

Patientsäkerhetsarbetet i Sverige har gett resultat

HANS RUTBERG, adjungerad professor, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet
hans.rutberg@regionostergotland.se

CHARLOTTA GRUNEWALD, docent, överläkare, kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge/Solna
ANNA SPENCER, överläkare, Palliativ vård ASIH, Malmö

En ökad kunskap om att patienter drabbas av vårdskador (undvikbara skador) i sjukvården har lett till omfattande insatser för att förbättra patientsäkerheten i Sverige. Arbetet kräver tid, resurser och ett långsiktigt tänkande. Samtidigt upplevs tid som en ständig bristvara. För att upprätthålla entusiasmen och engagemanget gäller det att förstå hur mycket som redan är gjort, men också att kunna blicka framåt.

I Institute of Medicines rapport »To err is human« framgick att 98 000 patienter i USA årligen dog på grund av medicinska felbehandlingar [1]. Rapporten ledde till att flera länder gjorde egna nationella undersökningar för att mäta skadefrekvensen och att ett flertal nationella patientsäkerhetsprogram påbörjades i västvärlden.

I Sverige väcktes intresset för frågan i början av 2000-talet, och år 2005 publicerades den första nationella handboken i händelse- och riskanalys. Några år senare publicerade Socialstyrelsen en studie där närmare 2 000 slutenvårdsjournaler granskades [2]. Studien, som ofta refererats, visade att 8,6 procent av patienterna bedömdes ha fått en vårdskada. Då resultatet extrapolerades till nationell nivå kom man fram till att drygt 100 000 patienter årligen fick en vårdskada, något som visade att problemet med bristande patientsäkerhet inte var mindre i Sverige än i andra länder, vilket också konstaterades i den statliga utredningen »Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?« (SOU 2008:117), i vilken behovet av ny lagstiftning poängterades.

Ny lag stärker patientens ställning

År 2011 trädde en ny patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) i kraft. Den tidigare lagstiftningen hade ett tydligt fokus på individens agerande, där sjukvårdspersonal kunde tilldelas disciplinpåföljd såsom varning och erinran. Syftet med patientsäkerhetslagen var att komma tillrätta med systemfel och göra arbetet med patientsäkerhet mer proaktivt genom att lägga större vikt vid förebyggande åtgärder. Fokus ändrades från individen till det system i vilket individen arbetar.

Patientsäkerhetslagen innebär att vårdgivarna fick större ansvar för att utreda vårdskador och att de har skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete genom att planera, följa upp och förbättra verksamheten. Vårdgivaren måste också informera patienter om inträffade vårdskador. Ett uttalat syfte med lagstiftningen är att stärka patientens ställning. Statens ansvar för patientsäkerhet går via Inspek-

»Antalet allvarliga vårdskador som innebar att patienten fick bestående men eller avled är betydligt lägre än vad som tidigare redovisats ...«



SERIE PATIENTSÄKERHET Detta är den första artikeln i serien.

tionen för vård och omsorg (IVO) som i dag ansvarar för tillsyn av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Arbete med mål att minska vårdskadorna

År 2007 beslutade alla Sveriges landsting och regioner att tillsammans med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) systematiskt arbeta för att minska vårdskadorna. Målet var att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner och att skapa ett system för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner.

För att ytterligare stimulera arbetet med att förbättra patientsäkerheten träffade staten och SKL under perioden 2011–2014 en överenskommelse i syfte att stärka landstingens patientsäkerhetsarbete med hjälp av ekonomiska incitament. Landsting och regioner fick under perioden totalt 2,4 miljarder kronor för att genomföra punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och trycksår. I överenskommelsen ingick även nationella patientsäkerhetskulturmätningar och mätning av skador med hjälp av strukturerad journalgranskning. Ett ytterligare mål var att minska antibiotikaförbrukningen för att minska resistensutvecklingen.

Alla handböcker och metoder som utvecklats, och de mätningar och åtgärder som gjorts, kan ses som tecken på ett ökat intresse för och en växande kunskap kring vilka faktorer som

SAMMANFATTAT

Patientsäkerhetslagen från 2011 har flyttat fokus från individsyn till systemsyn, förebyggande åtgärder och stärkt patientställning.

Antalet allvarliga vårdskador som leder till dödsfall eller bestående men är lägre än vi tidigare trott, men för övriga skador, främst vårdrelatera-

de infektioner, är frekvensen oförändrad. Tydliga regionala skillnader ses dock.

Antibiotikaförskrivningen har minskat.

Långsiktigt arbete, allas delaktighet, tillräcklig kompetens och god arbetsmiljö är förutsättningar för en förbättrad patientsäkerhet.

påverkar patientsäkerheten. Den viktigaste faktorn anses vara att utveckla ett förhållningssätt med normer och attityder hos individer och grupper som har betydelse för patientsäkerheten, det vill säga en god patientsäkerhetskultur. Alla landsting i Sverige har mätt säkerhetskultur med ett gemensamt instrument [3]. Sammanlagt har över 180 000 sjukvårdsanställda besvarat enkäten, och ett intressant fynd är att chefer skattar patientsäkerhetskulturen högre än övrig personal [4].

Engagemang från professionens sida

Ett 30-tal professionella organisationer har bedrivit ett omfattande patientsäkerhetsarbete på nationell nivå. Ett exempel är projektet »Säker förlossningsvård« där flera professionella organisationer tillsammans arbetar för att minska förlossningsskadorna hos barn, och där nu en utveckling mot färre undvikbara förlossningsskador kan skönjas [5]. Ett annat exempel är »Protesrelaterade infektioner ska stoppas«, där syftet har varit att åtminstone halvera infektionsfrekvensen efter elektiva ledprotesoperationer och där goda resultat ses lokalt [6]. Bägge projekten utvärderas nu vetenskapligt.

Ännu inga påtagliga effekter

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utvärdera patientsäkerhetskultursatsningen och har bedömt att den påskyndat utvecklingen av nya metoder, system för datainsamling och analys samt bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete inom flera områden. Socialstyrelsen bedömer att arbetet är av stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen, men konstaterar samtidigt att det ännu inte går att se några påtagliga effekter av insatta åtgärder [7].

Färre allvarliga skador och dödsfall

Som del av uppföljningen av patientsäkerhetskultursatsningen har under 2013–2014 markörbaserad journalgranskning genomförts av närmare 30 000 slutenvårdstillfällen vid landets 63 akutsjukhus i SKL:s regi [8]. Antalet allvarliga vårdskador som innebar att patienten fick bestående men eller avled är betydligt lägre än vad som tidigare redovisats i Socialstyrelsens vårdskadestudie, där en annan journalgranskningsmetod användes [2]. SKL-granskningen visar att en vårdskada inträffade vid cirka 9 procent av vårdtillfällena. Skadenivån ligger på samma nivå som i Socialstyrelsens studie. I SKL:s mätning har dock nya skadeområden tillkommit, till exempel blåsoverfyllnad, hudskada och ytlig kärlskada.

Mer än hälften av skadorna var övergående, men 44 procent ledde till förlängd sjukhusvistelse. Vårdtiden var markant längre för patienter med vårdskador, och kostnaderna för extra vård dygn beräknas till mellan 6,9 och 8,1 miljarder kronor per år. Andelen vårdtillfällen med skada ökade med patientens ålder. Några skillnader mellan könen sågs inte. Skadefrekvensen under sommarperioden juni till augusti skilde sig inte från övriga månader.

Vårdrelaterad infektion var den vanligaste typen av skada,

och om skadefrekvensen uppräknas till nationell nivå innebär det att cirka 75 000 patienter årligen drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Faktorer som förebygger vårdrelaterade infektioner

Sedan 2008 genomförs punktprevalensmätningar av vårdrelaterad infektion, och resultaten har inte förbättrats under de senaste fyra åren. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner har legat stabilt kring nio procent med en stor variation mellan landsting och sjukhus. För att undersöka om skillnader i arbetssätt kan förklara variationen valdes landsting och sjukhus med högre respektive lägre förekomst av vårdrelaterade infektioner ut för djupanalys. En kartläggning av riskfaktorer gjordes och cirka 100 medarbetare på olika nivåer intervjuades. Åtta framgångsfaktorer som bedömdes bidra till ett gott utfall identifierades [9]:

- Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla
- Hygienriktlinjer ses som självklara
- Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt
- Goda lokalmässiga förutsättningar skapas
- Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling
- Stämning ses som en viktig del
- Vårdhygien och verksamheter samarbetar tätt
- Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

Minskad antibiotikaförskrivning

Enligt Folkhälsomyndigheten har det skett en betydande minskning av antibiotikaförskrivningen i alla län under de fyra år patientsäkerhetskultursatsningen pågått. Satsningen bedöms ha lett till bättre möjligheter för de lokala Stramagrupperna att bedriva ett systematiskt påverkansarbete [10].

Sammanfattning

Hittills har patientsäkerhetsarbetet inneburit att vi i dag vet mycket mer om skadefrekvensen och skadepanoramats än tidigare och att vi även kan se en positiv utveckling inom vissa områden. För att ta tillvara medarbetarens engagemang behöver ledningen på alla nivåer verka för att det finns tillräckligt med kompetent personal och att arbetsmiljön är god.

Det strukturerade patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå har pågått under drygt 10 år men för att frekvensen vårdskador ska minska måste arbetet fortsätta över lång tid och ny kunskap om hur vårdskador uppstår behöver integreras i det nuvarande arbetet. Ett gott exempel på ett framgångsrikt och långsiktigt arbete är det svenska trafiksäkerhetsarbetet som inneburit att antalet omkomna i vägtrafiken i dag är knappt en fjärdedel av vad det var för 30 år sen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, et al, redaktörer. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Soop M, Fryksmark U, Köster M, et al. Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. Läkartidningen. 2008;105:1748-52.
3. Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2013.
4. Patientsäkerhetskultur. Sammanställning på nationell nivå av landstingens och regionernas mätningar 2012–2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2015.
5. Grunewald C, Håkansson S, Högborg U, et al. Svensk förlossningsvård säkras i ett rikstäckande projekt. Tvärprofessionell samverkan en grundpelare i »Säker förlossningsvård«. Läkartidningen. 2012;109:956-9.
6. Gustafson P, Schultz T, Stefánsdóttir A, redaktörer. *PRISS – Protesrelaterade Infektioner Skall Stoppas – ett nationellt tvärprofessionellt samarbete för säkrare protesoperationer i knä och höft*. Stockholm: Patientförsäkringen LÖF; 2014.
7. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-4-7.
8. Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. Markörbaserad journalgranskning januari 2013–juni 2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2014.
9. Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2014.
10. Patientsäkerhetskultursatsning 2014. Utvärdering av antibiotikaförskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2014.

■ SUMMARY

In 2007 all Swedish regions initiated a joint effort to reduce avoidable harm in health care and have since then campaigned nationwide, focusing on measurable goals like adherence to basic hygiene protocol and reduction of health care related infections amongst other selected areas of patient safety. A new Patient Safety Act from 2011 strengthens patient's position and stresses the responsibility of health care givers, to assess and correct patient safety risks. A national safety culture measurement tool has been instituted. We can now start counting the results from long term thinking and a shift of perspective, from reactive organizations blaming individuals, to a proactive system's view. The way ahead must ensure skilled staff and a resilient work environment. For those positive, but early, results to persist and develop, a continuous effort is needed.