskadorna. Vårdskadetyperna som visas är sådana som är avgränsade och där förbättringsarbeten som baseras på ändrade arbetssätt kan utvecklas vidare (sådana pågår säkerligen redan inom de flesta verksamheter). De som i tabellen är rödmarkerade bör prioriteras mot bakgrund av att de är relativt vanliga och utgör ett betydande problem inte bara för patienterna som drabbats utan också genom att de genererar ökade vårdtider och därmed tränger undan vård för andra patienter och bidrar till hög belägningsgrad som i sin tur ökar risken för uppkomst av vårdskador (här uppstår negativa spiraler). Prioritering inom en specialitet kan också göras med hänsyn till hur olika skadetyper påverkar vårdtidens längd, vilket redovisas nedan.

Specialitet	Speckod	Alla vårdskadetyper	VRI (allia)	Postop sårinf	UVI	Trycksår kategori 2-4	Läkemedelsrelaterad skada	Blåsoverfyllnad	Fallskada
Internmedicinsk vård	101	3950	1460	70	510	680	460	190	240
Kirurgisk vård	301	3570	1260	630	170	170	320	220	70
Ortopedisk vård	311	3400	1430	800	340	290	270	240	220
Obstetrisk och gynekologisk vård	451	870	440	220	170	20	50	50	20
Urologisk vård	361	750	460	170	170	0	20	20	50
Infektionssjukvård	121	730	320	50	50	100	120	70	20
Geriatrisk vård	241	650	290	100	70	150	100	0	0
Plastikkirurgisk vård	351	610	360	320	20	0	0	0	20
Lungsjukvård	111	440	20	0	0	150	0	50	50
Neurokirurgisk vård	331	360	120	20	50	0	0	0	20
Neurologisk vård	221	360	190	0	100	120	0	0	0
Öron-, näs- och halssjukvård	521	340	170	150	20	0	20	20	20
Onkologisk vård, allmän	741	220	70	0	50	0	0	0	50
Medicinsk njursjukvård inkl dialys	151	220	50	0	0	0	50	50	20
Kardiologisk vård	231	220	20	0	0	0	50	20	0
Thoraxkirurgisk vård	341	150	70	50	0	0	0	0	20
Kardiovaskulär medicin	107	100	70	0	20	0	0	20	0
Hud- och könssjukvård	211	100	70	50	0	0	0	0	0
Rehabiliteringsmedicinsk vård	551	100	50	0	20	0	0	0	0
Kärlkirurgisk vård	304	70	20	20	0	0	0	0	0
Akutklinik	100	50	0	0	0	50	0	0	0
Hematologisk vård	108	50	20	0	20	0	20	0	0
Stroke	109	50	0	0	0	20	20	0	0
Handkirurgisk vård [321]	321	50	20	0	20	0	20	0	0
Ögonsjukvård [511]	511	50	50	50	0	0	0	0	0
Intagnings-/Akutverksamhet (C)	46	20	0	0	0	20	0	0	0
Gastroenterologi [105]	105	20	0	0	0	0	0	0	0
Endokrinologi	161	20	20	0	0	0	0	0	0
Onkologisk vård, gynekologisk	751	20	20	20	0	0	0	0	0
Alla	<>	17540	7110	2720	1820	1770	1530	970	850

Tabell 2. Skattning av uppkomst av de vanligaste vårdskadetyperna inom de olika specialiteterna under per år (baserat på 2013–2017).

Olika vårdskadetyper inverkan på vårdresursanvändningen

Vårdresursanvändningen återspeglas främst i form av vårdtiden. Olika skadetyper medför en förlängning av vårdtiden och förlängningen är bland annat beroende av skadetyper och inom vilken specialitet den uppkommer och där patienten vårdas. I tabellen nedan har en skattning gjorts av merkostnaden per år som vårdskadorna medför i Västra Götalandsregionen, samt hur många disponibla vårdplatser per dag som används för att vårda patienter till följd av vårdskador som uppkommit. Sammantaget ligger merkostnaden på cirka 600 miljoner kronor per år och cirka 200 vårdplatser inom vuxensomatisk vård upptas av patienter till följd av vårdskadorna. I VGR fanns inom vuxensomatiken 2017 i snitt 2700 disponibla vårdplatser per dag.

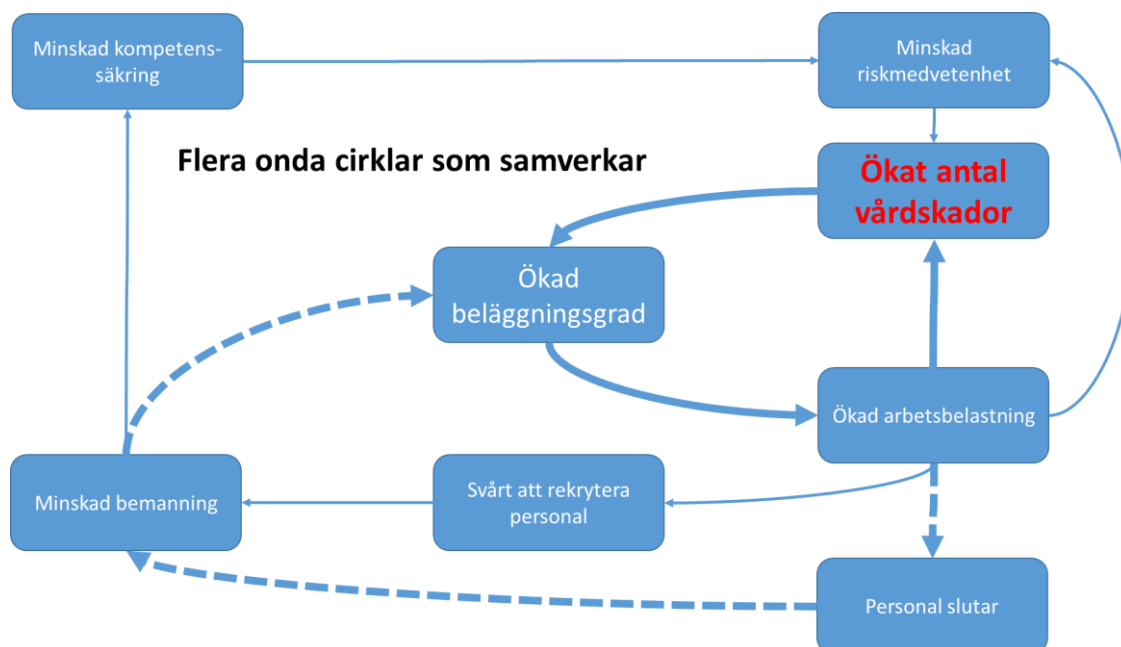
	Merkostnad (milj kr/år)	Vårdplatser/dag
Alla	610	200
VRI	290	90
Postop sårinf	90	25
UVI	90	30
Trycksår	70	30
Läkemedel	50	20
Blåsoverfyllnad	30	10
Fall	40	10

Tabell 3. Skattning av merkostnaden per år och daglig användning av vårdplatser till följd av vårdskador. Skattningen baseras på resultaten av MJG 2013-2017. Siffrorna har avrundats. På grund av det begränsade underlaget för de enskilda vårdskadetyperna finns det en betydande osäkerhet i skattningen för dessa.

Diskussion av särskilda aspekter

Vårdskador och effekter på vårdproduktionen

Antalet genomförda vårdepisoder har successivt minskat mellan åren 2013 och 2017. En bidragande faktor kan vara att patienterna vårdas under längre tid till följd av ökningen av vårdskador som i sig är associerade med en förlängning av vårdtiden. Under dessa år har också antalet disponibla vårdplatser minskat⁹, vilket innebär att fler patienter får vård i situationer när det råder överbeläggning. Om överbeläggning sker i kombination med en hög beläggingsgrad över tid medför detta i sin tur en ökad risk för uppkomst av vårdskada (se ovan). En bidragande orsak till att vårdskadorna stadigt ökat 2013 till 2016 är sannolikt den ökade beläggingsgraden som uppkommit bland annat till följd av den successiva minskningen antalet disponibla vårdplatser, vilket huvudsakligen har sin orsak i svårigheter att rekrytera tillräckligt med omvårdnadspersonal. Detta skapar loopar med negativa effekter på arbetsmiljön och svårigheter att behålla och nyrekrytera personal. Utan att förändringar görs som minskar dessa negativa faktorer kan man befara att uppkomsten av vårdskador kommer fortsätta öka, vilket ytterligare bidrar till de negativa looparna. För att råda bot på detta bör åtgärder vidtas som ser till att det finns tillräckligt med personal som har ändamålsenlig kompetens och som är utvilad inför sitt arbetspass. Här handlar det bland annat om kraftfulla insatser för att behålla den personal som finns och rekrytera och kompetenssäkra ny personal för att fylla nuvarande och framtida behov. Detta är en stor utmaning för verksamheternas chefer tillsammans med HR-organisationen. Givetvis kan andra insatser behöva göras, såsom att arbetsuppgifterna görs av personal med ändamålsenlig kompetens och att arbetssätten är effektiva samtidigt som kvaliteten i vården är god och patientsäkerheten hög. Ett sådant effektivitetshöjande arbete kan dock vara svårt att åstadkomma i verksamheter där arbetsmiljön är pressad, till följd av bland annat höga beläggingsnivåer.



Figur 23. Exempel på onda cirklar som samverkar och bidrar till att vårdskadorna ökar: ökande beläggingsgrad, minskad bemanning och minskad riskmedvetenhet.

⁹ Se [Patientsäkerhetsberättelse vårdgivaren Västra Götalandsregionen 2017](#)

Förslag till strategi för att minska vårdskador

Resultaten visar att ett fåtal väl definierade vårdskadetyper utgör majoriteten av vårdskadorna som uppkommer och där de förutom ett stort lidande för patienterna och deras närstående också tränger ut annan mervärdeskapande vård.

Baserat på analyserna bör strategin fokusera på följande verksamhetstyper och vårdskador i första hand (baserat på analysen i rapporten 2016¹⁰):

- Internmedicin: UVI, trycksår och läkemedelsrelaterade skador
- Kirurgi: Blåsöverfyllnad och läkemedelsrelaterade skador
- Ortopedi: Postoperativa sårinfektioner och trycksår
- Alla specialiteter: Fallskador

I arbetet med dessa fokusområden bör man vinnlägga sig om att implementera Vårdhandboken (Inera, u.d.) fullt ut. Vårdhandboken bör vara känd hos alla och ersätta lokala rutiner som inte är motiverade av särskilda skäl. För att öka förståelsen för det dagliga arbetet och hur det kan förbättras ("work as done") bör små tvärprofessionella (med t ex läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) analysteam skapas vid varje vårdenhet som genomför genomlysningar av hur man arbetar. I detta kan FRAM¹¹ vara en användbar metod. För att öka kunskaperna om varför vissa vårdskador uppkommer kan händelseanalyser behöva göras som ger information om var i det dagliga arbetet som ogynnsam variabilitet vanligen förekommer. Resultaten av dessa analyser bör aggregeras för sammanställning och analys (vilket med fördel kan göras i FRAM-miljö) och utgöra underlag för ytterligare förfining av strategierna. Idag saknas händelseanalyser rörande UVI, postoperativa sårinfektioner, trycksår och blåsöverfyllnad. För att stödja processen med utredningar av sådana fall bör sådana skador när de upptäcks, såväl av personalen som vid MJG, därför alltid registreras i avvikelshanteringssystemet.

Inom de tre huvudspecialiteterna bör man utöver ovanstående genomföra generella insatser för att höja personalens kompetens inom patientsäkerhet och hur man kan arbeta proaktivt. Detta kan ske genom att sprida kunskap om de vanligaste vårdskadorna och hur vårdskador kan uppkomma. Vidare kan det ske i form av bl a dagliga patientsäkerhetsronder där händelser och skador uppmärksammas genom implementering av Gröna Korset (Västra Götalandsregionen Södra Älvsborgs sjukhus, u.d.). Återkommande inslag vid APT med diskussioner kring händelseanalyser som belyser de vanligaste skadeområdena där Nitha Kunskapsbank utgör en lätt tillgänglig källa. Att ha aktiva patientsäkerhetsombud vid varje vårdenhet kan bidra till att säkerställa en hög riskmedvetenhet om händelser som inträffat och som kan inträffa som kan medföra vårdskada, s k proaktivitet.

"Varje plats är en säker plats": Eftersom de flesta vårdskadorna uppkommer i anslutning till omvårdnadsåtgärder skulle en generell kompetensökning och resursförstärkning inom de personalgrupper som berörs (t ex undersköterskor) kunna bidra till att ytterligare reducera uppkomsten av vårdskador. I detta sammanhang bör alla vårdplatser inom somatisk vuxensjukvård ha knutna till sig kompetens inom gemensamma områdena för omvårdnad och förutsättningarna förbättras så att de gynnar goda arbetssätt och en god arbetsmiljö för personalen. Utlokaliseringer kan genom detta göras till ett irrelevant begrepp (förutsatt att inga utlokaliseringer görs i det akuta vårdskedet).

För att åstadkomma en minskning av vårdskadeförekomsten måste sannolikt insatser göras som ökar tillgången till disponibla vårdplatser, alternativt som minskar behovet av slutenvård hos patienterna. Noterbart är att om alla de vårdplatser man bedömt sig behöva för att tillgodose invånarnas behov (s

¹⁰ Vårdskadeutvecklingen och vårdresursanvändningen vid vårdskador i Västra Götalandsregionen

¹¹ Funktionell resonansanalysmetod

k fastställda vårdplatser) hade kunnat hållas öppna (d v s utgjort disponibla vårdplatser) skulle medelbeläggningen hamna på cirka 90 % i samtliga förvaltningar vilket är en nivå där överbeläggningar i sig inte tycks medföra någon ökning av antalet vårdskador. Insatser kan också behöva göras som medför att utskrivningsprocessen förbättras så att patienter inte vårdas längre tid än vad som behövs utan kan övergå till t ex boende med kommunalt stöd. Sådana ansatser görs inom ramen för den s k omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen där vården i framtiden ska ges nära patienten snarare än på sjukhus. Genom den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) som trädde i kraft den 1 januari 2018 har överenskommelser slutits med kommunerna och rutiner implementerats från och med den 1 oktober 2018 som ska säkerställa att patienterna erbjuds den vårdform som är mest ändamålsenlig. Detta bedöms kunna bidra till att vårdutrymme inom slutenvården friställs så att beläggningsgraden kan minska vilket i sin tur kan bidra till en minskning av de vårdskador som orsakas av ständiga överbeläggningar.