

Klagomålsbeslut 2012-2013

Sammanställning och analys av beslut från Socialstyrelsen och IVO

Patientsäkerhetsenheten
Hälsa- och sjukvårdsavdelningen
Regionkansliet

Innehåll

Klagomålsbeslut 2012-2013 – Sammanfattning av rapporten.....	3
Identifiering av avvikelser och brister i patientsäkerheten.....	3
Anledning till att patienten söker vård när avvikelser sker.....	4
Avvikelsers uppkomst.....	4
Vårdskadetyper och konsekvenser	4
Riskområden där avvikelser inträffar	5
Orsaker till avvikelser	5
Slutsatser	5
Planerade sammanställningar och analyser.....	5
Klagomål	6
Allmänt om avvikelser och vårdskador	6
Allmänt om att identifiera avvikelser	7
Allmänt om klagomål	7
Inkomna klagomålsbeslut.....	9
Inkomna klagomålsbeslut per sjukhusanknuten specialitet	13
Klagomålsbeslut med brister i patientsäkerheten	14
Anmälan enligt Lex Maria av händelser som berörs i klagomål.....	19
Händelser där brister i ansvar identifierats.....	20
Klagomålsärenden där systembrister identifierats (ej Lex Maria-anmälda).....	22
Vårdgivarens identifiering av systembrister i klagomålsärenden	24
Händelsetyp och vårdskador i klagomålsärenden med systembrister	24
Avvikelse typer och förvaltning/verksamhet	27
Vårdorsaker som ledde till händelseförlopp med avvikelser	29
Avvikelser i händelseförlopp	32
Exempel på avvikelser i vårdprocesser.....	34
Vårdskador: skador och konsekvenser.....	38
Exempel på vårdskador	42
Konsekvenser av vårdskador	44
Avvikelser och vårdskador i de vanligaste specialiteterna.....	48
Kirurgi (32 beslut)	48
Medicin (20 beslut).....	51
Akutmottagning (30 beslut)	54
Ortopedi (31 beslut)	57
Psykiatri (27).....	60
Kvinnosjukvård (15 beslut)	63

Primärvård (45 beslut).....	66
Riskområden för avvikelser	69
Orsaker vid avvikelser	70
Orsaksområden i klagomål.....	72
Orsaksområden vid avvikelser i de största förvaltningstyperna	74
Förekomst av orsaksområden inom specialiteter med flest avvikelser	74

Sammanställningen och analyserna har gjorts av Thomas Brezicka, regionläkare och medicinsk rådgivare, avdelning patientsäkerhet vid Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen. e-post: thomas.brezicka@vgregion.se

Denna version är framställd 2014-10-09 för publikation på Patientsäkerhetsenhetens hemsida.

Klagomålsbeslut 2012-2013 – Sammanfattning av rapporten

En avvikelse är en händelse som var undvikbar genom att avsteg gjordes från tillgänglig kunskap och/eller gällande regelverk/normer. En vårdskada är en skada på en patient som uppkommer som en följd av en eller flera avvikelser inom hälso- och sjukvården. En vårdskada är en skada som var på förhand undvikbar. Patientsäkerhet handlar om att förebygga och minska risken för uppkomst av vårdskador.

För att kunna förstå om en händelse medförde vårdskada eller risk för vårdskada måste en analys göras (1) av händelseförloppet, där ej önskade/ej avsedda händelser identifieras, (2) av orsaker som kan ha bidragit till uppkomsten av händelsen/händelserna, och (3) av vilka av orsakerna som är möjliga och realistiska att åtgärda, främst utifrån ett systemperspektiv. Först när sådana åtgärder kan fastställas kan händelsen bedömas ha varit undvikbar.

Klagomål på hälso- och sjukvården som inkommer till IVO¹ kan ge kunskap om vilka avvikelser som inträffar och där en oberoende granskning och/eller utredning av händelserna görs av IVO. Detta till skillnad från Lex Maria-anmälningar (vårdgivaren gör anmälan) där utredningen görs av vårdgivaren. Ett klagomål resulterar i att tillsynsmyndigheten fattar ett beslut där det fastställs om det hos vårdgivaren fanns systembrister och/eller om hälso- och sjukvårdspersonal brustit i sin yrkesutövning (ansvar), utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Under perioden 120101-131231 inkom till Västra Götalandsregionens diarium 1041 klagomålsbeslut.

Identifiering av avvikelser och brister i patientsäkerheten

Brister i patientsäkerheten framkom i klagomålsbesluten i 375 (36 %) av de inkomna besluten.

Könsfördelning och vem som gör anmälan

Av de inkomna besluten var patienten kvinna i 58 % och man i 42 %. Anmälan gjordes vanligen av patienten själv (55 %) även om anmälan också gjordes av närstående till patienten i en betydande andel (39 %). I de beslut där brister i patientsäkerheten framkom (se nedan) utgjordes patienten var fördelningen av män och kvinnor lika (50 %).

Brister i patientsäkerheten

Brister i patientsäkerheten kunde ses i 36 % (375) av de inkomna besluten. Brister i yrkesutövningen (ansvar) hos hälso- och sjukvårdspersonalen framkommer i 100 (ca 10 %) av klagomålsbesluten. Systembrister kunde identifieras i 29 % (299) av de inkomna besluten. Vårdgivaren har i sin egen utredning av händelserna identifierat systembrister i 56 % av klagomålen där systembrister förelagat.

Lex Maria-anmälan vid klagomål

Lex Maria-anmälan har gjorts av 19 % (58 fall) av händelserna i klagomålen där det fanns bakomliggande systembrister (299 fall). De händelser där Lex Maria-anmälan inte gjordes och som ledde till vårdskada (117 fall) kan bedömas ha fått allvarliga konsekvenser för patienten i 61 % av fallen (71 fall) och uppfyller därför kriterierna för att anmälan Lex Maria ska göras. Även om andelen händelser i klagomål som leder till Lex Maria-anmälan ökar, vilket talar för en ökad benägenhet hos vårdgivaren att uppmärksamma klagomål, torde det finnas ett utrymme för att ge klagomålen ytterligare uppmärksamhet och för vårdgivaren att göra Lex Maria-anmälningar i de fall där allvarliga avvikelser identifieras. Sammanställning och analys av händelser som Lex Maria-anmälts görs i en separat rapport.

¹ Inspektionen för vård och omsorg, tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården sedan 130601, dessförinnan var Socialstyrelsen tillsynsmyndighet.

Systembrister i klagomål där Lex Maria-anmälan inte gjorts

Av de 241 händelserna i klagomålsbeslut med systembrister och som inte Lex Maria-anmäldes medförde 49 % vårdskada medan 46 % kunde medföra vårdskada. Av besluten med vårdskada där vårdgivaren identifierade systembrister (46 beslut) förelåg allvarlig vårdskada i 56 %. Andelen beslut med allvarlig vårdskada där tillsynsmyndigheten ensamt identifierat systembrister (71 beslut) var 63 %. Resultaten talar för att i händelser med allvarlig vårdskada identifierar tillsynsmyndigheten ensam systembrister i större utsträckning än där vårdgivaren identifierar systembrister. Detta betyder att vårdgivaren i större omfattning än vad som sker bör identifiera och utreda händelser i klagomål som medfört allvarlig skada. Nedan beskrivs detaljerad analys av de 229 händelser där systembrister förelåg.

Anledning till att patienten söker vård när avvikelser sker

De vanligaste orsakerna till att patienten sökt vård i händelseförlopp där avvikelser uppkom är pga symtom (ex smärta, växande knuta mm), för planerad behandling/åtgärd, till följd av skada (trauma) utanför vårdinrättning och för psykisk ohälsa. De vanligaste bakomliggande sjukdomstyperna när patienten sökte vård är elakartad tumörsjukdom, psykiatriskt tillstånd, neurologisk och muskuloskeletal åkomma, sjukdom i mage och tarm, fraktur och obstetriskt tillstånd. De ortopediska tillstånden utgör tillsammans den enskilt största gruppen (14 %). För att stärka patientsäkerheten överlag bör arbetet inriktas på att säkra kompetensen inom dessa områden.

Avvikelsers uppkomst

Av de avvikelser som identifierats inträffar 56 % i avgränsade vårdprocesser där de vanligaste är behandling, utredning och uppföljning. I 77 % av avvikelserna var de vårdåtgärder som vidtogs bristfälliga eller fördröjda, och förekom väsentligen lika ofta i vårdprocesserna behandling och utredning. Inom processen behandling var dock felaktiga vårdåtgärder den vanligaste vårdåtgärdstypen. Det är därför viktigt att arbetet fokuseras på vilka handläggningsåtgärder som ska vidtas och hur och när de ska vidtas i vårdprocesserna.

Aktiviteter och fokus i processerna där bristande eller fördröjda åtgärder vidtas och som leder till avvikelser är mångskiftande. Upprepningar ses inom flera områden där de sex vanligaste är trauma, cancerutredning, fallrisk, läkemedelskontroll, smärta och dokumentation.

Vårdskadetyper och konsekvenser

Av samtliga inkomna beslut i klagomål (988; Lex Maria-anmälda händelser exkluderade) identifierades händelser som medförde vårdskada i 12 % av klagomålen. Vid händelser som medför vårdskada i klagomål utgörs skadan av att en ny åkomma uppstår i över hälften av fallen, och genom underhåll eller försämring av ett befintligt tillstånd i de resterande fallen.

Skadetyperna bland vårdskadorna är mångskiftande. Tillsammans utgörs ca 80 % av vårdskadorna av psykiskt lidande, fraktur, smärta, vävnadsskada, neurologisk påverkan, infektion, cancer, annan sjukdom och sår.

Konsekvenserna blev allvarliga hos en betydande andel (62 %) av händelserna med vårdskada i klagomålsbeslut, där 18 dödsfall var den vanligaste allvarliga konsekvensen. Bland andra allvarliga konsekvenser som förekom ofta sågs behov av operation, nedsatt rörelseförmåga, försämrad prognos vid cancer, neurologiskt bortfall och utökad vårdtid.

Riskområden där avvikelser inträffar

Ett riskområde är en situation eller en omständighet som på förhand kan identifieras och där avvikelser kan uppkomma. De fem vanligaste riskområdena var operativa/invasiva åtgärder, läkemedelshandling, trauma, uppföljning av behandling och ökad fallrisk, och ses i tillsammans drygt 1/3 av alla avvikelser. De riskområden där mer än en avvikelse ses svarar tillsammans för 84 % av alla avvikelser. Att identifiera riskområden kan utgöra en grund för en patientsäkerhetsstrategi, men den bör kompletteras med andra.

Orsaker till avvikelser

De fyra vanligaste orsakerna till avvikelser i klagomål hänför sig till brister i rutiner och riktlinjer, följda av brister i kommunikation/samverkan, personalkompetens/bemannning och spårbarhet. Minst en av dessa fyra vanligaste orsakerna ses i 88 % av avvikelserna. I de 229 klagomålsbeslut där systembrister i patientsäkerheten framkom identifierades sammanlagt 380 orsaksområden (1,7 orsaksområde per beslut). Ingen skillnad ses mellan primärvård, länssjukhus och universitetssjukhus avseende förekomsten av de fyra vanligaste orsaksområdena.

Slutsatser

Klagomål utgör en betydelsefull källa till kunskap om patientsäkerhetsläget och hur och varför avvikelser och vårdskador uppstår. Tillsammans med andra kunskapskällor, såsom Lex Maria-utredningar, ingår de i det kunskapsfundament som krävs för att identifiera specifika målområden och formulera strategier för hur dessa mål kan uppfyllas.

Vårdgivaren bör öka sin aktivitet när det gäller att analysera innehållet i klagomålen, främst för att identifiera händelser som hade kunnat medföra eller medförde allvarliga skador. I det fall sådana händelser identifieras bör en händelse-orsaksanalys göras för att fastställa om händelsen var undvikbar och i förekommande fall följas av en Lex Maria-anmälan.

Kunskapen som framkommer av de utredningar vårdgivaren gör i klagomål kan leda till förbättringar i de berörda verksamheterna. Resultaten av utredningarna kan också användas för fortlöpande sammanställningar och analyser av situationer och orsaker till att allvarliga avvikelser sker. Klagomålen och deras hantering utgör därigenom omistliga verktyg i utvecklingen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom det egna vårdgivarområdet och nationellt, och utgör tillsammans med personalens egen rapportering (som är den vanligaste källan till Lex Maria-anmälningar) och strukturerad journalgranskning komplementära hörnpelare till kunskapsfundamentet i patientsäkerhetsarbetet. Det objektiva inslaget i utredningarna av klagomål som tillsynsmyndigheten tillför är sannolikt av stor betydelse för att kunskap ska genereras och att den klagandes synpunkter därmed också tas tillvara på bästa sätt.

Planerade sammanställningar och analyser

Det aktuella materialet av klagomålsbeslut kommer att slås ihop med materialet från Lex Maria-utredningar, som sammanställts i en separat rapport, och användas för mer detaljerade analyser av bl a specifika orsaksområden.

Klagomål

Allmänt om avvikelser och vårdskador

En avvikelse inom hälso- och sjukvården och som berör en patient definieras här som en åtgärd som inte var adekvat utifrån tillgänglig kunskap och gällande normer om vilken eller vilka åtgärder som ska vidtas i en given situation. Adekvata åtgärder grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet, och på ett kvalitetsarbete med tydligt uppsatta mål och implementerade metoder för att uppnå målen. I den givna situationen ska det på förhand finnas en möjlighet att vidta adekvata åtgärder. Om åtgärder som är felaktiga vidtas på grund av omständigheter som i en given situation går att förutsäga (d v s det finns kunskap eller metoder om hur man ska förfara på ett korrekt sätt) och dessa omständigheter går att påverka inom ramen för tillgängliga resurser (i bred bemärkelse och utifrån mikro-meso-makro-perspektiv) är det frågan om en avvikelse. Det är utifrån denna definition inte en avvikelse om det först i efterhand går att avgöra om en åtgärd var inadekvat (det kan ju finnas flera åtgärder som var möjliga att vidta och som i den givna situationen befanns vara korrekta, men där åtgärden som vidtogs inte gav ett önskat och realistiskt resultat).

En avvikelse är en händelse som var undvikbar enligt befintliga kunskaper eller normer.

En skada på en patient som uppstår i samband med patientens kontakt med hälso- och sjukvården kan kallas för en skada i vården. Om det förekom en eller flera avvikelser som kan bedömas på ett väsentligt sätt ha bidragit till uppkomsten av skadan definieras skadan som en vårdskada. Det kan vara mycket svårt att bedöma i vilken grad avvikelserna bidrog till skadans uppkomst, såvida det inte är uppenbart att en viss avvikelse var den direkta orsaken till skadan, vilket är en sällsynthet inom hälso- och sjukvården. Förhållningssättet bör därför vara sådant att de avvikelser som identifieras i anslutning till att en skada uppstår ska betraktas som bidragande till skadan, såvida det inte är uppenbart att orsakssambandet är mycket svagt.

En vårdskada är en skada på en patient som uppkommer som en följd av en eller flera avvikelser inom hälso- och sjukvården. En vårdskada är således en skada som på förhand hade kunnat undvikas.

Patientsäkerhet är frånvaro av vårdskador. Detta är i sig en vision. Patientsäkerhetsarbetet syftar till att minska förekomsten av avvikelser, vilket därmed minskar risken för vårdskador och förekomsten av vårdskador. Eftersom hälso- och sjukvård är ett mycket komplext system med många samverkande faktorer, som i många fall är svåra att kontrollera, bör man ha en stor vidsyn när det gäller bedömningen av huruvida avvikelser har förelegat (till skillnad från att betrakta en icke önskvärd eller förväntad händelse som en komplikation som inte kunde undvikas – ”shit happens”-kultur). Detta synsätt måste appliceras på ett sätt som är rimligt och med fokus på att identifiera systembrister som orsak till att en avvikelse uppkommer (till skillnad från att i första hand söka identifiera brister hos personalen – ”blame and shame”-kultur).

Utredning av avvikelser innebär i första hand att systemorsaker som kan ha bidragit till att avvikelserna uppkommit identifieras. Patientsäkerhetsarbete innebär att åtgärder som kan vidtas på basen av identifierade orsaker implementeras och följs upp. Detta leder till en stärkt patientsäkerhet.

För att kunna förstå om en händelse medförde vårdskada eller risk för vårdskada måste någon form av analys göras (1) av händelseförloppet, där ej önskade/ej avsedda händelser identifieras, (2) av orsaker som kan ha bidragit till uppkomsten av händelsen/-erna, och (3) av vilka orsaker som är möjliga att åtgärda, främst utifrån ett systemperspektiv.

Det är först när åtgärdbara orsaker identifierats som kan ha bidragit till en icke önskad händelse som händelsen i strikt betydelse kan rubriceras som en avvikelse. Denna identifiering måste ske genom en väl strukturerad process, som dock inte alltid behöver kräva mycket resurser.

Allmänt om att identifiera avvikelser

En utredning av om en avvikelse har förelegat initieras ofta efter att någon uppfattat att något skett som var felaktigt eller undvikbart. Det kan vara något som någon gjort eller ett resultat av det som gjordes (eller inte gjordes, genom t ex underlåtenhet). Uppfattningen kan komma till vårdgivarens kännedom via huvudsakligen följande system:

- Rapportering från hälso- och sjukvårdspersonal
- Klagomål från patienter eller närstående (eller någon annan som inte är en del av vårdgivaren)
- Systematiska granskningar av patientjournaler eller mätningar av specifika händelser eller skador
- Försäkringsärenden

Dessa system gör att avvikelser kan upptäckas och identifieras och bidrar till att ge en bild av patientsäkerhetsläget. Det är sällan som mer än ett av systemen uppmärksammar samma avvikelse. Systemen är därför i relativt låg grad överlappande, snarare är de komplementära.

Mycket fokus har lagts på personalrapporterna, vilka utgör den huvudsakliga grunden för identifiering av allvarliga avvikelser som medför att vårdgivaren gör en Lex Maria-anmälan. På senare år har även klagomål i ökande omfattning lett till sådana anmälningar. Systematiska journalgranskningar och mätningar har bidragit till stor kunskap om förekomsten av skador i vården. Då dessa skador inte blir föremål för en systematisk analys avseende bakomliggande orsaker är det svårt att bedöma hur stor andel av skadorna som är vårdskador, dvs som var undvikbara. Systematiska granskningar och mätningar kan ses som en form av personalrapportering, då det ju är hälso- och sjukvårdspersonalen som genom sin granskning upptäcker händelserna. I försäkringsärenden, främst hos Patientförsäkringen (LÖF), identifieras om skadan hade varit möjlig att undvika även utifrån även ett retrospektivt synsätt där det räcker att alternativa tillvägagångssätt fanns som hade kunnat leda till ett bättre resultat, även om detta inte gick att förutse på förhand. Försäkringsärenden skulle kunna betraktas som en form av klagomål, då det ju är patienten som ansöker om ersättning.

Klagomål har inte analyserats systematiska i någon väsentlig omfattning. Sannolikt kan klagomål utgöra en betydande källa till kunskaper om patientsäkerhetsläget, vilket är en anledning till vårdgivarens lagstadgade skyldighet att beakta klagomålen i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete.

Allmänt om klagomål

Synpunkter på och påtalande av brister i hälso- och sjukvården genom klagomål kan komma till vårdgivarens kännedom på åtminstone följande sätt.

- Direkt till vårdgivaren och den berörda verksamheten
- Via IVO
- Via patientnämnden
- Via anmälan till försäkringsbolag (vanligast Patientförsäkringen)

Den som framför klagomålet är vanligen patienten själv eller någon närstående. I undantagsfall kan synpunkter inkomma från personer som inte står patienten nära eller från allmänheten och andra organisationer än den berörda vårdgivaren.

När vårdgivaren tar del av klagomål på vården måste vårdgivaren göra en bedömning av om det förelåg en händelse som ledde till vårdskada eller som kunde medfört vårdskada och hur allvarlig händelsen eller vårdskadan i sådana fall var. Allvarliga avvikelser ska anmälas till IVO, enligt Lex Maria, och leda till att patienten eller närstående ska informeras om att en anmälan gjorts och om orsakerna till vårdskadan och vilka åtgärder vårdtagaren vidtagit så att liknande händelser inte ska upprepas. Samma informationsskyldighet föreligger vid uppkomsten av vårdskada oavsett hur allvarliga den är.

När klagomål inkommer till IVO gör IVO en bedömning av om klagomålet har betydelse för patientsäkerheten och genomför i sådana fall en utredning. En utredning syftar till att fastställa systemiska brister i patientsäkerheten hos vårdgivaren och/eller om berörd hälso- och sjukvårdspersonal brustit i sin yrkesutövning. Påvisade brister leder till kritik. Om det föreligger misstanke om allvarliga brister kan IVO ta initiativ till fördjupad utredning av den berörda verksamheten och/eller berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Den utredning som IVO gör i klagomålsärenden baseras på befintlig vårdokumentation samt på redogörelser (yttranden) från vårdgivaren och berörd personal som IVO begär in.

Ett klagomål som vårdgivaren på detta sätt får kännedom om kan leda till att vårdgivaren genomför en egen utredning om vårdgivaren gör bedömningen att det kan ha förelegat brister i patientsäkerheten. Vårdgivaren kan också redan före klagomålet ha fått kännedom om händelsen, genom personalens rapporteringsskyldighet. I båda fallen kan vårdgivarens utredning leda till att en anmälan görs, enligt Lex Maria. Det bör framhållas att det endast är allvarliga händelser som ska leda till en sådan anmälan, och att det är vårdgivaren som dessförinnan gör bedömningen om allvarlighetsgraden och händelsens undvikbarhet.

Klagomål till IVO och anmälningar enligt Lex Maria innebär att IVO gör en granskning som är oberoende av vårdgivaren av händelseförlopp och möjliga bidragande orsaker. Klagomål som inkommer direkt till vårdgivaren eller via patientnämnden, eller händelser som rapporteras av hälso- och sjukvårdspersonalen, och som inte leder till anmälan enligt Lex Maria kommer inte att genomgå någon sådan oberoende granskning. Klagomål till IVO utgör därför ett värdefullt komplement till anmälningar enligt Lex Maria för att bygga den kunskapsbas som rör patientsäkerhetsläget och där någon form av objektiv skärskådning har gjorts. När det gäller de utredningar som görs av

Klagomålen som inkommer till IVO kan ge kunskap om avvikelser och där en oberoende granskning eller utredning görs av IVO.

Klagomål som belyser händelser oavsett allvarlighetsgrad utgör ett komplement till Lex Maria-ärenden som främst belyser allvarliga händelser.

I denna framställning görs en sammanställning av de klagomålsbeslut som inkommit från Socialstyrelsen och IVO under perioden 120101-131231 och som berör den hälso- och sjukvård som bedrivs av Västra Götalandsregionen².

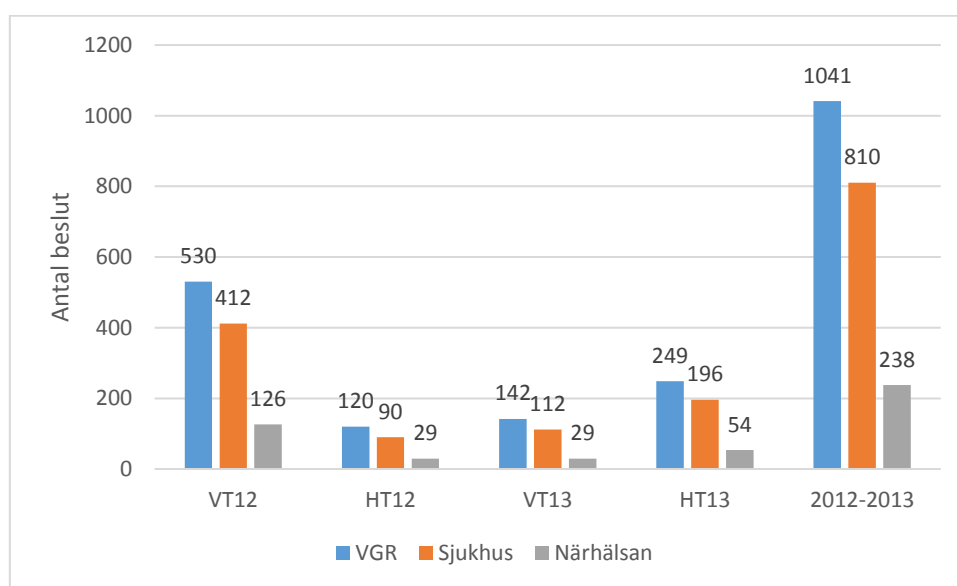
² Västra Götalandsregionen är den största av de vårdgivare som av Västra Götalands läns landsting uppdragits att uppfylla landstingets lagstadgade krav att erbjuda landstingets invånare god vård. Västra Götalandsregionen bedriver i princip all av landstinget finansierad slutna hälso- och sjukvård, samt genom Närhälsan mer än hälften av den landstingsfinansierade primärvården i länet. Landstinget är genom sin finansiering av vård som ges av privata vårdgivare huvudman för ytterligare vård, som inte belyses i denna framställning.

Inkomna klagomålsbeslut

De klagomålsbeslut som redovisas här är sådana där tillsynsmyndigheten gjort någon form av bedömning avseende riskerna i patientsäkerheten hos vårdgivaren Västra Götalandsregionen³. Det kan utöver detta vara betydelsefullt att belysa klagandens perspektiv på vården, även om det inte i sig förelåg några brister i patientsäkerheten. Klagomål kan i sådana fall grunda sig på brister i t ex bemötande, tillgänglighet och information och som i sig inte behöver medföra risker för patientsäkerheten. Man kan för enkelhetens skull kalla denna senare form av brister för bemötandebrister (även om termen i viss mån kan vara missvisande). Sådana klagomål kan leda till försämrade relationer mellan patienten och hälso- och sjukvården och till en ökad användning av hälso- och sjukvårdens och tillsynsmyndighetens resurser, vilket i förlängningen kan medföra en försämrad kvalitet och ökade risker i vården. Det är därför relevant att belysa verksamheten utifrån båda dessa perspektiv: patientsäkerhet och bemötande. I den föreliggande rapporten redovisas i vilken omfattning klagomålen berör andra brister än i patientsäkerheten, men någon närmare analys har inte gjorts av dessa brister.

Under perioden 120101-131231 inkom 1041 klagomålsbeslut.

Fördelningen av besluten per halvår framkommer av Figur 1.



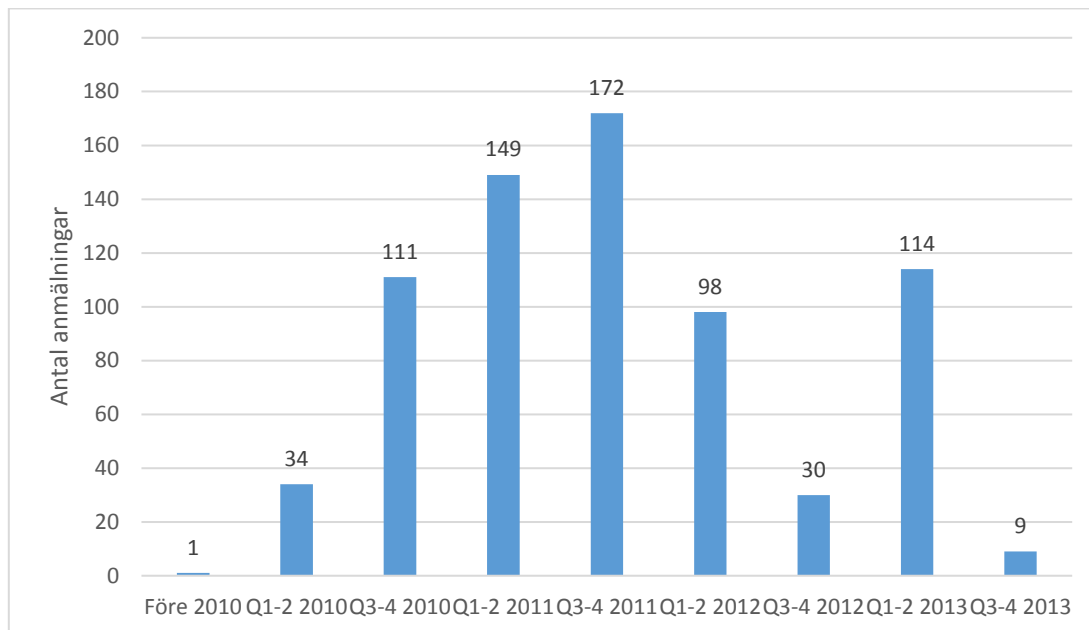
Figur 1. Antal klagomålsbeslut som rör Västra Götalandsregionen inkomna per halvår 2012-2013. Figuren visar också antal inkomna beslut som berör primärvården (Närhälsan) och sjukhusvården⁴.

Under första halvåret 2012 koncentrerade sig Socialstyrelsen, som då var tillsynsmyndighet, på att minska sin balans av klagomålsärenden, vilket är anledningen till den ojämna fördelningen av beslut under 2012-2013.

³ Klagomål som avskrivits av myndigheten till följd av att anmälaren dragit tillbaka sin anmälan, avlidit eller att händelsen inträffade mer än två år före det att anmälan gjordes redovisas inte. Dock har beslut tagits med där myndigheten bedömt att klagomålet inte har någon betydelse för patientsäkerheten och där ingen form av utredning gjorts.

⁴ SU, NU, SkaS, SÄS, KS, AL, FSS och ANS

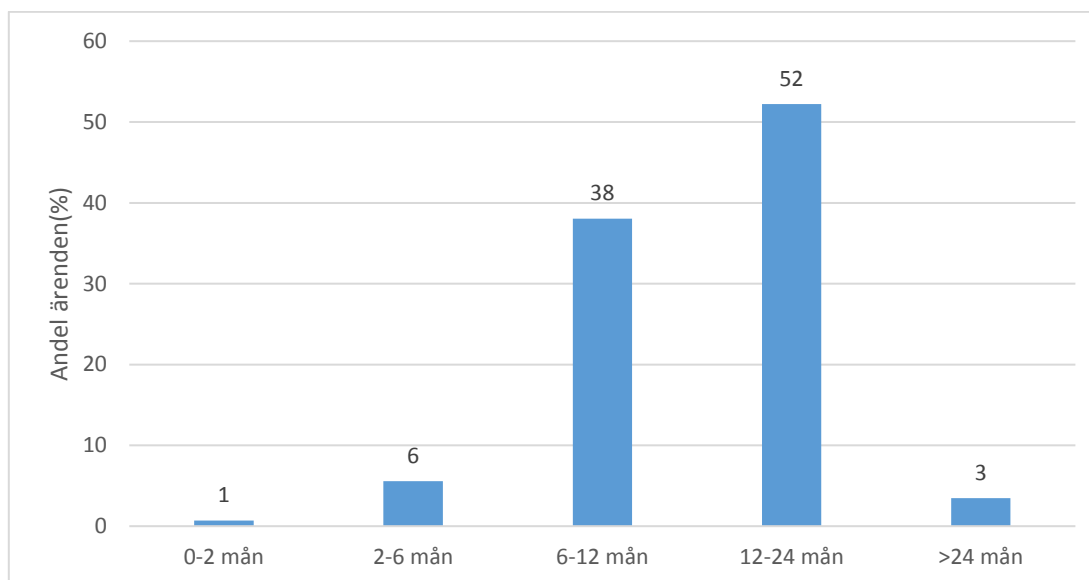
Klagomålsbesluten hänför sig till anmälningar som gjordes upp till två år tidigare, d v s redan under första halvåret 2010. Figur 2 visar antalet anmälningar per halvår för klagomål (n=718) där anmälningstidpunkten har registrerats.



Figur 2. Antal inkomna anmälningar under respektive halvår där anmälningstidpunkten är känd (n=718).

Handläggningstider

Att anmälningstiden kan ligga så långt bak i tiden som i början av 2010 beror på den långa handläggningstiden för ärendet, från tidpunkten för anmälan till tidpunkten när beslutet inkom. Hur lång handläggningstiden är framkommer i Figur 3 och Tabell 1.



Figur 3. Handläggningstid från anmälan till beslut. Andelen (%) av alla ärenden där uppgift om anmälningstidpunkt är känd (n=718) visas.

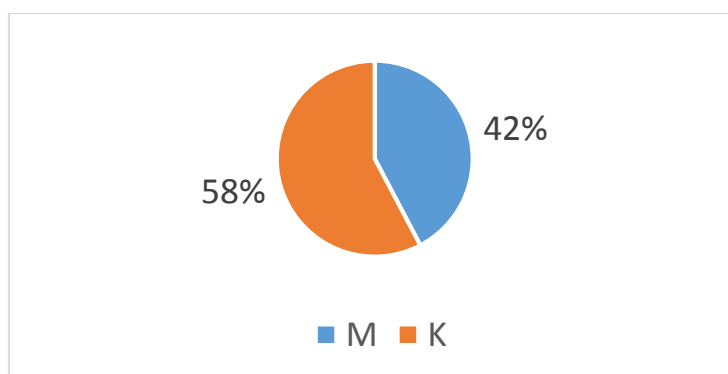
Tabell 1. Handläggningstid (dagar) för klagomålsärenden från tidpunkt för anmälan tills beslut inkommit.

Handläggningstid (d)	
Medel	421
Median	404
Min	40
Max	1068
Percentil 80	597
Percentil 20	254

Handläggningstiden var för 55 % av klagomålen längre än ett år. Ett för anmälaren rimligt mål torde vara att en handläggningstid på högst ett år. Utifrån detta mål borde minst 80 % av ärendena ha lett till beslut inom ett år (365 dagar). Den aktuella handläggningen medförde att det tog 597 dagar att slutföra 80 % av klagomålen.

Könsfördelning

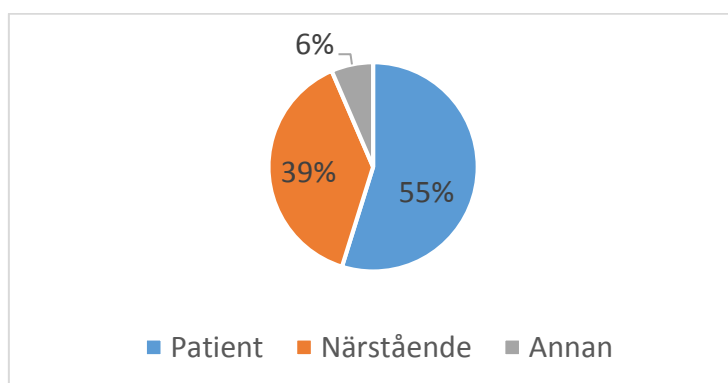
Fördelningen av patientens kön visas i Figur 4.



Figur 4. Fördelningen av kön (M=man, K=kvinnor) i beslut där uppgiften är känd och händelsen berör en patient (n=577).

Det förefaller som klagomål som berör vården av kvinnor är fler än de som berör män. Detta kan dock inte tolkas som att vården av kvinnor är mindre patientsäker än vården av män då könsfördelningen avser alla inkomna anmälningar, oavsett om patientsäkerhetsbrister visade sig föreligga. Under rubriken "Klagomål med brister i patientsäkerheten" visas könsfördelningen för de ärenden där patientsäkerhetsbrister framkom.

Anmälan gjordes av patienten själv i 55 % av fallen där uppgift om vem som anmält är tillgänglig (n=509), se Figur 5.

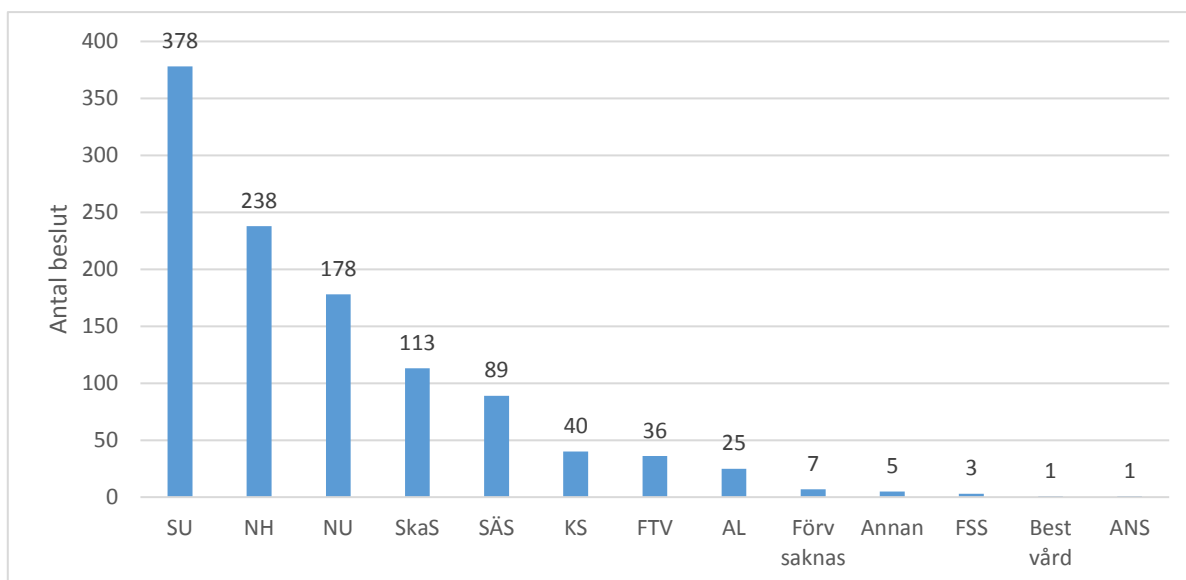


Figur 5. Anmälare i klagomål där uppgiften är tillgänglig (n=509).

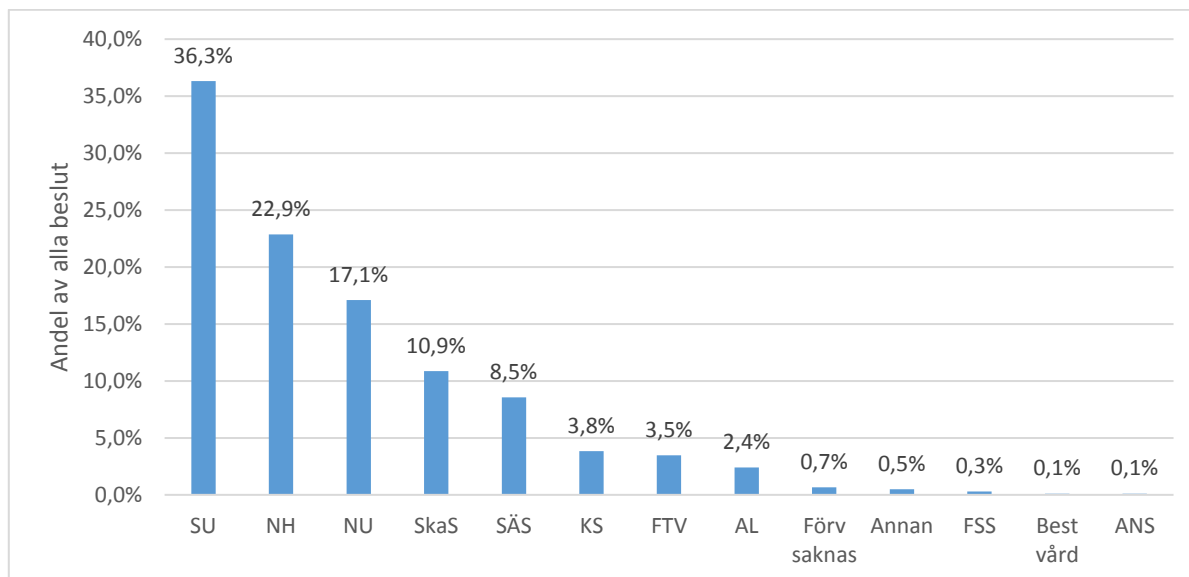
En betydande andel av anmälningarna görs av annan person än patienten själv, vanligen av närstående. Andra anmälare kan t ex vara personer som inte räknas som närstående och myndigheter/organisationer.

Inkomna klagomålsbeslut per förvaltning

De förvaltningar som är berörda i klagomålsbesluten framkommer i Figur 6 och Figur 7.



Figur 6. Berörda förvaltningar⁵ i klagomålsbeslut. I diagrammet anges antal beslut där en viss förvaltning berörs. (Ett och samma beslut kan beröra mer än en förvaltning.)

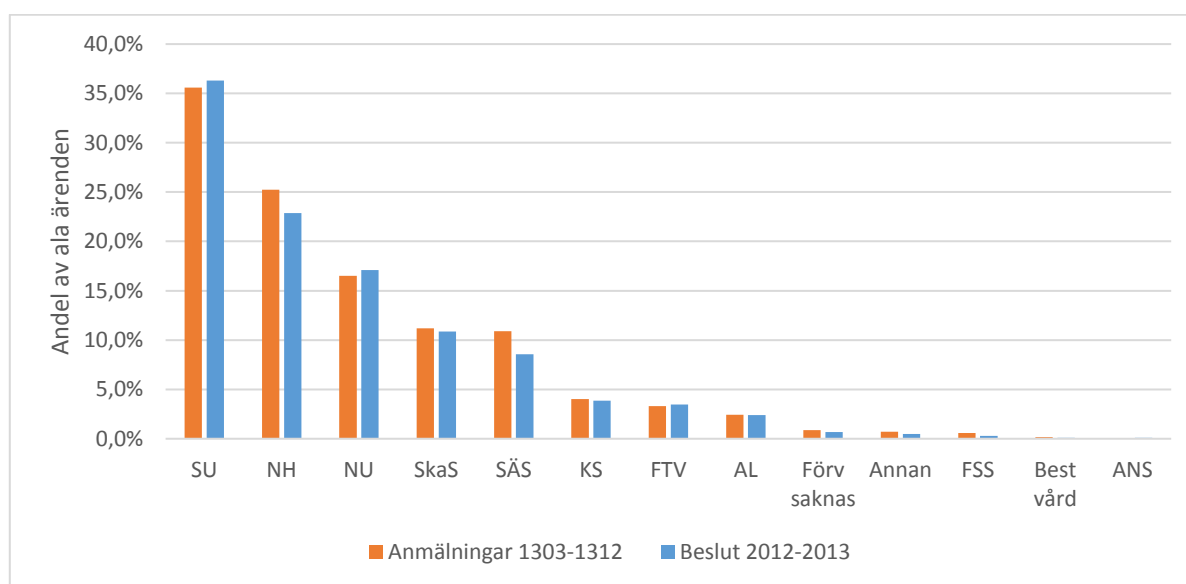


Figur 7. Andel (%) av inkomna beslut där en viss förvaltning berörs (n=1041).

⁵ NH=Närhälsan (den av VGR bedrivna primärvården), Best PV=Beställd primärvård (den av landstinget finansierade vården som bedrivs av privat vårdgivare vid vårdcentraler som drivs av VGR, t ex barnmorskeverksamhet, sjukgymnastik mm), SU=Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU=Norra Älvsborgs och Uddevalla sjukhus, SÄS=Södra Älvsborgs sjukhus, SkaS=Skaraborgs sjukhus, AL=Alingsås lasarett, KS=Kungälv sjukhus, FSS=Frölunda specialistsjukhus, ANS=Angeredens närsjukhus, FTV=Folktandvården.

Det är svårt att bedöma om fördelningen av klagomålen per förvaltning motsvarar förvaltningarnas storlek, eftersom storleken av en förvaltning kan beskrivas med flera determinanter (t ex antalet anställda, antalet vårdepisoder/vårdbesök, antal sängplatser). Antalet klagomål kan dock i sig utgöra en referens för hur god vården är utifrån patienternas och närståendes uppfattning.

Eftersom klagomålsärenden har en stor spridning i handläggningstiden utgör antalet beslut i sig inte ett bra mått på hur vården upplevdes under den period när besluten inkom. Ett mer adekvat mått är antalet klagomål som inkommer under en viss period. Jämförelse kan göras i fördelningen av antalet inkomna beslut och antalet anmälningar som gjorts under perioden mars-december 2013 (se Figur 8). Flertalet av dessa anmälningar har ännu inte lett till beslut.

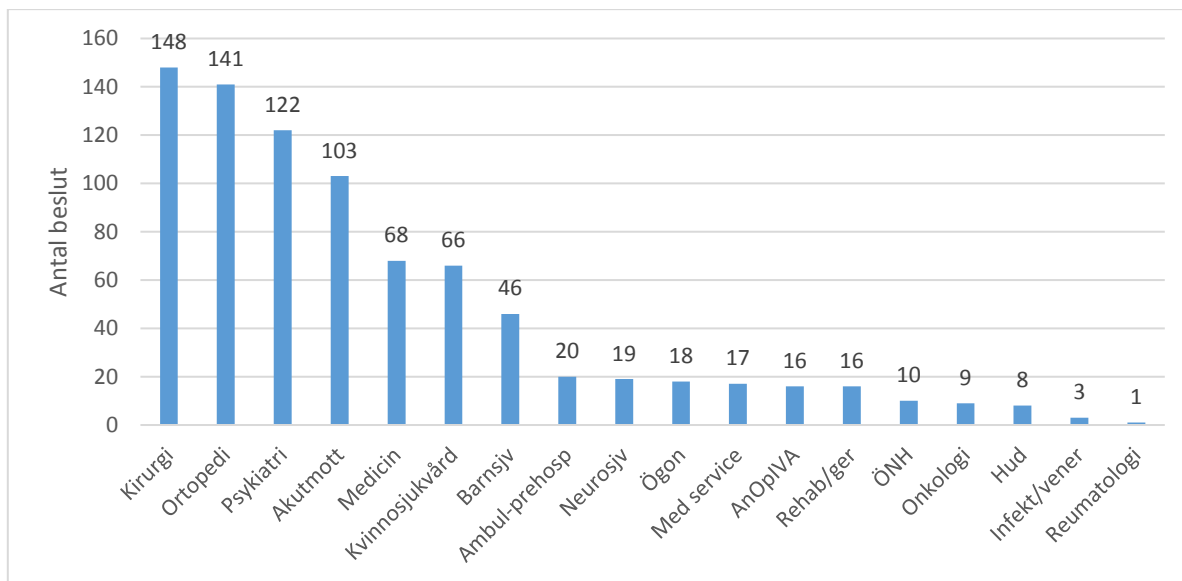


Figur 8. Andel (%) av inkomna klagomål (n=697) till tillsynsmyndigheten under perioden mars-december 2013 i jämförelse med andel inkomna beslut under 2012-2013 (n=1041) där en viss förvaltning berörs.

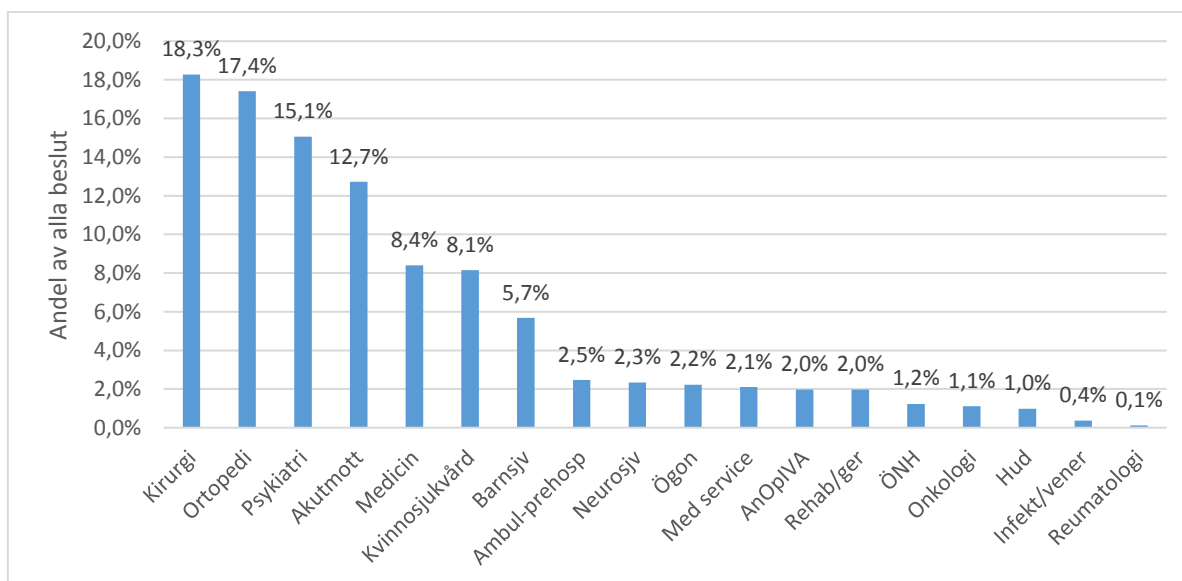
Fördelningen av inkomna beslut under 2012-2013 och gjorda anmälningar under 2013 uppvisar en god samstämmighet.

Inkomna klagomålsbeslut per sjukhusanknuten specialitet

Antalet beslut som berör verksamheter knutna till sjukhusförvaltningarna framkommer av Figur 9 och Figur 10.



Figur 9. Antal klagomålsbeslut som berör en sjukhusanknuten specialitet (n=810). (Ett och samma beslut kan beröra mer än en specialitet.)



Figur 10. Andel (%) klagomålsbeslut som berör en sjukhusanknuten specialitet av det totala antalet inkomna beslut (n=810) som berör sjukhusförvaltningarna. (Ett och samma beslut kan beröra mer än en specialitet.)

De vanligaste specialiteterna för klagomål är psykiatri, kirurgi, ortopedi och akutmottagningar, följda av barnsjukvård, medicin och kvinnosjukvård.

Klagomålsbeslut med brister i patientsäkerheten

Utgångspunkten när ett klagomål framförs är att den som klagar upplever att verksamheten inte nått upp till förväntningarna. Förväntningarna kan grunda sig på egna uppfattningar hos den som klagar om hur verksamheten borde bedrivas och vilka resultat den ska uppnå. Om verksamheten inte når upp till förväntningarna kan klagomålet handla om att verksamheten inte utförde sitt uppdrag på ett

korrekt sätt, vilket medför risker för att en skada uppstår, och rentav att en skada inträffar. Utgångspunkten för den som tar emot ett klagomål är att fel har begåtts, som var undvikbart på förhand och där verksamheten borde ha handlat på ett annorlunda, korrekt sätt. Utredningen vid ett klagomål på hälso- och sjukvården syftar i första hand till att påvisa om patienten utsatts för risk för vårdskada eller fått en vårdskada. Sådana händelser kallas för avvikelser och grundar sig på en eller flera åtgärdbara brister i patientsäkerheten i verksamheten. Alla klagomål visar sig inte ha någon grund i sådana åtgärdbara brister, utan grundar sig snarare på andra brister, såsom att kunskapsläget är ofullständigt vilket leder till skador som på förhand inte är undvikbara eller att bemötandet, informationen och tillgängligheten inte upplevts som tillräckligt god. I detta avsnitt belyses klagomålsbesluten utifrån att en eller flera brister i patientsäkerheten har kunnat identifieras.

Brister i patientsäkerheten kan anses ha identifierats i beslut där någon av följande punkter föreligger

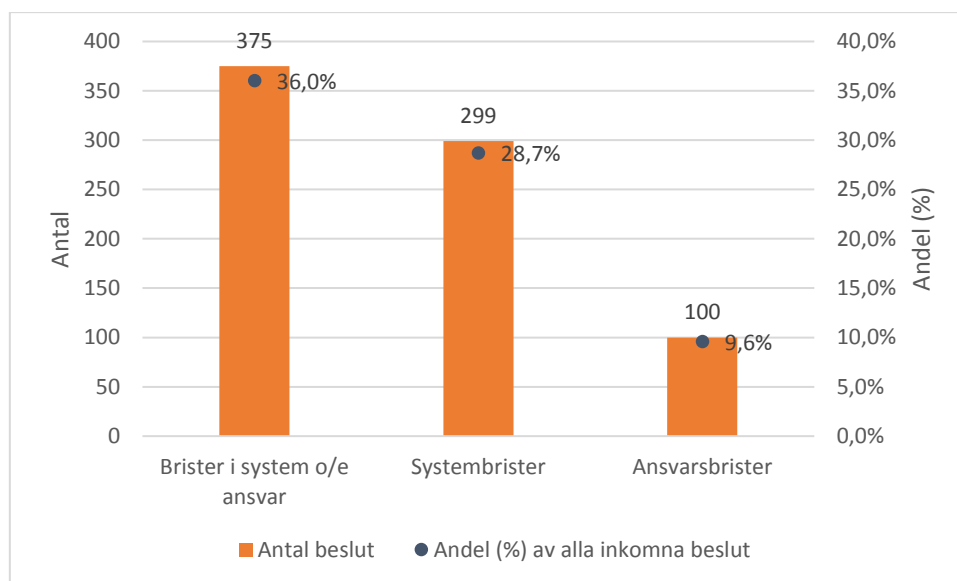
- Händelsen som klagomålet gäller har lett till att vårdgivaren gjort en anmälan enligt Lex Maria vilket i sig innebär att vårdgivaren identifierat systembrister⁶
- vårdgivaren kritiseras på grund av systembrister i patientsäkerheten
- hälso- och sjukvårdspersonal kritiseras på grund av brister yrkesutövningen (såsom ansvarsbrister)

Det bör redan här understrykas att även om ett klagomål leder till att brister i patientsäkerheten identifieras behöver detta inte betyda att en Lex Maria-anmälan bör göras. En sådan anmälan ska göras om avvikelserna medförde eller kunde medföra allvarlig vårdskada. Många brister som påvisas i klagomål medför inte risk för allvarliga vårdskador, även om skadan kan upplevas som allvarlig av den som framför klagomålet.

Av de 1041 inkomna klagomålsbesluten hade brister i patientsäkerheten identifierats i 375 (36 %) beslut.

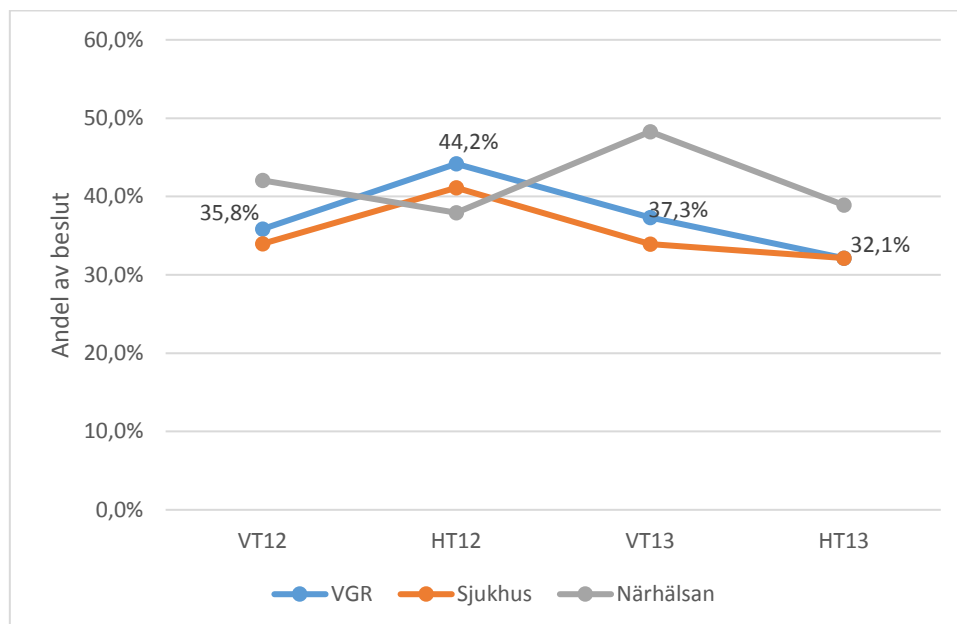
Förekomst av system- respektive ansvarsbrister visas i Figur 11. Observera att ett beslut kan innehålla kritik avseende både patientsäkerhetsbrister och ansvarsbrister.

⁶ En anmälan enligt Lex Maria ska göras om det inträffat en händelse som medfört eller kunde medföra en allvarlig vårdskada. Det är vårdgivaren som gör bedömningen om händelsen var undvikbar och hur allvarlig skadan var eller kunde bli. Allvarlig vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen och i Lex Maria-föreskriften.



Figur 11. Beslut med brister i system och/eller ansvar. Antal beslut och deras andel (%) av samtliga inkomna beslut (n=1041) visas.

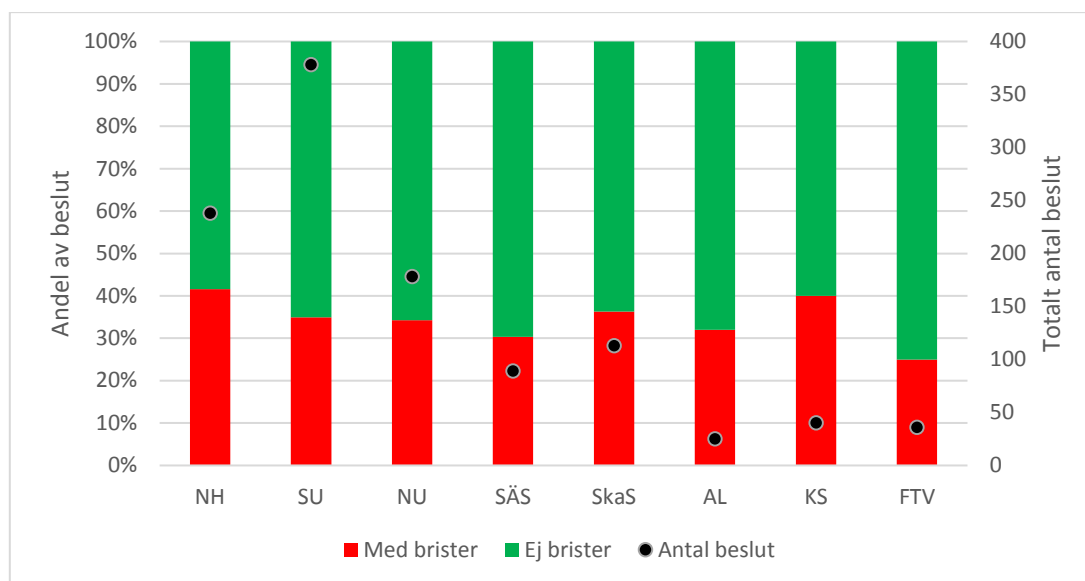
Andelen av inkomna beslut per halvår 2012-2013 där brister i patientsäkerheten identifierats framkommer i Figur 12.



Figur 12. Andelen (%) beslut med brister i patientsäkerheten (system- och/eller ansvarsbrister) av alla beslut som inkommit under respektive halvår 2012-2013. (Se Figur 1 för antal inkomna beslut.)

Det ses ingen tydlig trend under perioden 2012-2013 i förändring av andelen klagomål i hela vårdgi-varområdet där patientsäkerhetsbrister påvisats.

Andelen beslut med brister i patientsäkerheten per förvaltning framkommer i Figur 13.

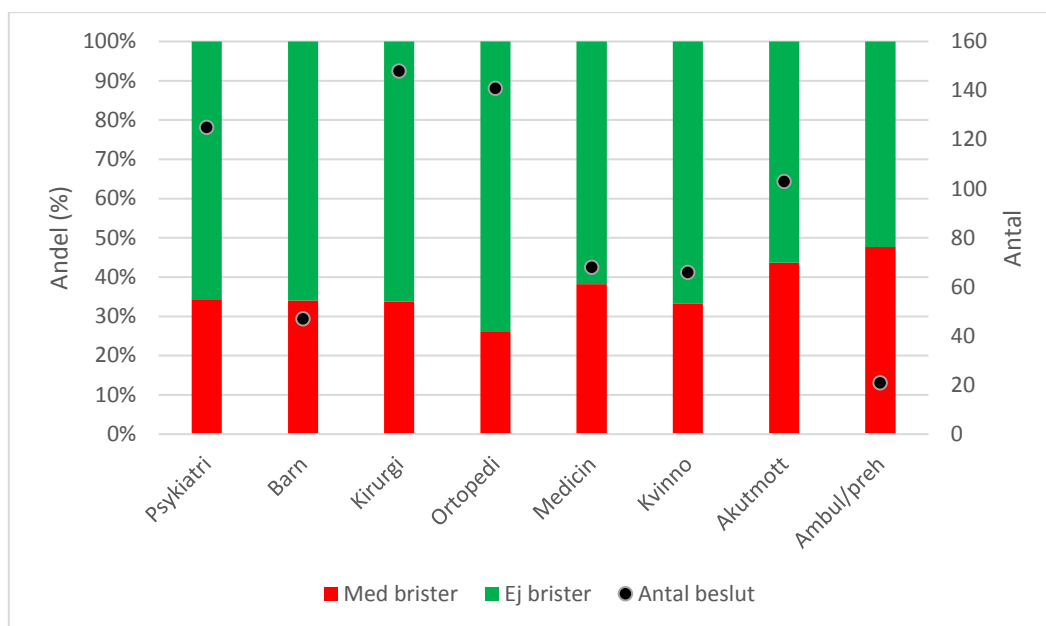


Figur 13. Andel (%) av inkomna beslut per förvaltning med och utan brister i patientsäkerheten. Antalet inkomna beslut per förvaltning visas också. Förvaltningar med minst 20 klagomålsbeslut visas. (Ett beslut kan beröra mer än en förvaltning.)

Högst andel beslut med brister i patientsäkerheten ses i primärvården (42 %), medan tandvården uppvisar lägst andel (25 %). Andelen klagomål med brister som rör sjukhusvård varier mellan dessa, i snitt 34 %. Vid jämförelse av andelen beslut med brister över tiden för primärvården (Närhälsan) och sjukhusvården slutenvård⁷ ses ingen trend till förändring (se Figur 12).

Andelen beslut med brister i patientsäkerheten per sjukhusspecialitet framkommer i Figur 14.

⁷ SU, NU, SÄS, SkaS, AL, KS. FSS och ANS

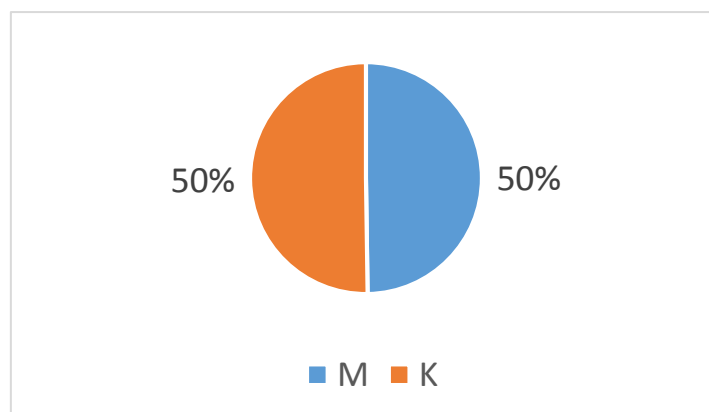


Figur 14. Andel (%) av inkomna beslut per sjukhusspecialitet med och utan brister i patientsäkerheten. Antalet inkomna beslut per specialitet visas också. Specialiteter med minst 20 klagomålsbeslut visas. (Ett beslut kan beröra mer än en specialitet.)

Andelen beslut med brister varierar mellan 26 % (ortopedi) och 47 % (prehospital vård).

För att erhålla så mycket kunskap som möjligt ur klagomål om patientsäkerhetsbrister är det angeläget att andelen klagomål där sådana brister påvisas är hög. Ett stort antal klagomål som inte grundar sig på brister i patientsäkerheten kommer att medföra en stor belastning på hälso- och sjukvården och tillsynsmyndigheten vilket kan få undanträngningseffekter på arbetet med identifiering och implementering av åtgärder som syftar till att stärka patientsäkerheten. För specialiteter med ett stort antal klagomål och med lägre andel beslut med brister är det särskilt angeläget att, utöver patientsäkerhetsarbetet, vidta åtgärder som ökar patientens trygghet och tillfredsställelse med vården. Där kan bl a ingå att förbättra den individuellt anpassade informationen så att patienten får realistiska förväntningar på resultatet av vården

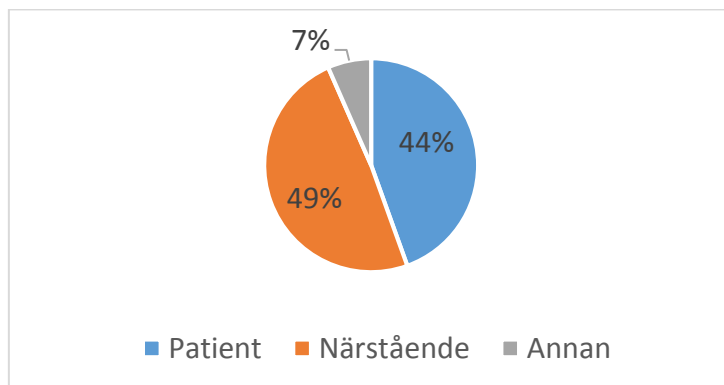
Fördelningen av patientens kön i beslut där brister påvisats i patientsäkerheten framkommer i Figur 15.



Figur 15. Fördelningen av kön (M=man, K=kvinnor) i beslut med brister i patientsäkerheten och där uppgiften är känd och händelsen berör en patient (n=221).

Någon skillnad ses inte mellan könen, att jämföras med alla inkomna klagomål där en övervikt ses för kvinnor (se Figur 4).

En högre andel av anmälningarna gjordes av närstående i beslut där brister sågs (49 %; Figur 16) jämfört med alla beslut (39 %; Figur 5).



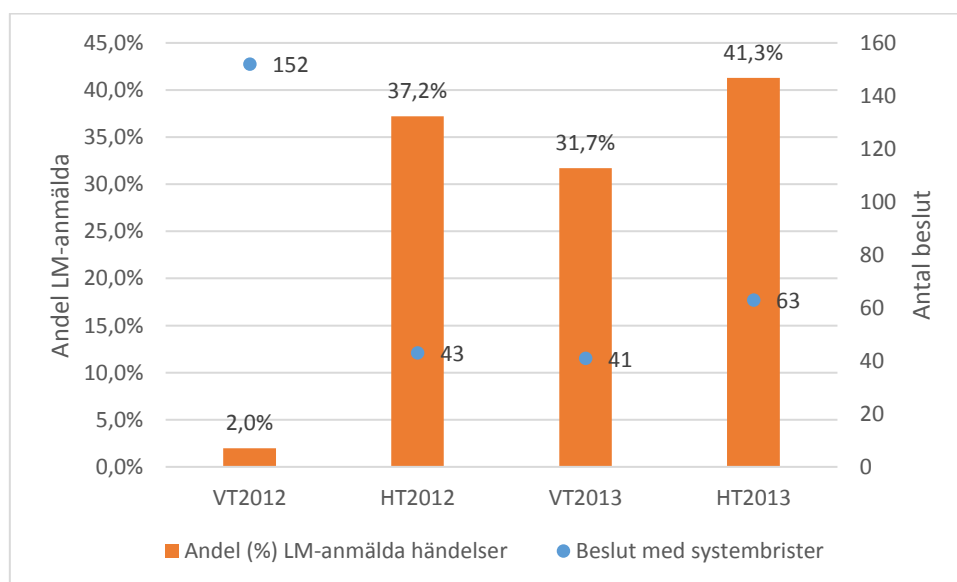
Figur 16. Anmälare i klagomål med brister i patientsäkerheten där uppgiften är känd (n=182).

Anmälan enligt Lex Maria av händelser som berörs i klagomål

Händelse som medförde eller kunde medföra allvarlig vårdskada ska anmälas av vårdgivaren till tillsynsmyndigheten, enligt Lex Maria. Vårdgivaren kan få kännedom om sådana händelser bl a genom personalens rapporteringsskyldighet och klagomål, främst från patienter och närstående.

Lex Maria-anmälan har gjorts av 19 % (58) av händelserna i klagomålen där det fanns bakomliggande systembrister (n=299).

Andelen av händelserna i beslut med systembrister som Lex Maria-anmälts per halvår under perioden 2012-2013 framkommer i Figur 17.



Figur 17. Andel (%) av beslut med systembrister i patientsäkerheten där Lex Maria-anmälan gjorts. Antal beslut med brister i patientsäkerheten visas också.

Andelen händelser i klagomål som anmälts enligt Lex Maria har ökat kraftigt sedan första halvan av 2012. Det har med tillgängliga uppgifter inte gått att fastställa i vilken utsträckning som vårdgivaren

fått kännedom om den händelse som föranlett Lex Maria-anmälan först genom klagomål eller först genom avvikelserapport från personalen.

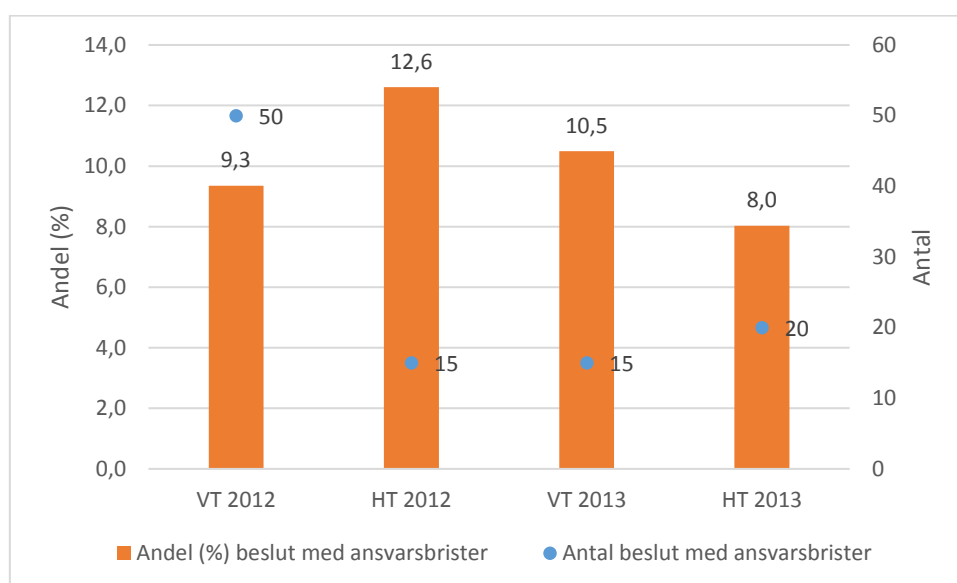
De klagomål som gäller händelser som anmälts enligt Lex Maria analyseras närmare inom ramen för rapporten om Lex Maria-beslut.

Händelser där brister i ansvar identifierats

Brister i ansvar avser sådana brister i yrkesutövningen hos hälso- och sjukvårdspersonal som inte varit i överensstämmelse med de juridiska kraven (i första hand enligt patientsäkerhetslagen) och som medfört kritik från tillsynsmyndigheten. Främst handlar kritiken om att berörd personal inte har tagit sitt yrkesansvar eller utfört sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Brister i ansvar hos hälso- och sjukvårdspersonalen framkommer i 100 (9,6 %) av klagomålsbesluten.

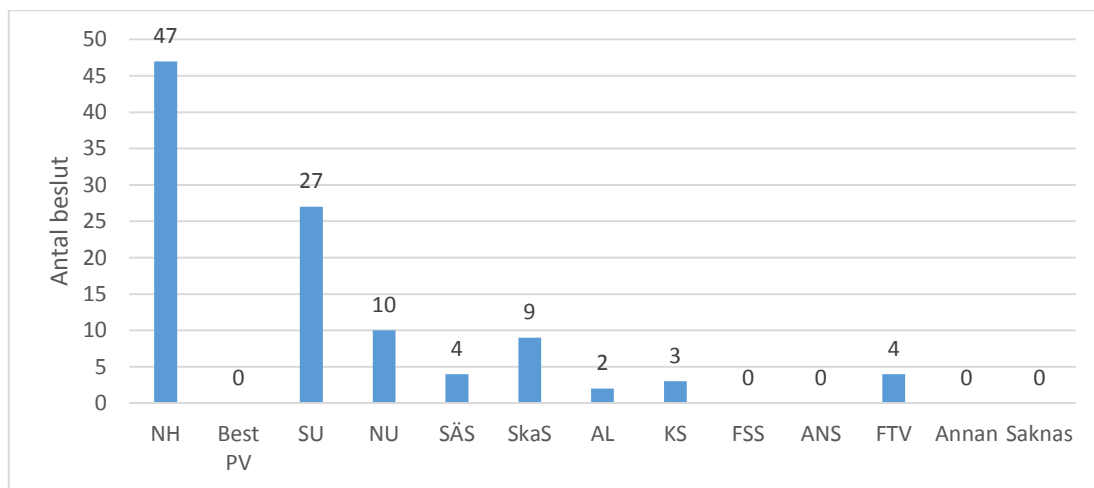
Fördelningen av inkomna beslut per halvår visas i Figur 18.



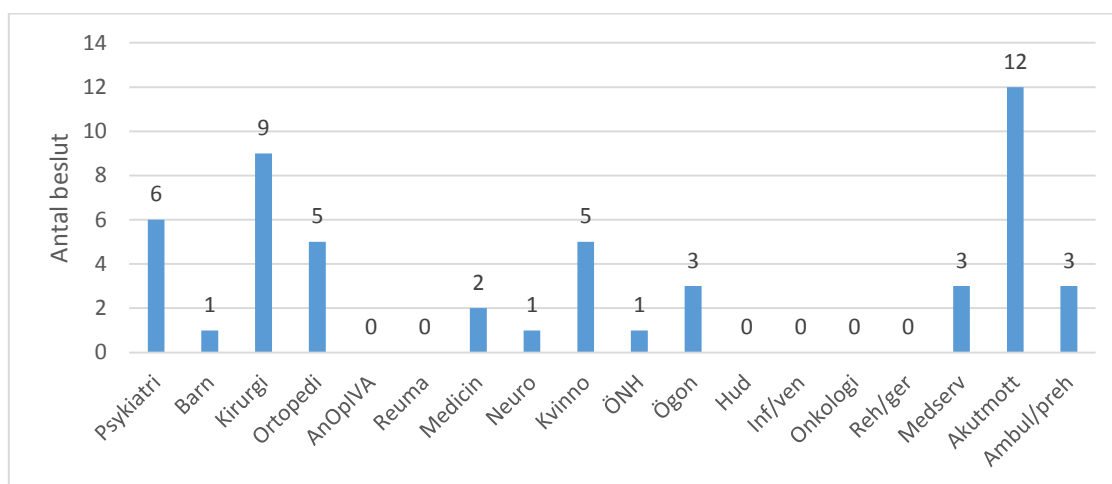
Figur 18. Inkomna klagomålsbeslut per halvår där hälso- och sjukvårdspersonal kritiseras. Antal beslut och andel (%) av samtliga inkomna beslut visas.

Andelen beslut med kritik varierar men visar ingen säker trend till ökning eller minskning.

Fördelningen av beslut med brister i ansvar mellan förvaltningarna och sjukhusspecialiteterna framkommer av Figur 19 och Figur 20.



Figur 19. Antal beslut med brister i ansvar hos hälso- och sjukvårdspersonal per förvaltning.



Figur 20. Antal beslut med brister i ansvar hos hälso- och sjukvårdspersonal per sjukhusanknuten specialitet.

Berörda yrkeskategorier framkommer i Tabell 2.

Tabell 2. Yrkestillhörighet hos personal som kritiserats i klagomålsbeslut för brister i ansvar.

Yrkesgrupp	Antal beslut med kritik
Läkare	83
Sjuksköterska	11
Tandläkare	4
Barnmorska	1
Annan	2

Kritik riktas vanligen mot brister i läkares yrkesutövning.

Utöver den kritik av hälso- och sjukvårdspersonal som meddelas i klagomålsbeslut kan kritik riktas mot personal i beslut efter anmälan från vårdgivaren om en person befaras utgöra en fara för patientsäkerheten⁸. Denna typ av beslut är få och ingår inte i denna sammanställning.

⁸ Enligt § 7 kap 3 patientsäkerhetslagen

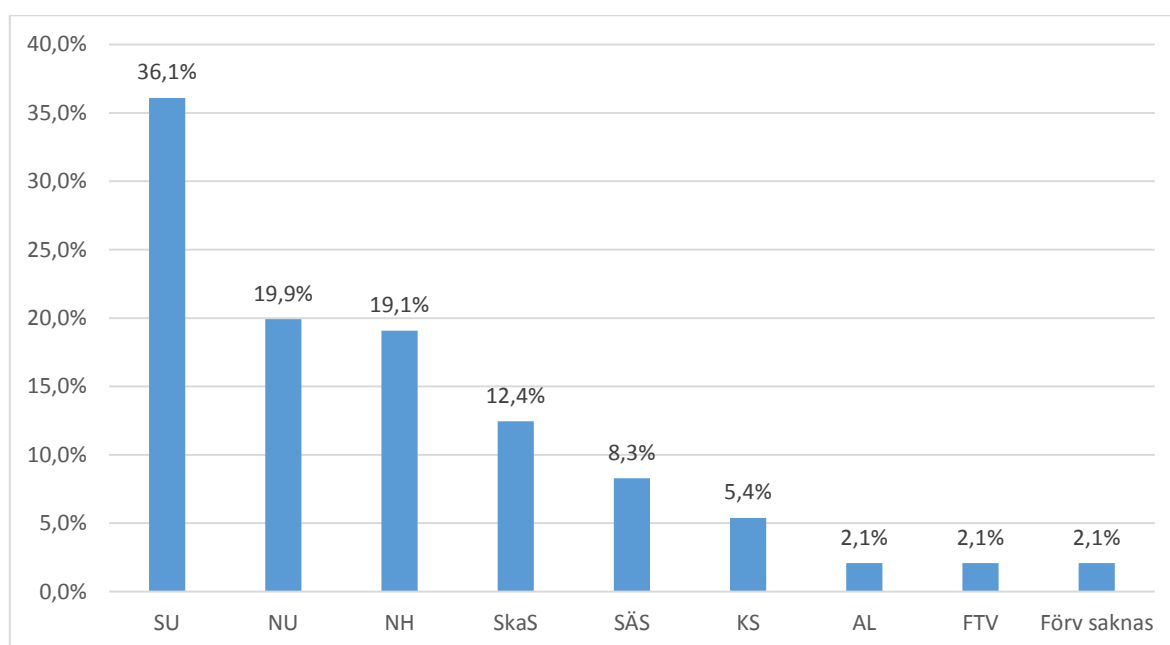
Någon närmare analys inom ramen för denna sammanställning har inte gjorts av kvalifikationerna och anställningsförhållandena hos den personal som kritiserats av IVO.

Händelser där endast ansvarsbrister, och inga systembrister, identifierats kommer inte att analyseras närmare. I de ärenden där brister ses i både ansvar och system kommer inte ansvarsfrågan att analyseras vidare, då denna sammanställning fokuserar på systembrister.

Klagomålsärenden där systembrister identifierats (ej Lex Maria-anmällda)

Fortsättningsvis redovisas och analyseras klagomålsbeslut i händelser där systembrister identifierats men där någon anmälan enligt Lex Maria inte gjorts⁹, om inte annat anges. De klagomål där Lex Maria-anmälan gjorts sammanställs och analyseras i en separat rapport om Lex Maria-beslut.

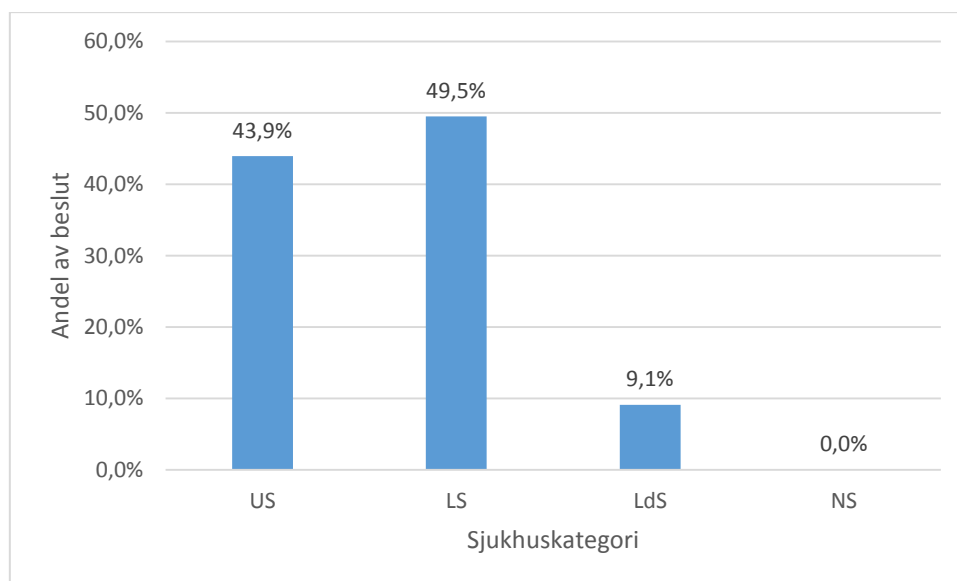
Systembrister har identifierats i 241 klagomål (25 % av klagomålen, Lex Maria-anmällda exkluderade). Fördelningen av besluten mellan förvaltningarna visas i Figur 21.



Figur 21. Fördelning av klagomålsbeslut (ej Lex Maria-anmällda) där systembrister identifierats (n=241) mellan de olika förvaltningarna. Andelen (%) beslut för respektive förvaltning visas.

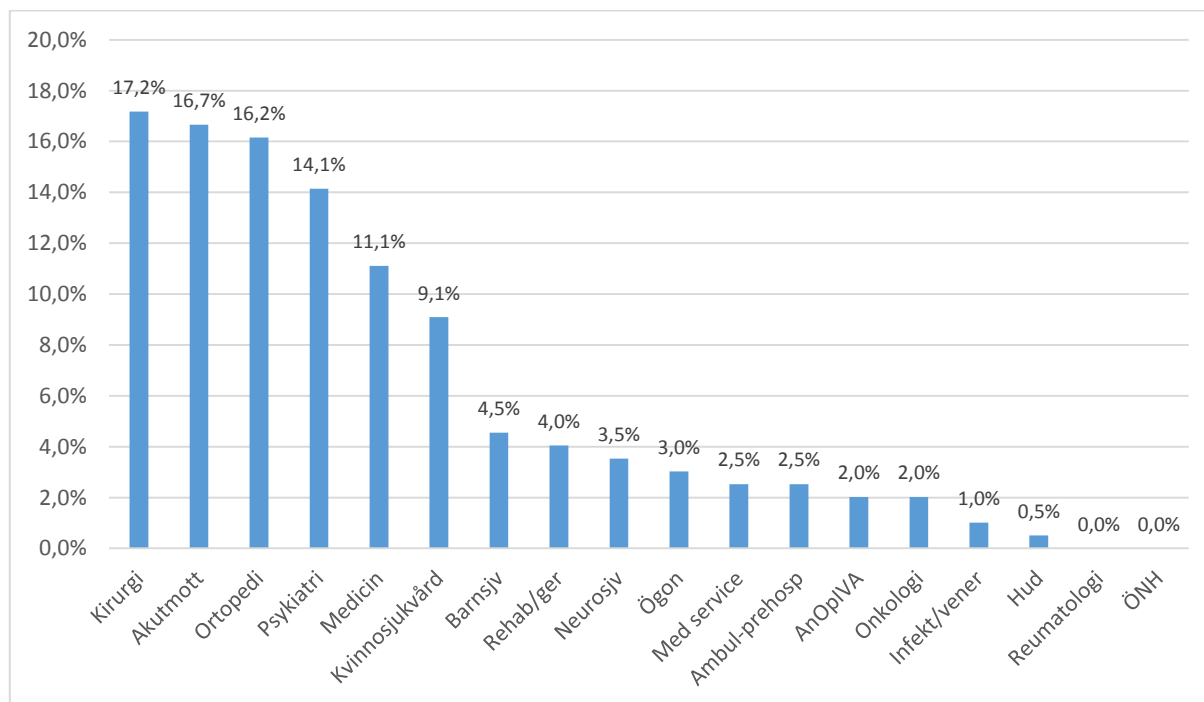
Fördelningen av besluten mellan de olika sjukhustyperna visas i Figur 22.

⁹ Uppgift om Lex Maria-anmälan framkommer av klagomålsbeslutet. I de fall denna uppgift saknas i beslutet kan en Lex Maria-anmälan ändå ha gjorts. Beslutet kommer i denna framställning i sådana fall att analyseras som om en Lex Maria-anmälan inte gjorts.



Figur 22. Fördelning av beslut i klagomål (ej Lex Maria-anmälda) där systembrister identifierats mellan de olika typerna av sjukhusförvaltningar (se texten för förklaring). Andel (%) av alla beslut som rör sjukhusen visas (n=198).

Fördelningen av besluten mellan olika sjukhusanknutna specialiteterna visas i Figur 23. Andelen beslut för universitetssjukhuset är i samma storleksordning som för länssjukhusen sammanslagna. Till länssjukhusen kan läggas besluten som rör länsdelssjukhusen. Detta vilket visar att det är betydelsefullt att samla klagomålsbesluten som rör läns- och länsdelssjukhusen till kunskapsunderlaget som rör patientsäkerheten på sjukhusen.



Figur 23. Fördelningen av beslut i klagomål (ej Lex Maria-anmälda) där systembrister identifierats mellan de olika sjukhusanknutna specialiteterna. Andel (%) av alla beslut som rör sjukhusen visas (n=198).

Vårdgivarens identifiering av systembrister i klagomålsärenden

I beslut med systembrister har brister vanligen identifierats till följd av den utredning som tillsynsmyndigheten företagit. Brister kan också ha identifierats av vårdgivaren själv efter att vårdgivaren uppmärksammats på att en avvikelse inträffat. Antalet och andelen beslut med brister där tillsynsmyndigheten och/eller vårdgivaren identifierat brister framkommer i Tabell 3.

Tabell 3. Beslut där vårdgivaren och/eller tillsynsmyndigheten identifierat funna systembrister. (Sammanställningen inkluderar inte händelser som Lex Maria-anmälts.)

Systembrister identifierade av	Antal beslut	Andel
Vårdgivaren	93	38,6 %
SoS/IVO	131	54,4 %
Båda	17	7,1 %
Totalt	241	100 %

Vårdgivaren har identifierat systembrister i patientsäkerheten i 46 % av klagomålsärenden där systembrister förelegat i händelser där Lex Maria-anmälan inte gjorts. Bland dessa finns händelser som kan bedömas som allvarliga och som därmed skulle föranlett Lex Maria-anmälan (se nedan).

Om man lägger till de 58 händelser som anmälts enligt Lex Maria (utredning görs endast av vårdgivaren som därför ensam identifierar förekommande systembrister) ser tabellen ut som följer (Tabell 4).

Tabell 4. Händelser som föranlett klagomål där vårdgivaren och/eller tillsynsmyndigheten identifierat funna systembrister. Sammanställningen inkluderar händelser som Lex Maria-anmälts.

Systembrister identifierade av	Antal beslut	Andel
Vårdgivaren	151	50,5 %
SoS/IVO	131	43,8 %
Båda	17	5,7 %
Totalt	299	100 %

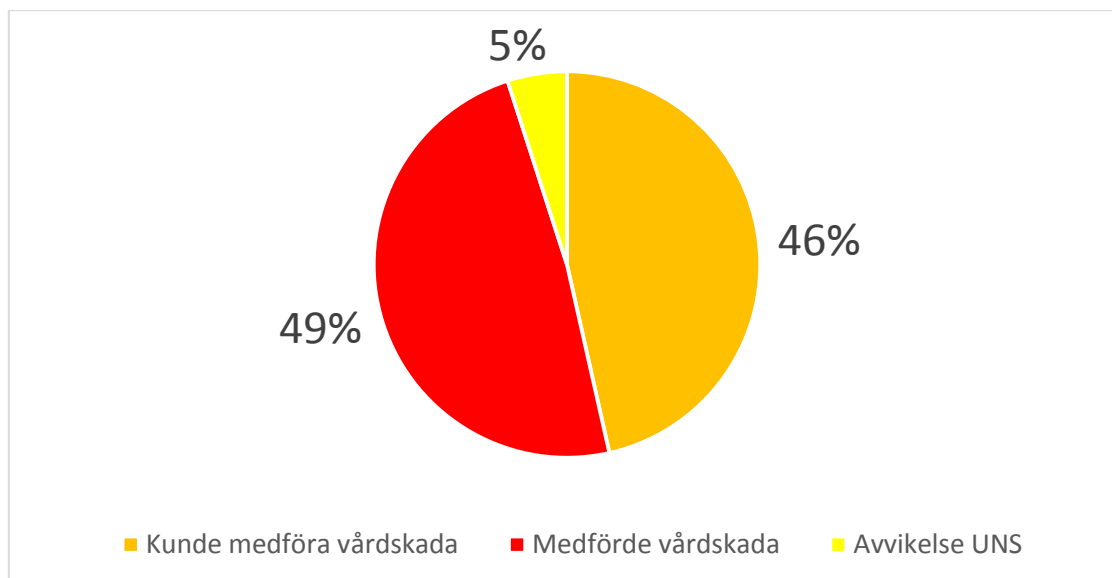
Sammantaget har vårdgivaren i sin egen utredning identifierat systembrister i 56 % av klagomålen där systembrister förelegat (inberäknat klagomål där vårdgivaren gjort Lex Maria-anmälan).

Andelen klagomål där vårdgivaren identifierat systembrister visar på en betydande aktivitet hos vårdgivaren att beakta klagomål. Aktiviteten bör dock ökas så att andelen beslut där vårdgivaren identifierar brister ökar, så att åtminstone bör de händelser som medförde eller kunde medföra allvarlig vårdskada utreds. Detta rör sig sammantaget om minst drygt 40 ärenden där allvarlig vårdskada kan bedömas ha uppkommit (se Tabell 5 nedan).

Händelsetyp och vårdskador i klagomålsärenden med systembrister

Nedan visas resultaten för klagomål i händelser som inte också Lex Maria-anmälts av vårdgivaren, såvida inte annat anges.

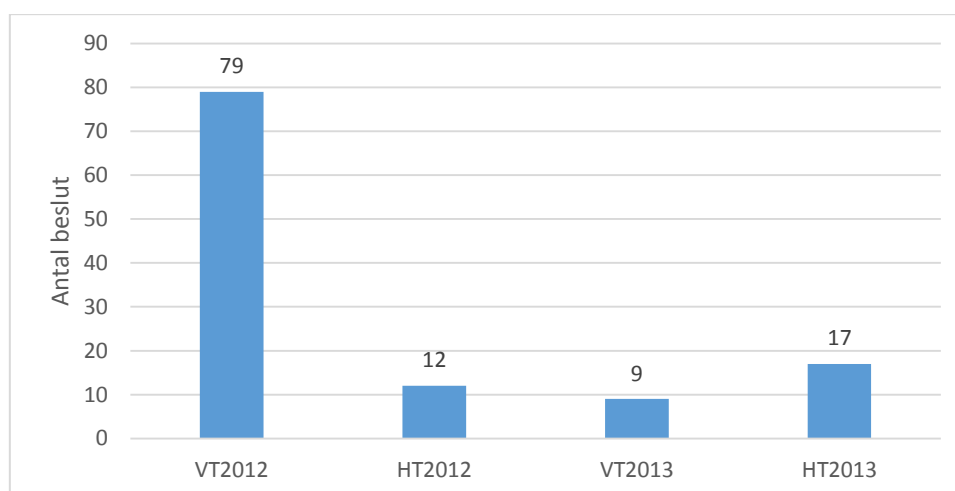
Av de 241 händelserna i klagomålsbeslut med systembrister ledde 49 % till vårdskada medan 46 % kunde medföra vårdskada (4 % kunde inte klassificeras; se Figur 24).



Figur 24. Fördelning av händelsetyper i klagomål där systembrister kunde påvisas (n=241).

Anmälaren förefaller lika benägen att anmäla händelser där vårdskada kunnat inträffa (s k tillbud eller riskhändelser) som händelser där vårdskada inträffat (s k negativa händelser)¹⁰.

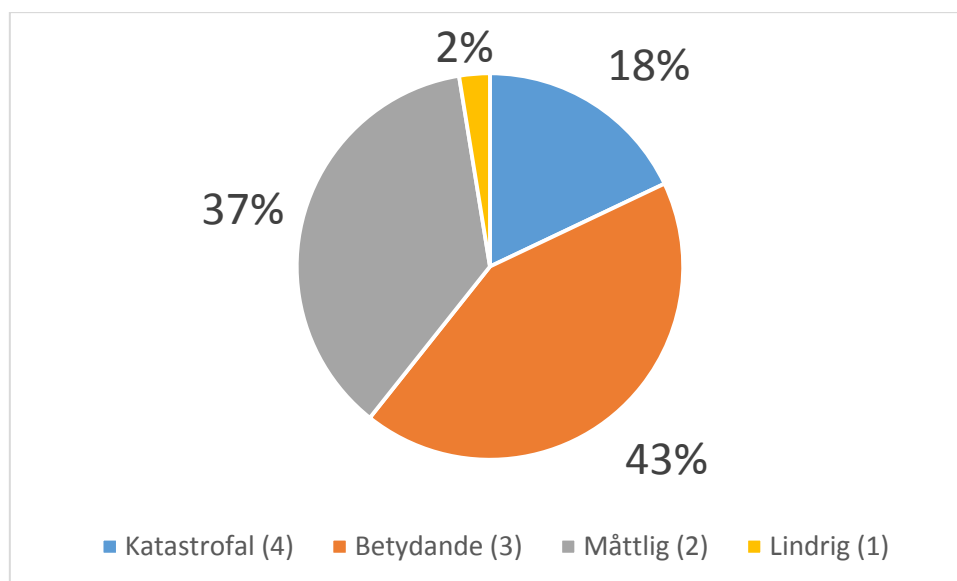
Antalet inkomna beslut där vårdskada förelegat visas i Figur 25.



Figur 25. Antal inkomna klagomålsbeslut där händelsen medfört vårdskada (ej Lex Maria-anmälade händelser). Totalt inkom 117 sådana beslut.

Konsekvenserna av händelser som medförde vårdskada visas i Figur 26.

¹⁰ Händelse som medförde vårdskada kallas i tidigare terminologi för negativ händelse, och händelser som kunde medföra vårdskada för tillbud eller riskhändelse. Båda händelsetyperna går under den gemensamma beteckningen avvikelse.

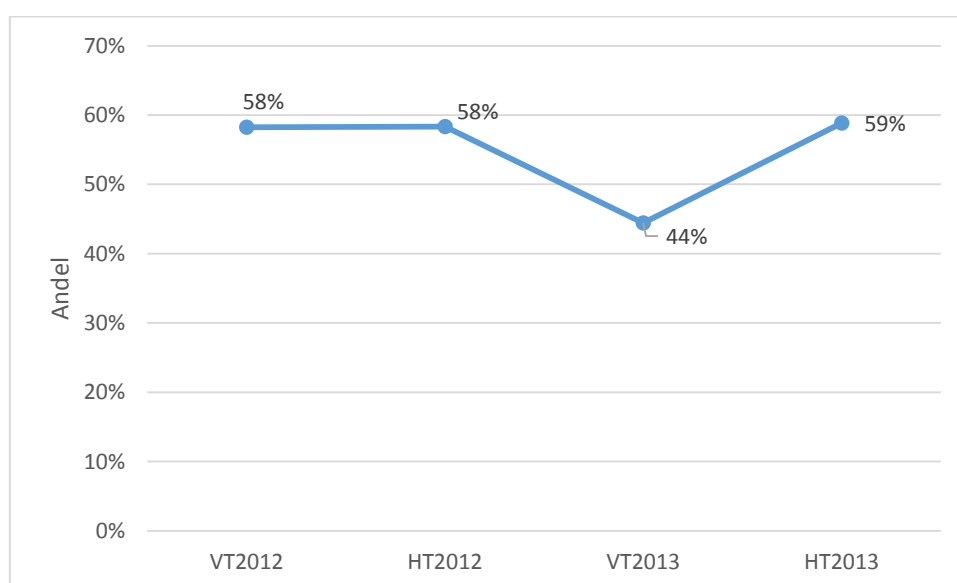


Figur 26. Konsekvenser av händelser (n=117) som ledde till vårdskada.

Vårdskador som fick katastrofala eller betydande konsekvenser kan betecknas som allvarliga vårdskador.

De händelser som ledde till vårdskada (n=117) fick allvarliga konsekvenser för patienten i 61 % av fallen (71 fall). Dessa fall skulle kunna bedömas uppfylla kriterierna för när vårdgivaren ska göra en Lex Maria-anmälan.

Vårdgivarens benägenhet under perioden 2012-2013 att anmäla allvarliga avvikelser enligt Lex Maria och som framkommer i klagomål kan belysas genom andelen klagomål med allvarlig vårdskada av det totala antalet vårdskador i händelser som inte Lex Maria-anmälades. Denna andel bör vara så liten som möjligt och visas i Figur 27.



Figur 27. Andelen (%) allvarliga vårdskador av samtliga vårdskador i klagomål där ingen Lex Maria-anmälan gjordes.

Tyvärr ses ingen nedåtgående trend, vilket inte ger stöd åt förhoppningen att vårdgivarens benägenhet ökat att göra Lex Maria-anmälan vid allvarlig vårdskada som upptäcks genom klagomål. En möjlig förklaring till detta kan emellertid vara att vårdgivaren inte primärt gjort bedömningen att vårdskadan var allvarlig och undvikbar. Antalet vårdskador som ses i klagomålsbeslut som inkommit efter första halvåret 2012 är litet (Figur 25) vilket bör beaktas när slutsatser dras.

Även om andelen av händelser med systembrister som Lex Maria-anmäls ökar, vilket kan tala för en ökad benägenhet att uppmärksamma allvarliga händelser i klagomål, torde det finnas ett utrymme för att ge klagomålen ökad uppmärksamhet och för vårdgivaren att göra fler Lex Maria-anmälningar.

Av de 117 händelser som medförde vårdskador fick 71 (61 %) allvarliga (betydande eller katastrofala) konsekvenser för patienten. Det ses ingen betydande skillnad i andelen allvarliga vårdskador mellan beslut där vårdgivaren identifierat systembrister och där systembrister identifierats endast av tillsynsmyndigheten, se Tabell 5.

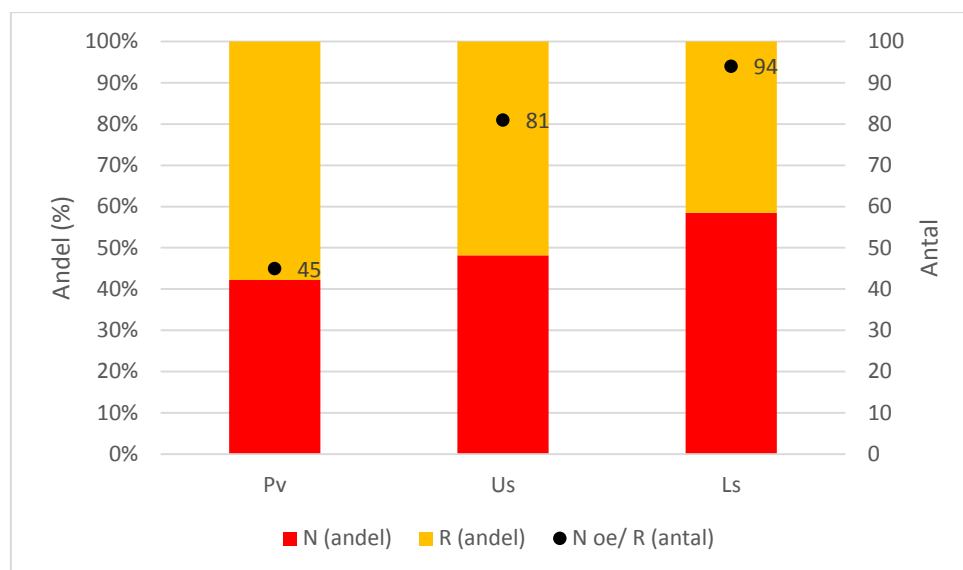
Tabell 5. Inkomna klagomålsbeslut med händelser som medfört vårdskada. Tabellen visar antalet och andelen beslut med allvarlig vårdskada där systembrister identifierats av vårdgivaren eller enbart av tillsynsmyndigheten (SoS/IVO).

Brister identifierade av	Beslut med vårdskada	Beslut med allvarlig vårdskada	Andel (%) beslut med allvarliga vårdskador
Vårdgivaren	46	26	56 %
Endast SoS/IVO	71	45	63 %
Totalt	117	71	61 %

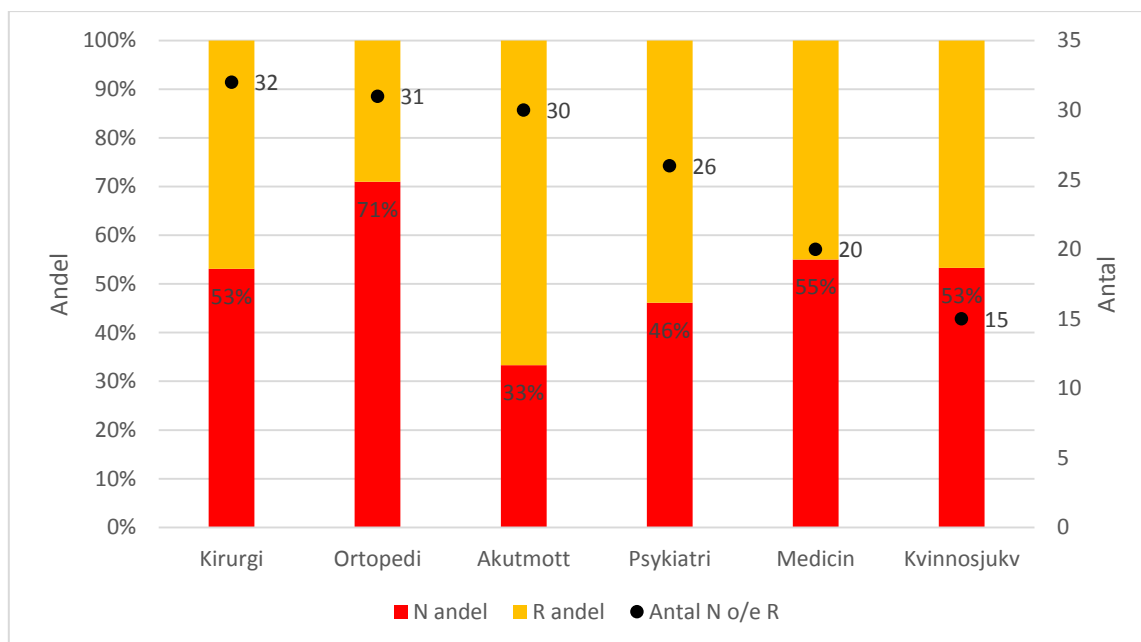
Tillsynsmyndigheten har ensamt identifierat systembrister i händelser med allvarlig vårdskada (63 % av beslut med vårdskada) i något högre utsträckning än vårdgivaren där identifierat systembrister (56 % av beslut). Detta talar för att de händelser där vårdgivaren inte identifierat systembrister är lika allvarliga som där vårdgivaren funnit brister. Vårdgivaren bör därför i större omfattning utreda händelser i klagomål som medfört allvarlig skada och i de fall där åtgärdbara systembrister identifieras göra anmälan enligt Lex Maria.

Avvikelse typer och förvaltning/verksamhet

I de klagomålsbeslut som inkom under 2012-2013 och där händelsen inte Lex Maria-anmälts kunde 117 rubriceras som händelse som medförde vårdskada och 112 som kunde medföra vårdskada. Fördelningen av händelsetyperna över förvaltningstyperna (primärvård, universitetssjukhus, länssjukhus) och sjukhusspecialiteterna visas i Figur 28.



Figur 28. Fördelning av händelser som medförde (N) eller kunde medföra vårdskada (R) i de olika förvaltningstyperna (Pv=primärvård, Us=universitetssjukhus, Ls=länssjukhus¹¹). Andelen (%) händelser av totala antalet av händelser per förvaltningstyp visas. Det totala antalet händelser (N och/eller R) per förvaltningstyp med minst 20 beslut visas.



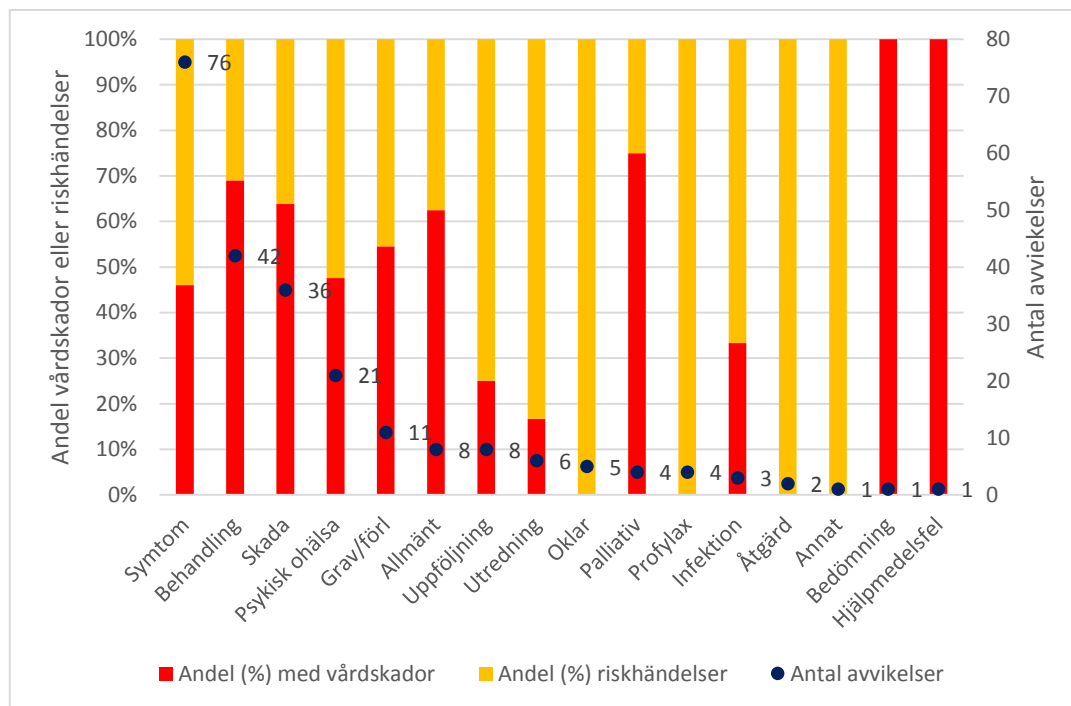
Figur 29. Fördelning av händelser som medförde (N, andel visas) eller kunde medföra vårdskada (R) i olika sjukhusanknutna specialiteter. Andelen (%) händelser av totala antalet av händelser (N eller R) per specialitet visas. Det totala antalet händelser (N och R) per specialitet med minst 10 beslut visas.

¹¹ Pv representeras av NH, Us av SU och Ls av NU, SÄS och SkaS.

Fördelningen i förvaltningstyperna och specialiteterna av händelser som medfört vårdskada eller risk är överlag jämn och likartad. Möjligen ses en högre benägenhet att anmäla händelser som lett till vårdskada vid länssjukhus och ortopedisk verksamhet. Motsatsen kan ses vid akutmottagningar där riskhändelser anmäls i högre utsträckning än vårdskadehändelser.

Vårdorsaker som ledde till händelseförlopp med avvikelser

Anledningen till att patienten sökt vård och syftet med vården kan beskrivas genom kategorisering, enligt Figur 30, där också antalet händelser som är knutna till en viss vårdorsak anges.



Figur 30. Orsaker till att patienten sökt sjukvård i klagomål där avvikelser identifierats (n=229). Antalet beslut med avvikelser för respektive orsaksgrupp visas. Fördelningen (%) av vårdskador och riskhändelser visas för varje orsaksgrupp.

De vanligaste orsakerna till att patienten söker vård i händelseförlopp där avvikelser sker är pga symtom, för planerad behandling, till följd av skada utanför sjukvårdsinrättning och för psykisk ohälsa.

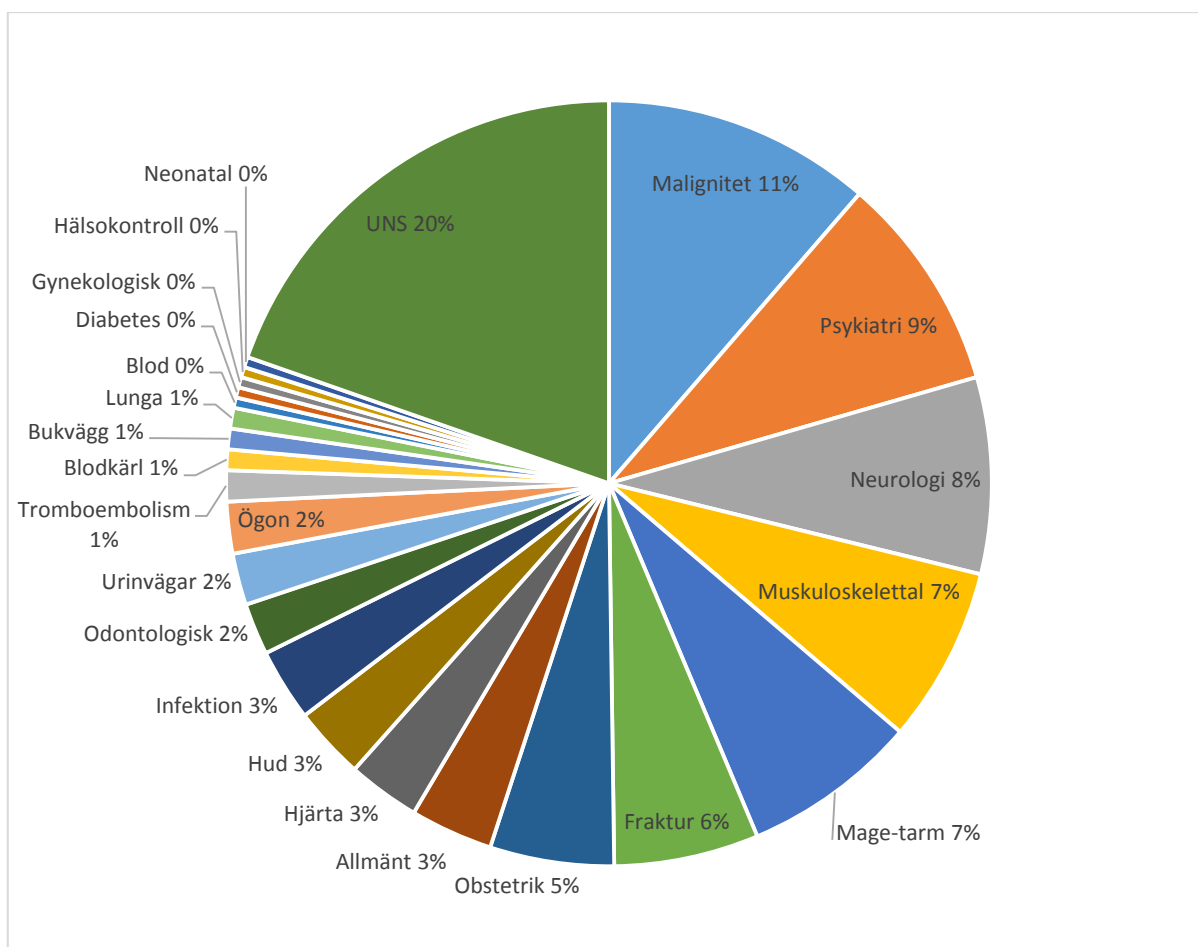
I grupperna där patienten söker vård för symtom eller psykisk ohälsa är fördelningen mellan riskhändelser och händelser med vårdskador väsentligen lika stor. I grupperna där patienten kommer till vården för en planerad behandling eller p g a en skada ses en viss övervikt för händelser med vårdskada.

Närmare beskrivning av de vanligaste sökorsakerna visas i Tabell 6.

Tabell 6. Specifikation av de vanligaste orsakerna till vård i klagomål med avvikelser i händelseförloppet.

Orsaker till vård (antal) med specifikationer					
Symtom	76	Skada (lokal/typ)	36	Behandling	42
Smärta	21	UNS	9	Operation	18
Neurologiska symtom	16	Fall	7	Medicinsk	14
Symtom andra	13	Fot	3	UNS	6
Tumörmisstanke	11	Hand	3	Gips	1
Andningsbesvär	5	Lårben	3	Onkologisk (ej op)	3
Feber	3	Ben	2		
Medvetandesänkning	3	Rygg	2		
Illamående/kräkning	2	Axel	1		
Sår	2	Brännskada	1		
		Djurbett	1		
		Främmande kropp	1		
		Höft	1		
		Skalle	1		
		Underarm	1		

Fördelningen av sjukdomstyp (diagnos/organsystem) när patienten söker vård i händelser med avvikelser (n=229) visas i Figur 31.



Figur 31. Sjukdomstyper när patienten söker vård i klagomål med förekomst av avvikelser (n=229). Andelen (%) för respektive sjukdomstyp av samtliga avvikelser visas.

De vanligaste sjukdomstyperna när patienten söker vård i klagomål med förekomst av avvikelser (n=229) är elakartad tumörsjukdom (11 %), psykiatriskt tillstånd (9 %), neurologisk (8 %), muskuloskelettal (7 %), sjukdom i mage och tarm (7 %), fraktur (6 %) och obstetriskt tillstånd (5 %). De ortopediska tillstånden utgör tillsammans den enskilt största gruppen (14 %). För att stärka patientsäkerheten överlag bör arbetet inriktas på att säkra kompetensen inom dessa områden.

Avvikelser i händelseförlopp

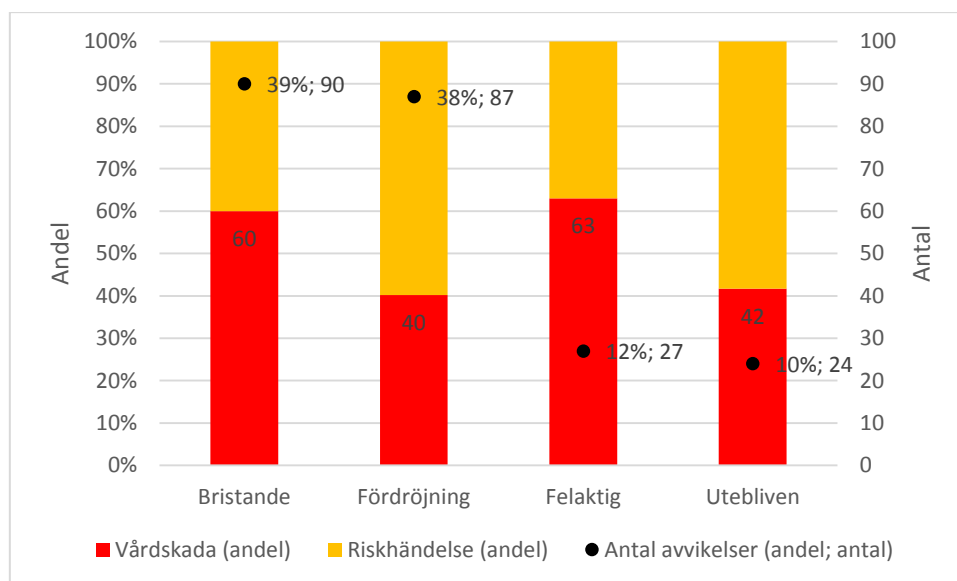
De processer i vården där de identifierade avvikelserna inträffar visas i Tabell 7.

Tabell 7. Processer i vården där de identifierade avvikelserna inträffar. Antalet avvikelser i respektive process och andelen (%) avvikelser i processen av det totala antalet avvikelser (n=229).

Generell process			Vårddelprocess			Specifik process		
	Antal	Andel (%)		Antal	Andel (%)		Antal	Andel (%)
Handläggning UNS	44	19,2	Prehospital handläggning	1	0,4	Palliativ vård	3	1,3
Omvårdnad	16	7,0	Nybesök	1	0,4	Suicidprocess	2	0,9
Allmänt	14	6,1	Utredning	33	14,4			
Dokumentation	6	2,6	Diagnos	16	7,0			
Information	5	2,2	Behandling	56	24,5			
Bedömning	3	1,3	Uppföljning	21	9,2			
Vårdnivåbedömning	1	0,4	Rehabilitering	1	0,4			
Kontroll	2	0,9						
Samtycke	1	0,4						
Transport	1	0,4						
Utskrivning	1	0,4						
Oklart	1	0,4						

Av de avvikelser som identifierats (n=229) inträffar 56 % i avgränsade vårdprocesser där de vanligaste utgörs av behandling (24 %), utredning (14 %) och uppföljning (9 %).

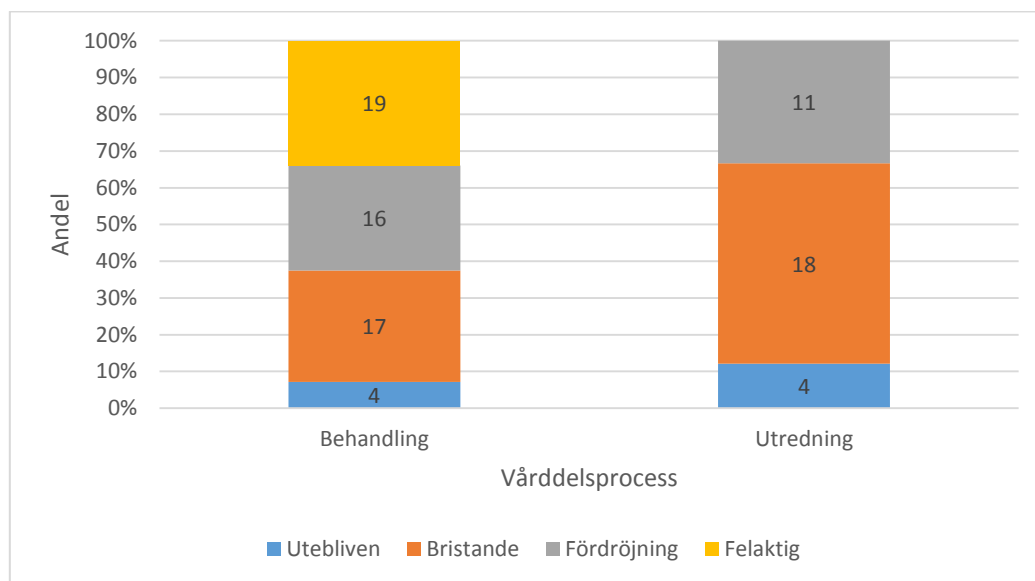
I handläggningen av en patient kan i princip en av 4 olika inadekvata åtgärdsstyper föreligga som utgör grunden för själva avvikelsen (vårdskada eller risk för vårdskada). Dessa är (1) **felaktig** åtgärd som här innebär att en annan åtgärd skulle ha vidtagits, (2) **bristande** åtgärd som innebär att åtgärden inte utfördes på ett korrekt sätt, (3) **utebliven** åtgärd som innebär att åtgärd som borde ha vidtagits inte vidtogs, och (4) **fördröjning** som innebär att den åtgärd som vidtogs borde ha vidtagits tidigare. Förekomsten av avvikelser och hur de fördelas mellan olika briststyper visas i Figur 32.



Figur 32. Typ av inadekvat åtgärd vid händelser som medförde vårdskada eller risk för vårdskada. I stapeln för vårdskada anges andelen (%) vårdskador av det totala antalet avvikelser med en viss typ av åtgärd. Antalet och andelen (%) avvikelser för varje åtgärds typ visas också. (Utöver dessa fanns en (1) avvikelse där åtgärden är oklar. Totalt antal avvikelser n=229)

Nästan 80 % av grunderna för avvikelser (n=229) bestod i att åtgärderna var bristfälliga (39 %) eller fördröjda (38 %).

De vanligaste vårddelsprocesserna där avvikelser förekom var behandling (24 % av avvikelserna) och utredning (14 %; se Tabell 7). Fördelningen av åtgärdstyperna (enligt Figur 32) i dessa vårddelsprocesser visas i Figur 33.



Figur 33. Förekomst av inadekvata åtgärder inom vårddelsprocesserna behandling (totalt 56 avvikelser) och utredning (33 avvikelser). Antalet inadekvata åtgärder av de olika typerna visas.

Bristande och fördröjda åtgärder ses väsentligen lika ofta i vårddelsprocesserna behandling och utredning. Utöver detta är inom processen behandling felaktiga åtgärder lika vanligt som bristande och fördröjda åtgärder. Inga felaktiga åtgärder sågs i vårddelsprocessen utredning. Det är därför viktigt att arbete fokuseras på hur och när handläggningsåtgärder ska vidtas i båda dessa processer. Arbetet bör också fokusera på att rätt metod används i behandlingen av patienten.

Exempel på avvikelser i vårdprocesser

Nedan anges exempel på avvikelser i processer. Varje avvikelse beskrivs bara en gång.

Bristande utredning

- 5 fall av trauma där frakturer (bl a på kotor och skalle) missades och fastställdes med en försening
- 3 fall av buksmärta där bakomliggande (ventikelcancer) eller andra samtidiga tillstånd (krans-kärlssjukdom och hypotension) missades eller diagnos försenades
- Andra tillstånd/sjukdomar missades: dehydrering, djup ventrombos, hjärtsjukdom (endokardit, perikardit, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hjärntumör, neuroborrelios)

Fördröjd utredning

- 5 fall där utredningen av bakomliggande cancer fördröjdes
- 2 fall av fördröjd utredning av psykisk sjukdom/funktionshinder, bl a ADHD
- Felaktig prioritering som medförde fördröjd utredning av diskbråck
- Fördröjd utredning av trauma som medförde att quadricepsruptur missades

Felaktig behandling

- Felaktig användning av läkemedel
 - Överdoser (2 fall)
 - Morfin som medförde ileus
 - NSAID som medförde blödande ulcus

- Förväxling av läkemedel
 - Multifarmaci
- Felaktig operation
 - Operation av hudförändring
 - Operation av misstänkt cancer
 - Operation av finger
 - Felaktig höftprotes
 - Felaktig kateterisering vid anläggning av Bricker-blåsa
- Annan felaktig behandling
 - Bältesläggning
 - Strålbehandling av fel område
 - Felaktig avgipsning efter fraktur
 - Behandling vid svetsblänk

Bristande behandling

- Perforationer vid CVK-inläggning (pneumothorax) och koloskopi (tarmperforation)
- Kvarglömd tamponad i urogenitalområde (2 fall)
- Skada vid operation: Spinal blödning, nervskada i handled, blödning intraabominellt, nervskada vid tandextraktion
- Användning av förbrukad kanyl och utgången vaccin
- Otillräcklig behandling: smärta (3 fall), reumatism
- Felaktig vårdnivå efter trauma
- Oklar indikation för tvångsvård

Fördröjd behandling

- Epilepsi, glaukom
- Fraktur (2 fall) och avgipsning
- Trauma
- Sectio
- Operation vid buksmärtor
- Receptförskrivning
- Neoplasi (3 fall)
- Smärtbehandling (2 fall)
- Tvångsvård

Uppföljning (alla brister)

- Abort
- Appendicitmisstanke
- Bensvullnad
- Diabetes
- Frakturbehandling
- Pacemaker
- Provsvar (3 fall)
- Misstänkt cancer (2 fall)
- Psykisk sjukdom
- Hypertension
- Parodontit
- Läkemedelsbehandling (2 fall)

- Trycksårrisk
- Tillväxtkontroll

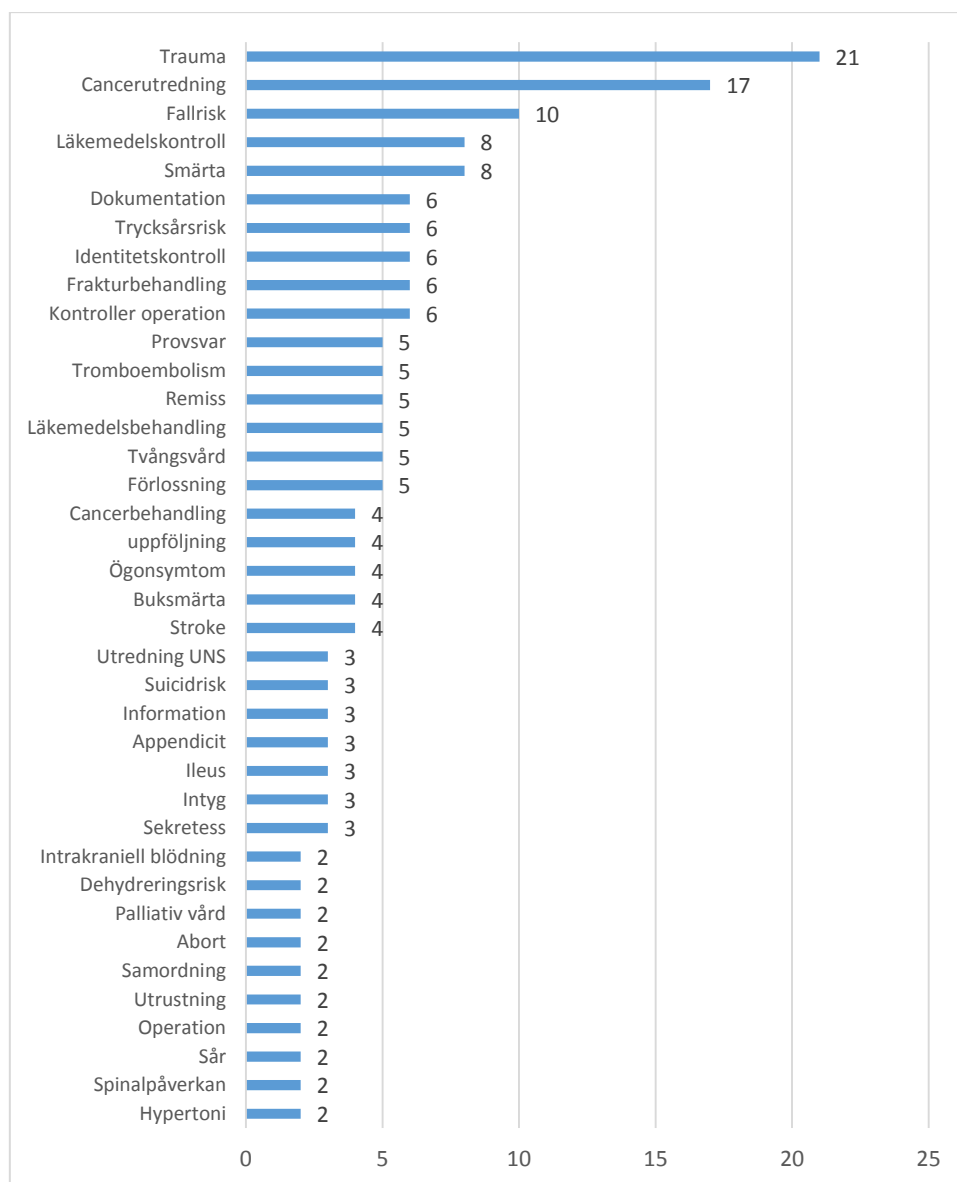
Diagnos (fördröjning)

- Cancer (5 fall)
- Ryggsmärta (2 fall)
- Blödande ulcus
- Trauma (4 fall)
- Tromboembolism (2 fall)
- Shuntproblem (likvor)
- Axelluxation

Omvårdnad (bristande)

- Fallrisk (9 fall)
- Trycksårrisk (4 fall)
- Infektion i perifer venkateter (PVK)
- Missbruk och psykisk sjukdom

Områden med upprepning där brister i vidtagna åtgärder ses visas i Figur 34.



Figur 34. Områden med upprepning av brister i vidtagna åtgärder vid handläggningen av patienter.

Övriga områden som förekommer en gång visas i Tabell 8.

Tabell 8. Områden där brister i vidtagna åtgärder ses en gång.

ADHD	Endokardit	Luxation	Recept
ALS	Endoskopi	Neonatal	Röntgensvar
Aortaaneurysm	EP	Njursten	Sepsis
Arytmi	Fästingbett	Ombokning	shunt
Behandling UNS	Förvirring	Omvårdnad UNS	Syncope
Bensvullnad	Graviditet	Pacemaker	Tandextraktion
Blödning	Hjärtinfarkt	Parodontit	Tillväxtkontroll
CVK	Hjärtsvikt	Perikardit	Ulcus
Diabetes	Hypotension	P-piller	Vårdnivå
Dyspne UNS	Informationsöverföring	Prioritering	
Egenvård	Kateter (urinvägar)	PVK	

Områdena där bristande eller fördröjda åtgärder vidtas och som leder till avvikelser är mångskiftande. Upprepningar ses inom flera områden där de sex vanligaste är trauma (21), cancerutredning (17), fallrisk (10), läkemedelskontroll (8), smärta (8) och dokumentation (6).

Vårdskador: skador och konsekvenser

Här beskrivs och analyseras de vårdskador som identifierats i klagomål där systembrister förelegat.

Av samtliga inkomna beslut i klagomål där samma händelse inte anmälts enligt Lex Maria (n=988) identifierades händelser som medförde vårdskada i 12 % av klagomålen (n=117).

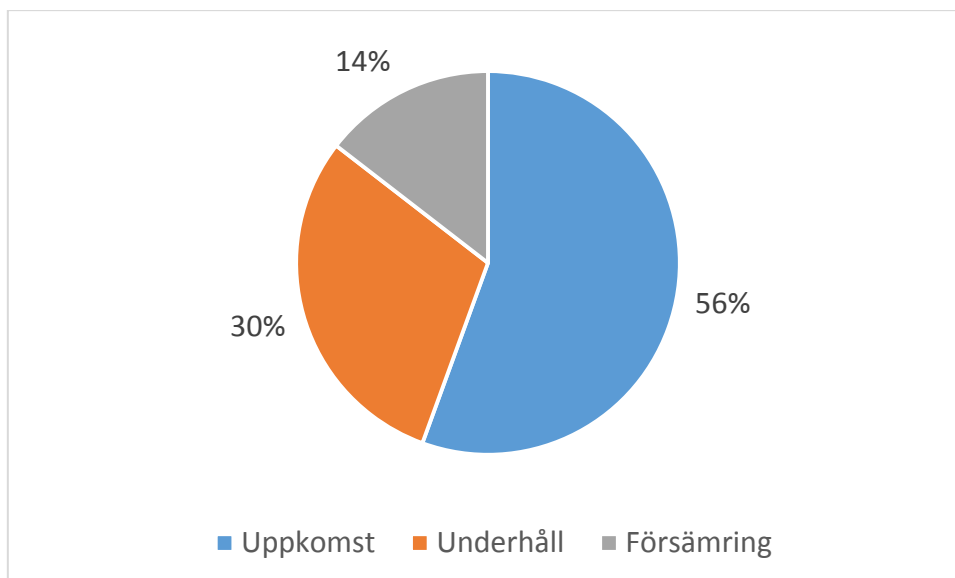
En vårdskada kan beskrivas utifrån dels den direkta skada som avvikelser medförde, här kallad skada, dels den konsekvens som skadan fick för patienten, här kallad konsekvens. I patientsäkerhetsarbetet är det väsentligt att förhindra att avvikelser uppstår, att en skada inte ska uppstå om en händelse inträffar som kan medföra vårdskada och att motverka utvecklingen av de konsekvenser som skadan kan medföra. Tidigare i denna rapport har de avvikelser i händelseförloppet som identifierats beskrivits. Här beskrivs de skador som uppstått och deras konsekvenser.

Skadans uppkomst

En skadas utveckling kan kategoriseras i åtminstone tre grupper.

- Underhåll av befintligt tillstånd: patienter kommer att ha kvar betydande besvär av samma åkomma som när kontakt togs med vården
- Försämring: patientens åkomma försämras
- Uppkomst: ny skada uppstår som patienten inte hade när kontakt togs med vården

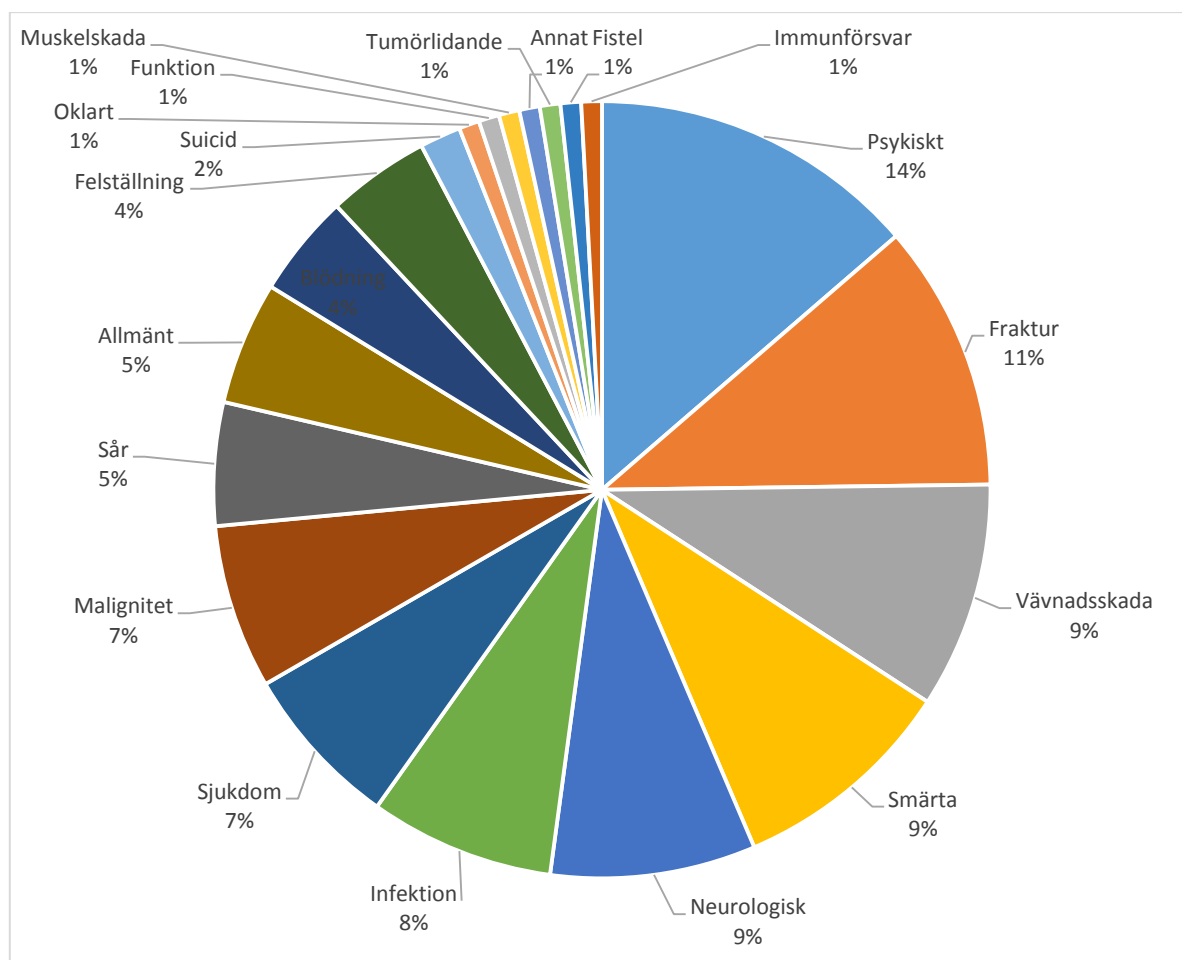
Fördelningen av skadeuppkomsten visas i Figur 35.



Figur 35. Fördelning (%) av de olika sätt som skada uppstår i de vårdskador som ses i klagomålsbesluten (n=117).

Vid händelser som medför vårdskada i klagomål uppstår skadan genom en ny åkomma i över hälften (56 %) av fallen och genom underhåll eller försämring av ett befintligt tillstånd i de resterande (44 %) fallen.

En skadas typ kan beskrivas utifrån sjukdom, objektiva fynd eller obehag. Fördelningen av skadetyper visas i Figur 36.



Figur 36. Fördelning (%) av skadetyper hos de vårdskador (n=117) som ses i klagomålsbeslut.

Skadetyperna bland vårdskadorna (n=117) är mångskiftande. Till de som tillsammans utgör ca 80 % av vårdskadorna hör psykiskt lidande (14 %), fraktur (11 %), smärta (9 %), vävnadsskada (9 %), neurologisk påverkan (9 %) och infektion (8 %), sjukdom (7 %), malignitet (7 %) och sår (5 %).

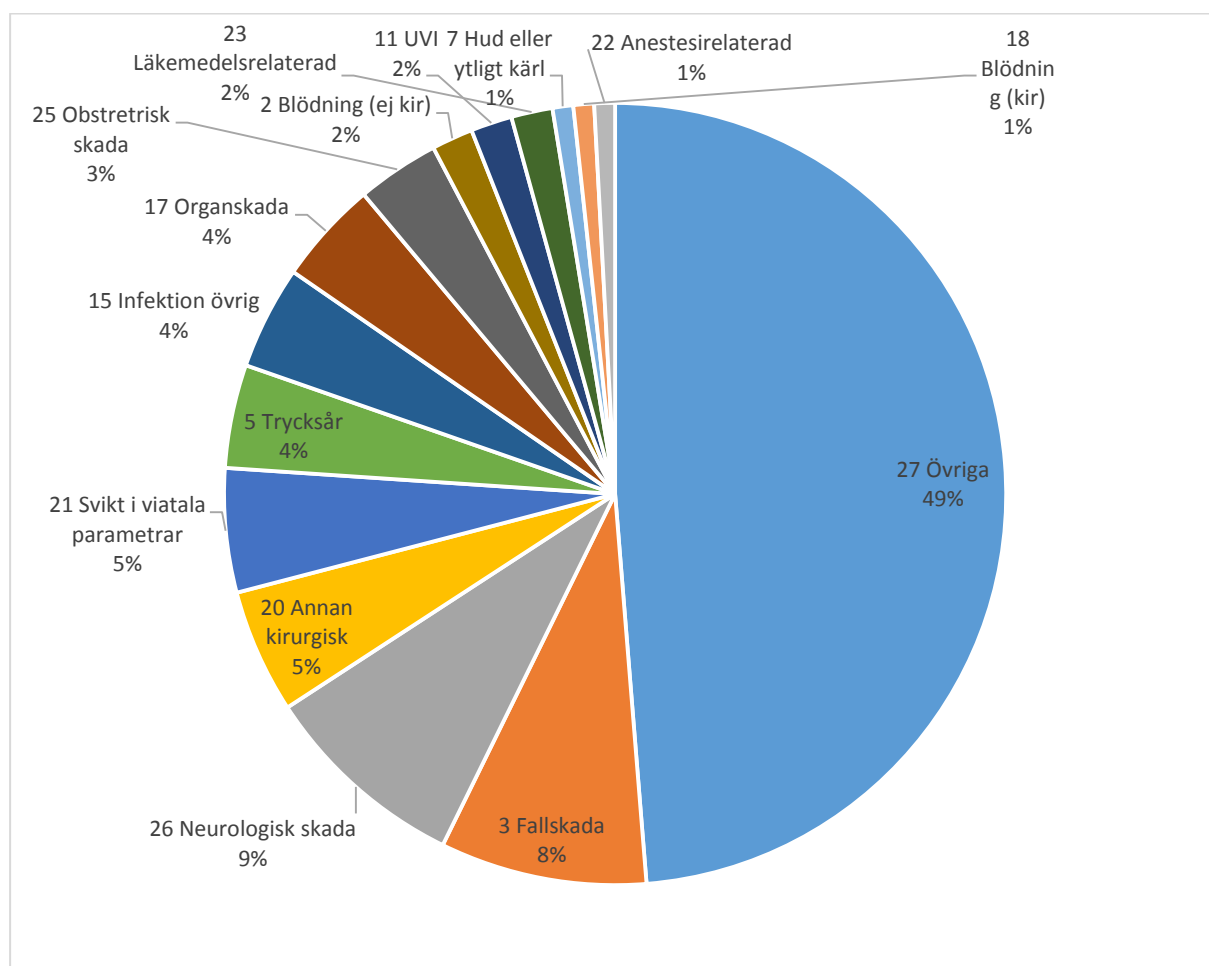
Klassificering av skador enligt markörbaserad journalgranskning (MJG)

Vårdskador kan också beskrivas genom den kategorisering som görs i markörbaserad journalgranskning, se Tabell 9.

Tabell 9. Klassificering av skadetyper enligt markörbaserad journalgranskning (MJG).

Allmänt	Komplikationer vid kirurgiska ingrepp och andra invasiva åtgärder
1 Allergisk reaktion	16 Förväxlingsingrepp
2 Blödning, inte i samband med kirurgi eller annan invasiv åtgärd	17 Organskada
3 Fallskada	18 Blödning/hematom under eller efter invasivt ingrepp som inte krävt reoperation
4 Trombos/emboli	19 Reoperation
5 Trycksår kategori 2-4	20 Annan kirurgisk komplikation
6 Blåsoverfyllnad	Övrigt
7 Hudskada eller yttlig kärlskada	21 Svikt i vitala parametrar (som ej klassificeras ovan) inkl hjärtstopp
Infektioner	22 Anestesirelaterad skada
8 CVK-relaterad infektion	23 Läkemedelsrelaterad skada (ej allergisk reaktion)
9 Pneumoni (ej ventilator-associerad pneumoni)	24 Medicintekniskt orsakad skada
10 Postoperativ sårinfektion	25 Postpartumskada/obstetrisk skada
11 Sepsis	26 Neurologisk skada
12 UVI	27 Övriga skador, ange vad
13 Ventilator-associerad pneumoni	
14 Clostridium difficile-infektion	
15 Infektion övrig	

Fördelningen av vårdskador enligt denna klassificering visas i Figur 37.

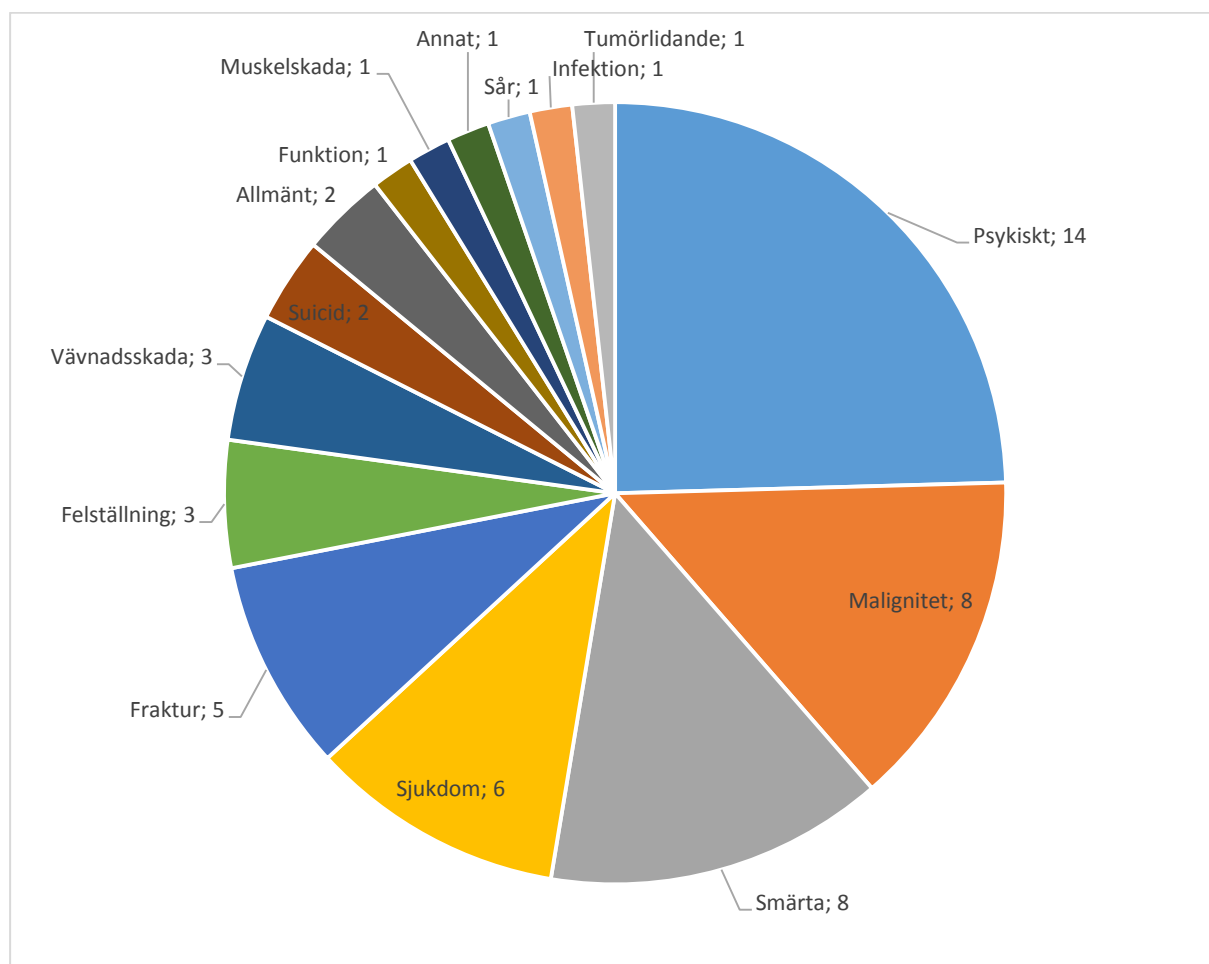


Figur 37. Fördelningen (%) av skadetyper enligt MJG (typnummer och klartext visas) av vårdskador i klagomålsbeslut (n=117).

Vid användning av MJG utfaller en väsentlig andel av skadorna som övriga (49 %), vilket är en alltför stor andel för att göra klassifikationen användbar för typning av vårdskador så som de beskrivs i

denna rapport (se ovan). Orsaken till skillnaderna kan vara att MJG baseras på en annan klassifikationsgrund som inte renodlar den egentliga skadan från dess uppkomstsätt eller dess konsekvens. Exempelvis kommer fallskada att klassificeras som fallskada enligt MJG, medan i den faller ut som fraktur eller vävnadsskada (i fall av kontusion) i den klassifikation som används i denna rapport.

Fördelningen av skador enligt klassifikationen som används i denna rapport och som faller ut som Övriga i MJG visas i Figur 38.



Figur 38. Skadetyper enligt klassifikationen som används i denna rapport och som faller ut som Övriga i MJG-klassifikationen. Antalet skador av respektive typ visas (totalt 57 skador).

Exempel på vårdskador

Nedan följer exempel på vårdskador ur de vanligaste skadekategorierna enligt Figur 36.

Psykisk skada

- Otrygghet (6 fall)
- Integritetsintrång (4 fall)
- Frihetsinskränkning (3 fall)
- Förlängt lidande, lidande vid muskelrelaxation utan sedation och suicidförsök

Fraktur

- Fall på vårdavdelning som medförde fraktur (8 fall)

- Lidande till följd av missad diagnos eller fördröjd behandling av trauma/fraktur utanför vården (5 fall)

Vävnads(organ-)skada

- Hjärtinfarkt och hjärtsvikt (2 fall)
- Ileus
- Ulcus ventrikuli
- Pneumothorax
- Analsfinkterskada
- Tarmperforation
- Tryckskada
- Njurinsufficiens (till följd av upphävd njurcirkulation)
- Felaktig protes i höft
- Utvidgning av brännskadeområde

Smärta

Underhåll 10 fall, uppkomst 1 fall

- Ryggsmärta (3 fall)
- Buksmärta, urogenitalt
- Ospecificerat (6 fall)

Neurologisk

- Hjärna (5 fall varav 2 perinatalt och 2 efter stroke)
- Ryggmärg (2 fall; efter trauma respektive diskbråck)
- Perifer nerv (2 fall)
- Kranialnerv (1 fall)

Infektion

Uppkomst 8 fall, underhåll 1 fall

- Peritonit (3 fall)
- Sepsis (2 fall)
- Hud (2 fall)
- Hjärta och nedre extremitet

Sjukdom

Underhåll 3 fall, försämring 5 fall

- Chockutveckling vid hypotension
- Hjärta (2 fall)
- Glaukom (2 fall) och ögonskada
- Parodontit

Malignitet

- Förlängt lidande med bl a smärta (6 fall)
- Tumörtillväxt/spridning (2 fall)

Konsekvenser av vårdskador

Om klassifikation av konsekvenser av vårdskador

De mest använda systemen för att klassificera vårdskadors svårighetsgrad utgörs av dem som beskrivs i handböckerna för riskanalys och händelseanalys respektive markörbaserad journalgranskning. Den förstnämnda är en modifikation från Department of Veterans Affairs, se Tabell 10.

Tabell 10. Klassifikation av skadors allvarlighetsgrad, enligt Risk- och händelseanalys: Handbok för patientsäkerhetsarbete (Socialstyrelsen 2009).

Allvarlighetsgrad	Exempel på konsekvenser
Katastrofal (4)	Dödsfall/självmod Bestående stor funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk)
Betydande (3)	Bestående måttlig funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepidod för tre eller fler patienter ¹⁾ ²⁾ Förhöjd vårdnivå för tre eller fler patienter ¹⁾
Måttlig (2)	Övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) Förlängd vårdepidod för en eller två patienter ²⁾ Förhöjd vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	Obehag eller obetydlig skada

Modifierat från: *Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA*

¹⁾ Exempelvis en händelse med ett infektionsutbrott som drabbat flera patienter.

²⁾ Med förlängd vårdepidod avses att vårdkontaktarna med en patient i öppenvård blir fler eller att vårdtiden i slutenvård förlängs.

Den andra skalan (Tabell 11) är en modifikation efter "National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)". Även om skalan inte är progressiv finns ett inslag av progressivitet, där kategori E utgör de minst allvarliga konsekvensen vid skada och kategori I den mest allvarliga.

Tabell 11. Klassifikation av skadors svårighetsgrad som används vid markörbaserad journalgranskning.

Kategori E	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
Kategori F	Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde vård inom den öppna vården, sjukhusvård eller förlängde sjukhusvistelsen.
Kategori G	Bidrog till eller orsakade permanent skada.
Kategori H	Krävde livsuppehållande åtgärder inom 60 minuter.
Kategori I	Bidrog till patientens död.

Observera att dessa klassifikationssystem inte säger något om skadan var undvikbar, d v s om det rör sig en vårdskada.

I patientsäkerhetslagen avses med allvarlig vårdskada en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit¹². En vårdskada som inte uppfyller något av dessa kriterier är inte att klassas som allvarlig, enligt lagens mening. Man kan säga att lagens definition utgör ett tredje klassifikationssystem. Detta senare system har stor relevans då det markerar händelser där vårdgivaren har en skyldighet att göra en anmälan till tillsynsmyndighet¹³ och där det finns lagreglerade krav på vad utredningen ska innehålla som vårdgivaren måste genomföra¹⁴.

En klassifikation av en skadas allvarlighetsgrad bör dels innefatta en viss grad av upplösning mellan olika svårighetsgrader, där en 4-5 gradig skala är praktisk, dels säga något om huruvida skadan är allvarlig utifrån det juridiska perspektivet. Ett fyrgradigt system som är en syntes av de tre ovan beskrivna systemen har därför tagits fram och tillämpats (Tabell 12) i denna sammanställning. I detta system, som på flera sätt liknar Veterans system, är skadorna som klassificeras som 3-4 (katastrofala eller betydande) sådana som är allvarliga enligt patientsäkerhetslagen.

Tabell 12. System för klassifikation av konsekvensen av en händelse som medfört skada (allvarlighetsgrad) som används i denna sammanställning av vårdskador. Se texten för beskrivning av de tre klassifikationssystem som systemet baseras på. Vårdskador av 3-4 graden (fet stil) uppfyller kriterierna för vad som avses med allvarlig vårdskada enligt patientsäkerhetslagen.

Allvarlighetsgrad	Gradering	Beskrivning
Katastrofal	4	Dödsfall eller bestående stor funktionsnedsättning
Betydande	3	Bestående betydande funktionsnedsättning eller behov av ökad slutenvård (akuta livsuppehållande insatser, operation, ökad vårdnivå eller väsentligt ökad vårdtid)
Måttlig	2	Övergående betydande funktionsnedsättning eller behov av väsentligt ökad vård av annat slag än slutenvård på sjukhus
Lindrig	1	Skada som inte uppfyller kriterierna ovan

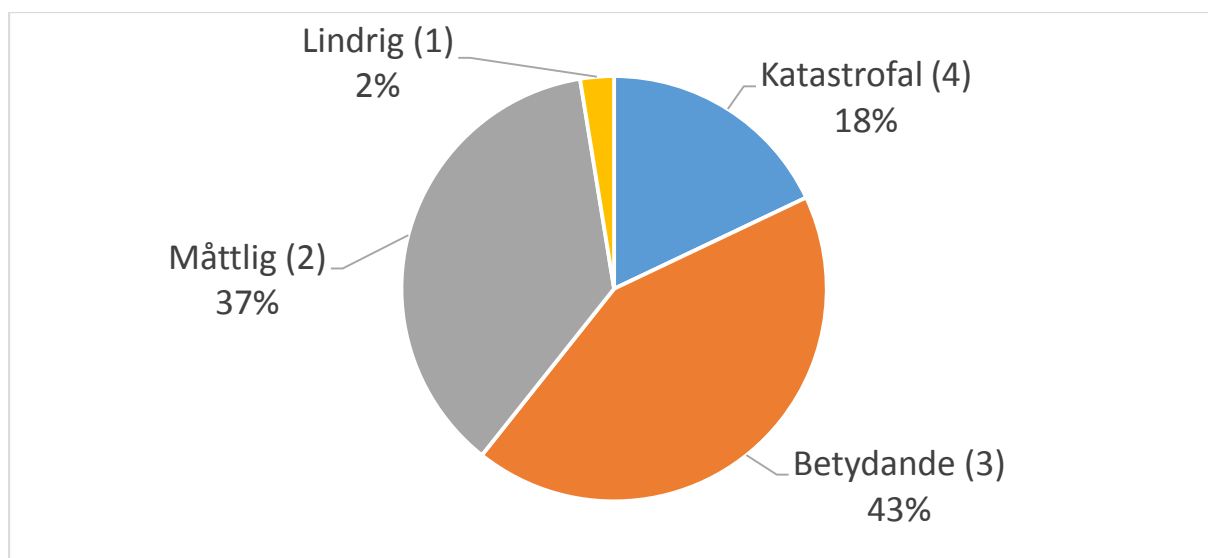
Klassifikationen görs genom att konsekvenserna identifieras i följande ordning: dödsfall (4) > bestående stor funktionsnedsättning (4) > bestående betydande funktionsnedsättning (3) > behov av ökad slutenvård (3) > övergående betydande funktionsnedsättning (2) > ökad vård av annat slag än slutenvård på sjukhus (2), annan skada (1). Klassifikationen i ett enskilt ärende avslutas när en konsekvens identifierats som uppfyller alla kriterier för en allvarlighetsgrad och där identifieringen startar med den allvarligaste konsekvensen (oavsett om mer än en faktor är uppfylld).

Fördelningen av konsekvenserna av vårdskadorna (n=117) på basen av allvarlighetsgrad visas i Figur 39.

¹² 5 § 1 kap patientsäkerhetslag (2010:659)

¹³ 5-6 §§ 3 kap patientsäkerhetslag (2010:659)

¹⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria



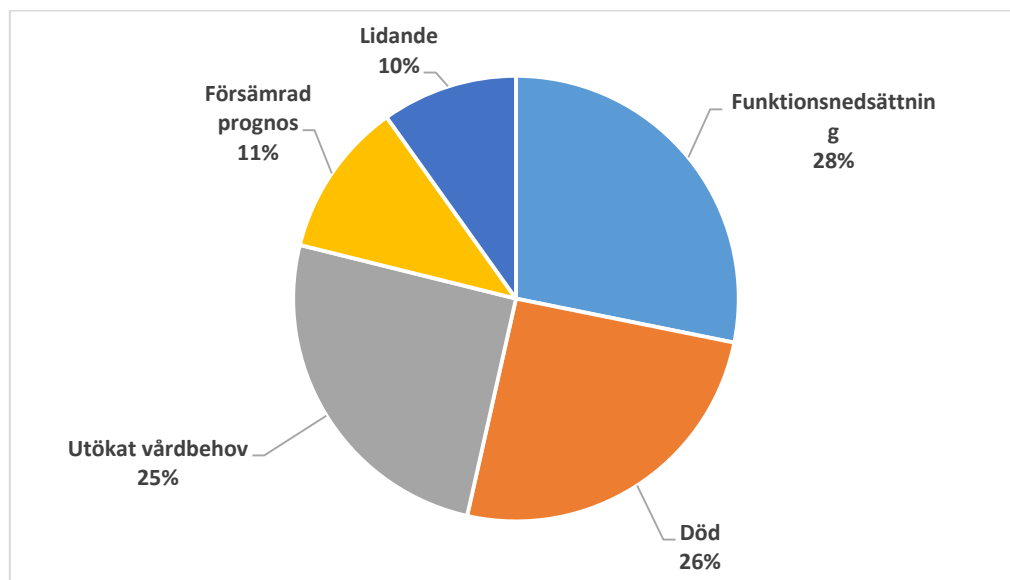
Figur 39. Fördelningen (%) av vårdskadorna (n=117) på basen av konsekvensgrad (1-4).

Vårdskador med betydande eller katastrofal konsekvens kan betecknas som allvarliga, enligt patient-säkerhetslagens definition av allvarlig vårdskada.

Konsekvenserna är allvarliga vid en betydande andel (61 %) av händelserna med vårdskada i klagomålsbeslut (n=117).

Fördelningen av allvarlighetsgrad i klagomålsbeslut torde skilja sig från den i Lex Maria-beslut, där ju skyldighet föreligger att anmäla endast allvarliga händelser.

En mer utförlig karaktärisering av de allvarliga konsekvenserna i klagomålsärenden visas i Figur 40.



Figur 40. Konsekvenserna av allvarliga vårdskador (konsekvensgrad 3-4, enligt Figur 39). Fördelningen (%) visas (n=71).

Konsekvenserna vid allvarliga vårdskador beskrivs i större detalj i Tabell 13.

Tabell 13. Konsekvenser (antal beslut) vid allvarliga vårdskador (n=71)

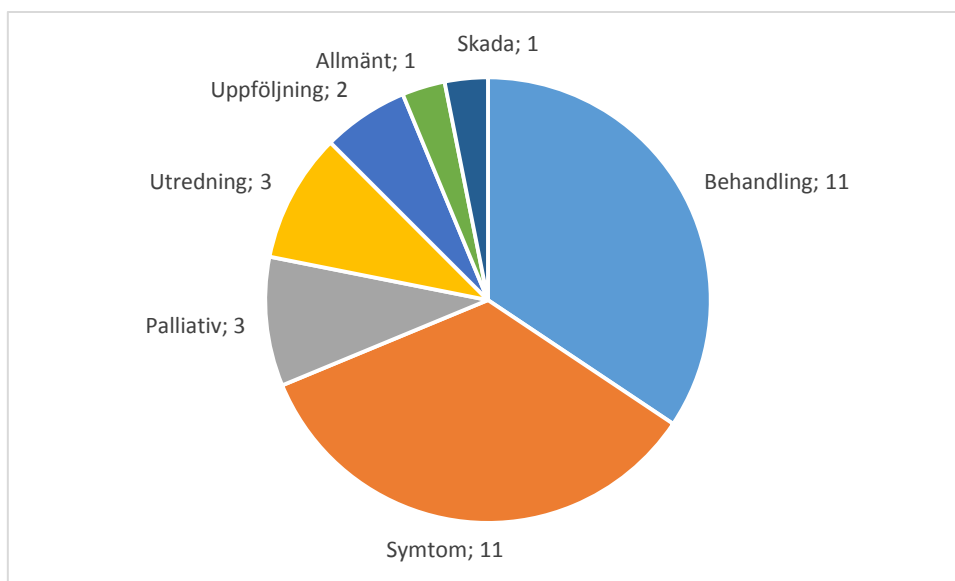
Funktions-ned-sättning	20	Död	18	Utökat vård-behov	18	Försämrad prognos	8	Lidande	7
Rörelseförmåga	8	Död	18	Operation	11	Cancer	7	Psyiskt	4
Neurologisk funktion	6			Vårdtid	5	Bett-tänder	1	Smärta	3
Syn	3			Akut sectio	1				
Inkontinens	1			Ökad risk	1				
Organfunktion	1								
Utseende	1								

Bland klagomål sågs 18 dödsfall, vilket den vanligaste allvarliga konsekvensen av vårdskada. Bland andra allvarliga konsekvenser som förekom ofta sågs behov av operation (11), nedsatt rörelseförmåga (8), försämrad prognos vid cancer (7) neurologiskt bortfall (6) och utökad vårdtid (5).

Avvikelser och vårdskador i de vanligaste specialiteterna

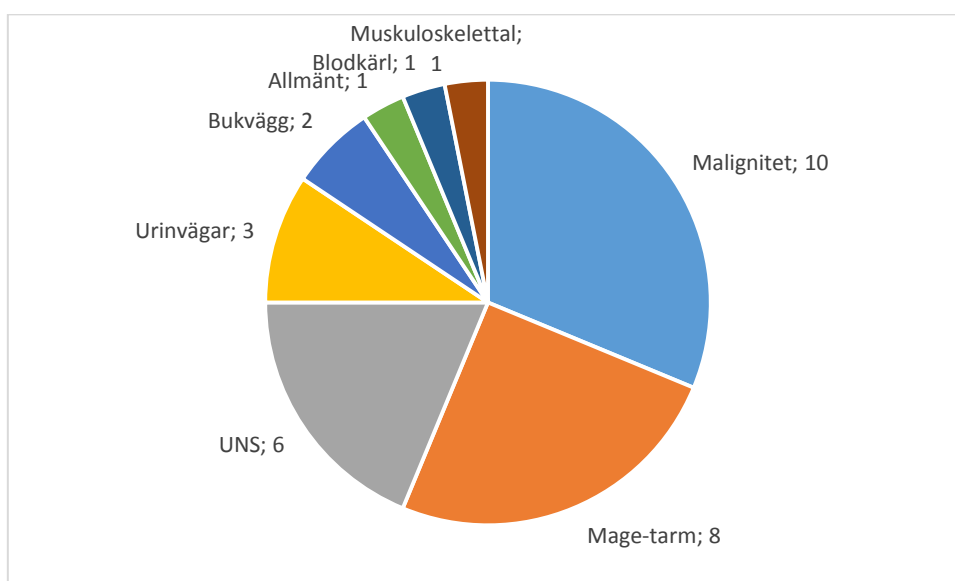
Kirurgi (32 beslut)

Den vanligaste orsaken till vård var pga av symtom (11 beslut) eller för planerad behandling (11 beslut; Figur 41). Operation var den vanligaste planerade behandlingen (7 beslut).



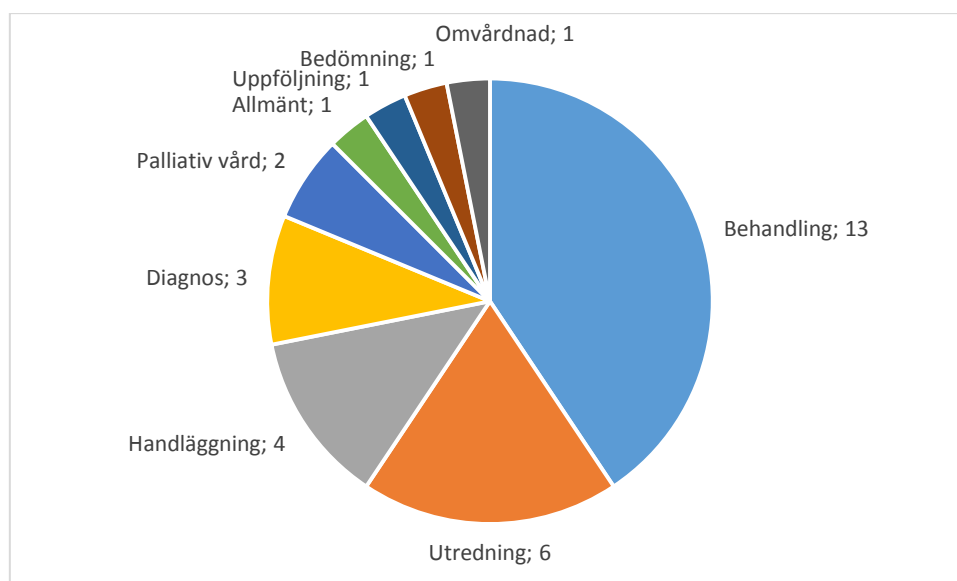
Figur 41. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där kirurgiska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

De vanligaste sjukdomsgrupperna var malignitet (10) och sjukdomar i mage-tarm (8; Figur 42).



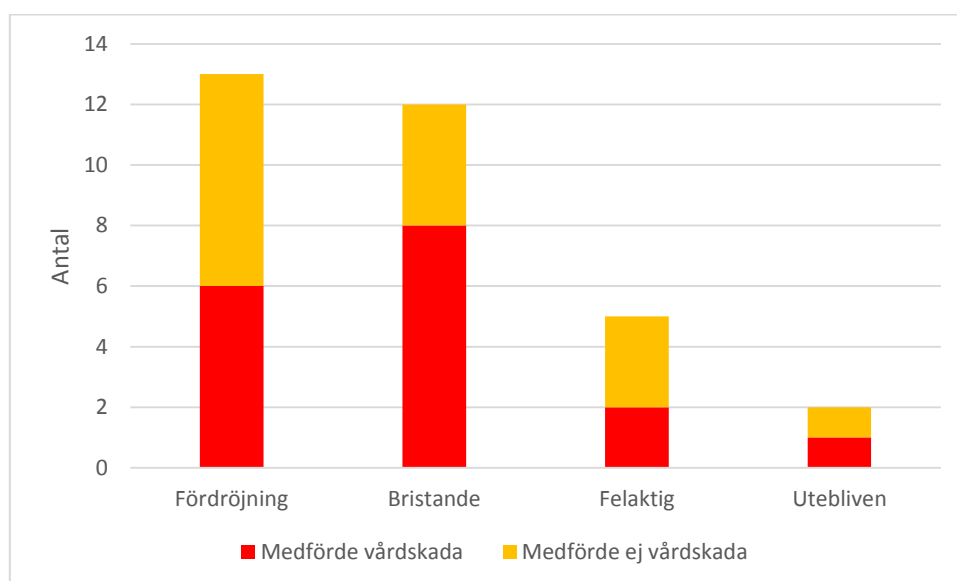
Figur 42. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där kirurgiska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

De vanligaste vårdprocesserna där avvikelserna sker är behandling (13) och utredning (6).



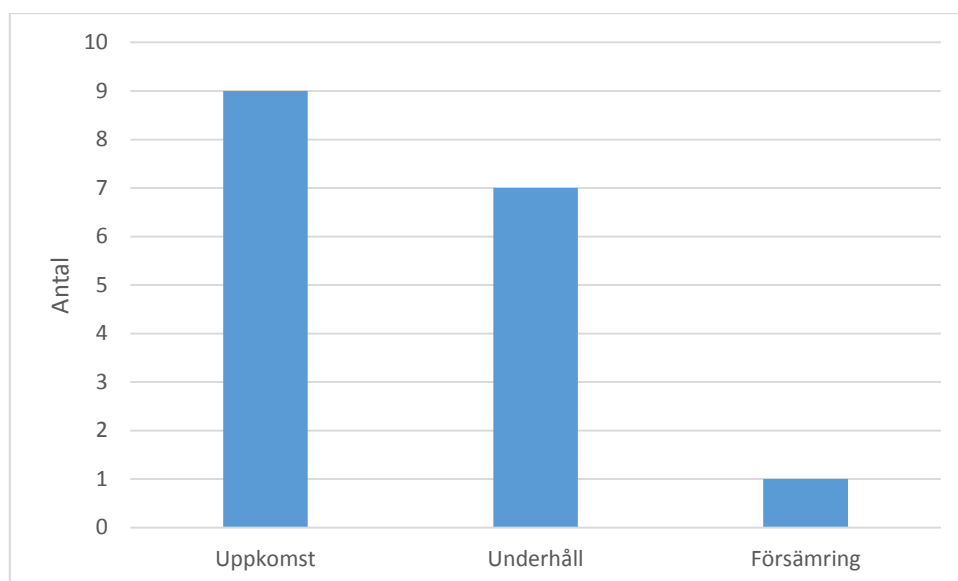
Figur 43. Vårdprocess där avvikelser sker där kirurgiska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

Fördröjningar (13) och otillräckliga (bristande) åtgärder (12) utgjorde de vanligaste avvikelserna (Figur 44). En relativt stor andel av avvikelserna medförde vårdskada när åtgärderna var bristande. För de andra avvikelsetyperna var fördelningen jämn mellan händelser som medförde och som inte medförde vårdskada.



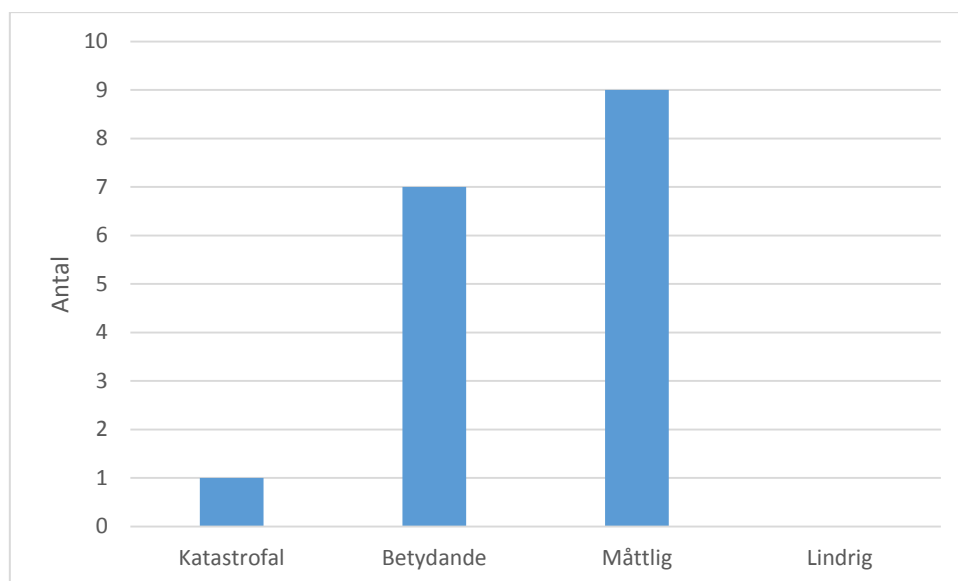
Figur 44. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (kirurgiska specialiteter). Antal beslut visas.

Av de 32 avvikelserna medförde 17 vårdskada. De flesta vårdskadorna bestod i att ett nytt tillstånd (9) uppstod följt av onödigt underhåll av ett befintligt tillstånd som fanns när patienten uppsökte vård (7; Figur 45).



Figur 45. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där kirurgiska specialiteter berörs.

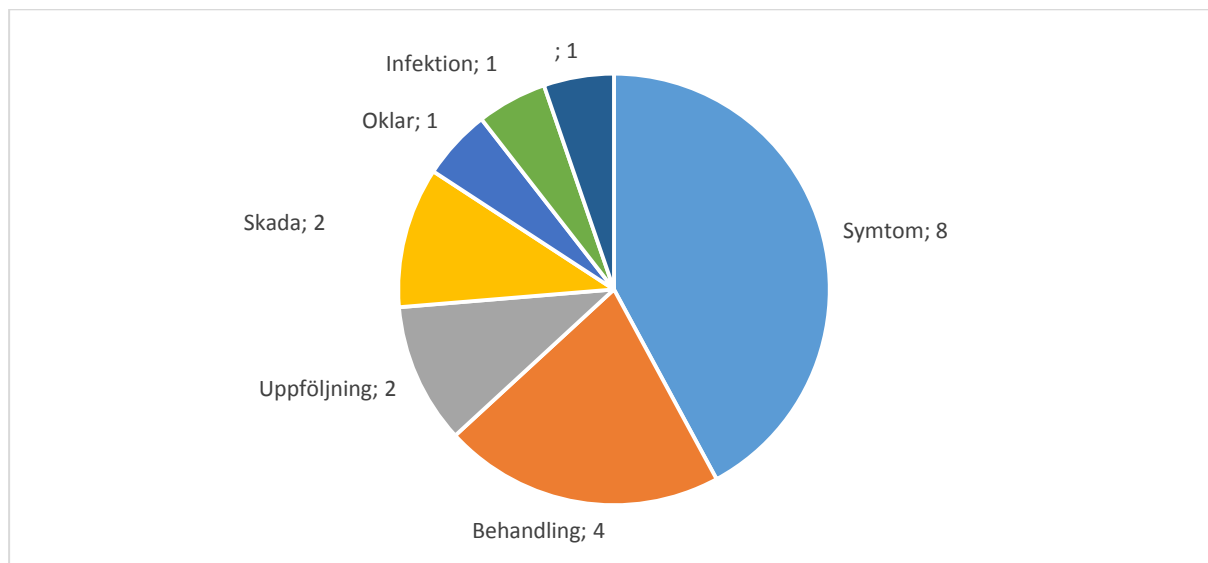
Skadorna utgjordes av lidande (7), smärta (3), ileus (1), infektion (hud, bukhinna), tarmperforation (1), nervskada (1), upphävd njurcirkulation och chock (1). De flesta skadorna fick måttliga (9) eller betydande (7) konsekvenser för patienten (Figur 46). Ett fall fick katastrofal konsekvens (patienten avled). Bland de betydande konsekvenserna sågs behov av operation (bl a reoperation; 4), försämrad prognos vid cancer (2) och funktionsnedsättning (1).



Figur 46. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där kirurgiska specialiteter berörs.

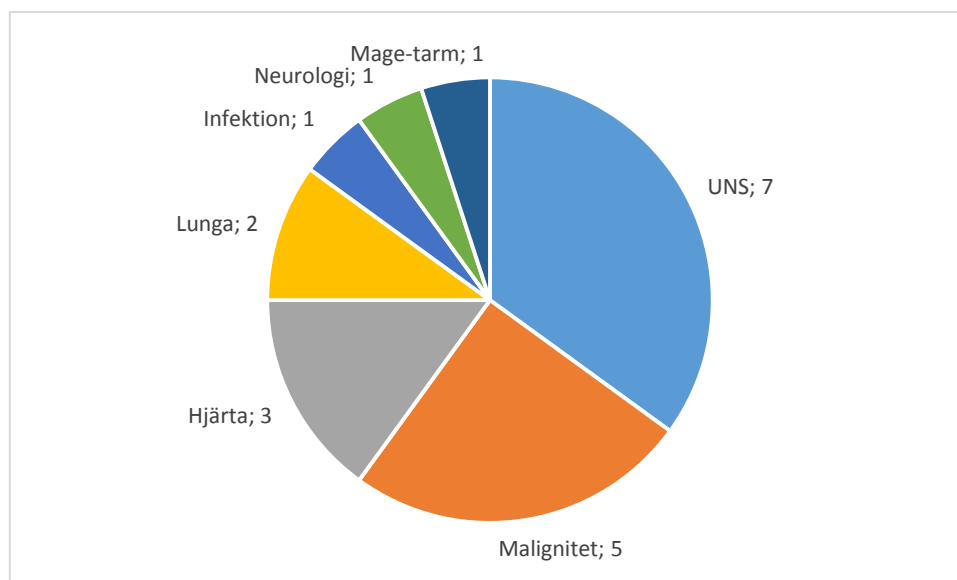
Medicin (20 beslut)

Den vanligaste orsaken till vård var pga symtom (8 beslut; Figur 47).



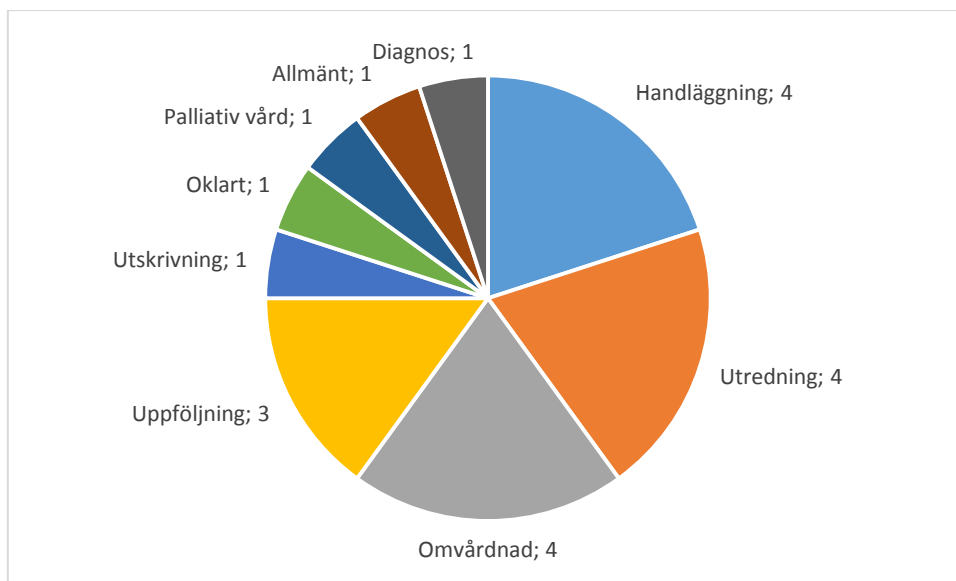
Figur 47. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där medicinska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

Den vanligaste specificerade sjukdomsgruppen utgjordes av malignitet (5; Figur 48). Gruppen ospecificerade sjukdomar (UNS) inbegriper patienter med varierande sjukdomstillstånd av annat slag än de som visas i figuren.



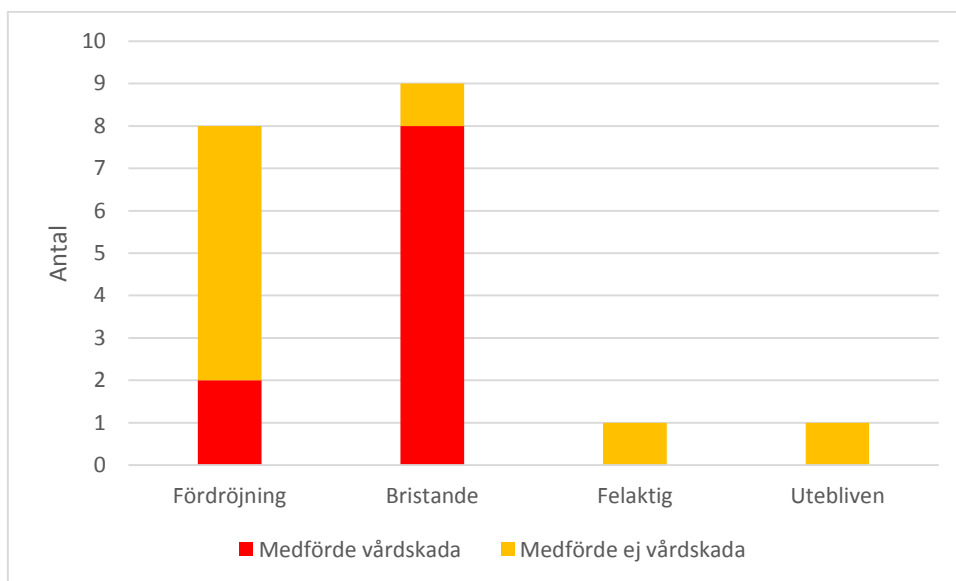
Figur 48. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där medicinska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

Avvikelser inträffar i flera typer av vårdprocesser bl a utredning, omvårdnad och uppföljning (Figur 49).



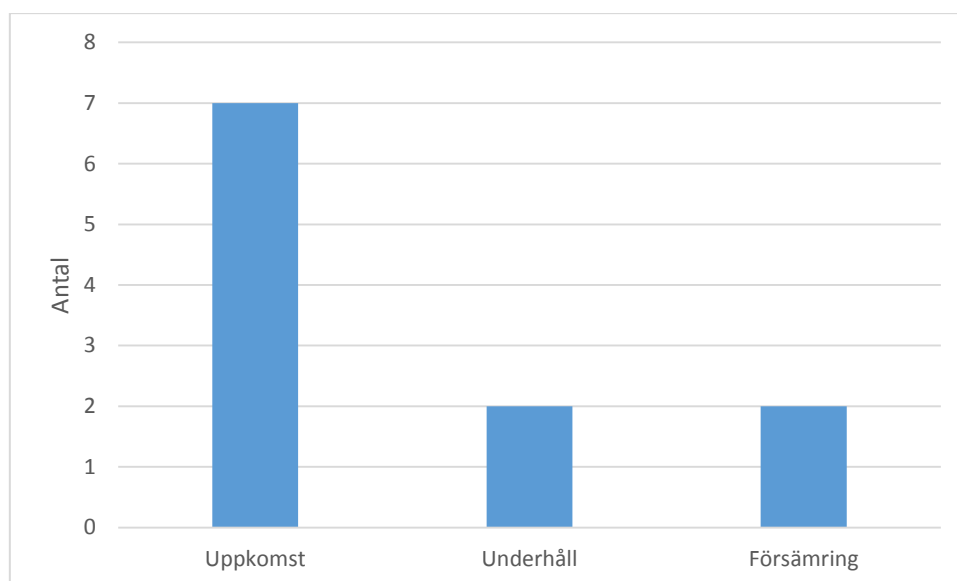
Figur 49. Vårdprocess där avvikelser sker där medicinska specialiteter berörs. Antal beslut visas.

Otillräckliga (bristande; 9) åtgärder och fördröjning utgjorde de vanligaste avvikelserna (Figur 50). Vårdskada uppstod framför allt till följd av bristande åtgärder, medan fördröjningar inte medförde vårdskada i samma utsträckning.



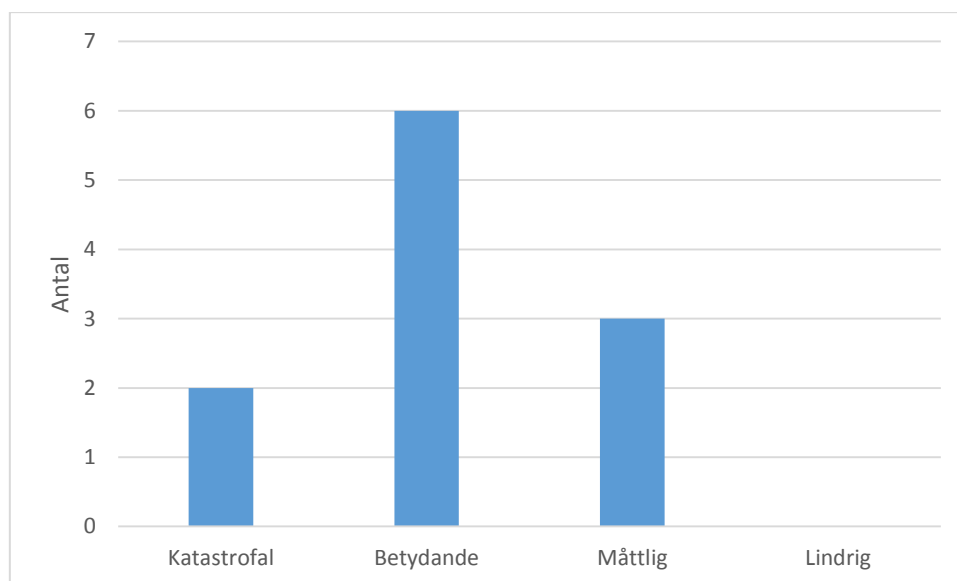
Figur 50. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (medicinska specialiteter). Antal beslut visas.

Av de 20 avvikelserna medförde 10 vårdskada. De flesta vårdskadorna bestod i att ett nytt tillstånd (7) uppstod (7; Figur 51).



Figur 51. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där medicinska specialiteter berörs.

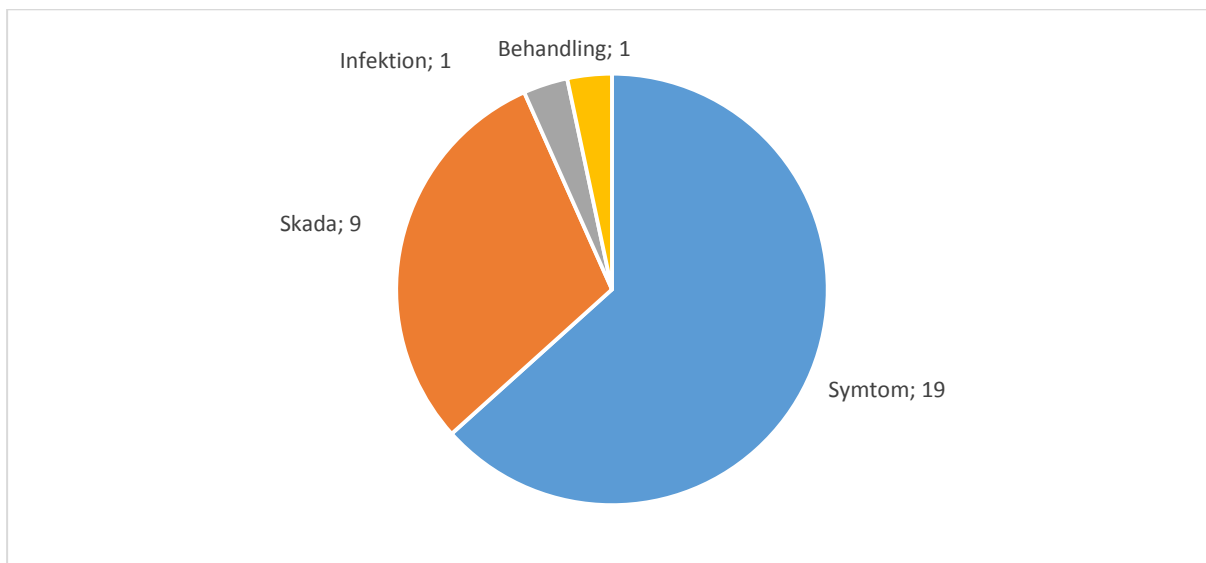
Skadorna utgjordes av lidande (3), fraktur (2), trycksår (2), förlamning, pneumothorax och tumörspridning. De flesta skadorna fick betydande (6) konsekvenser för patienten (Figur 52). Två fall fick katastrofal konsekvens (patienten avled efter fall respektive tvärsnittslesion till följd av ryggmärgspåverkan). Bland de betydande konsekvenserna sågs utökat vårdtid (4), bestående svårt psykiskt lidande och försämrad prognos vid cancer.



Figur 52. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där medicinska specialiteter berörs.

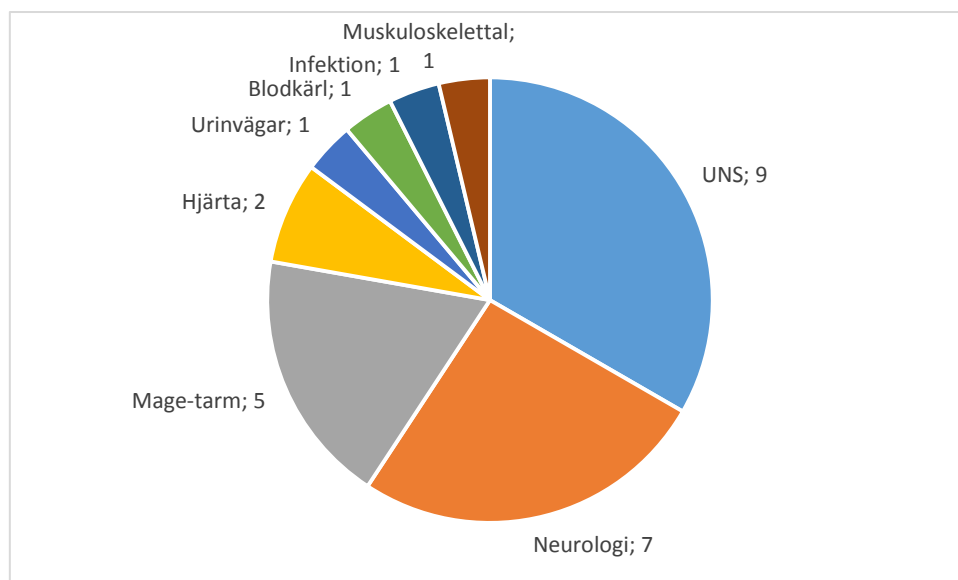
Akutmottagning (30 beslut)

De dominerande orsakerna till vård var symtom (19 beslut) och skada (9; Figur 53).



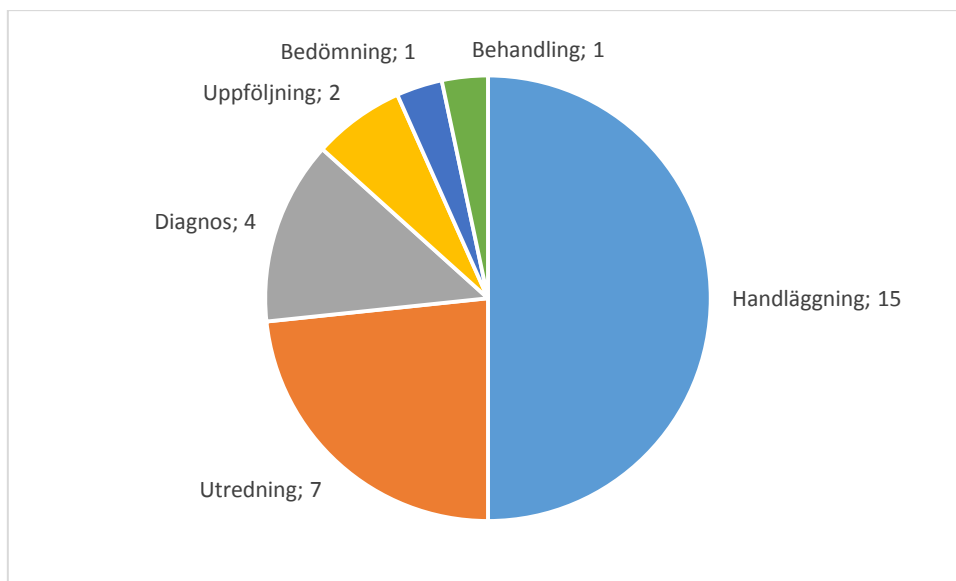
Figur 53. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där akutmottagningar berörs. Antal beslut visas.

Den vanligaste specificerade sjukdomsgruppen utgjordes av neurologiskt tillstånd (7) eller sjukdom i mage-tarm (5; Figur 54). Gruppen ospecificerade sjukdomar (UNS) inbegriper patienter med varierande sjukdomstillstånd av annat slag än de som visas i figuren.



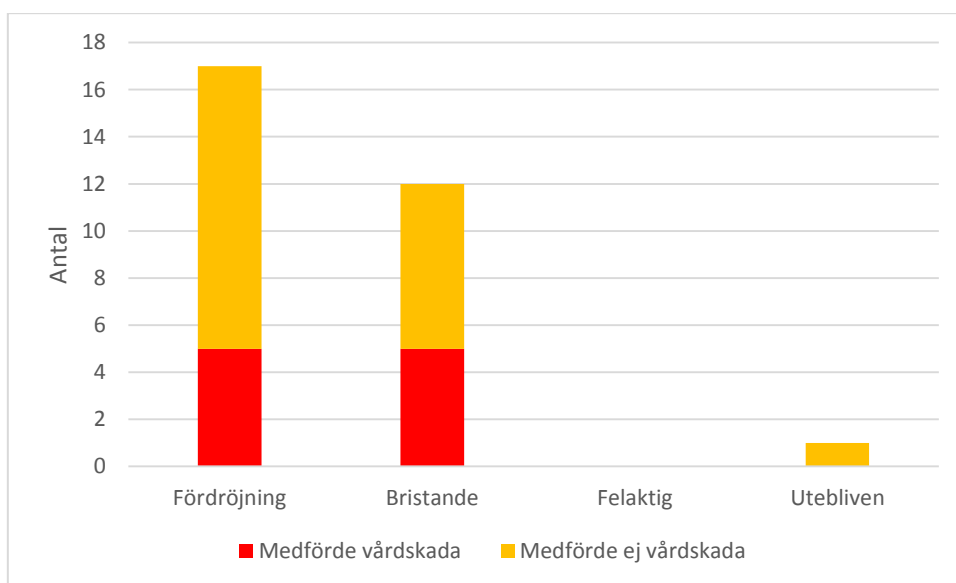
Figur 54. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där akutmottagningar berörs. Antal beslut visas.

Det har varit svårt att ange i vilken vårdprocess som avvikelser sker, då de flesta har registrerats som handläggning (UNS; 15 fall). Av de processer som kunnat identifieras är utredning (7) och diagnos (4) de vanligaste; Figur 55).



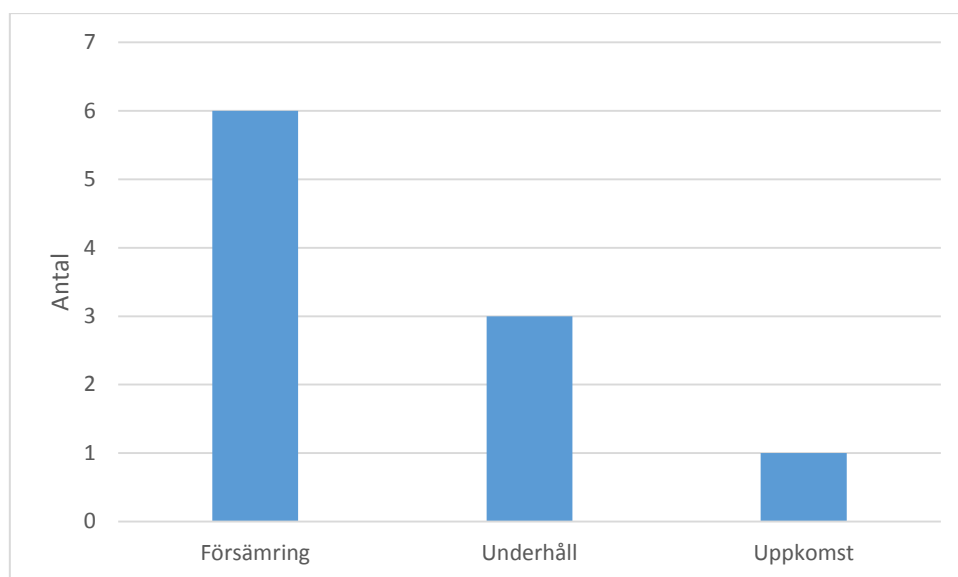
Figur 55. Vårdprocess där avvikelser sker där akutmottagningar berörs. Antal beslut visas.

Fördröjning (17) och otillräckliga (bristande) åtgärder (12) utgjorde de vanligaste avvikelserna (Figur 56). Det vanligaste var att vårdskada inte uppstod.



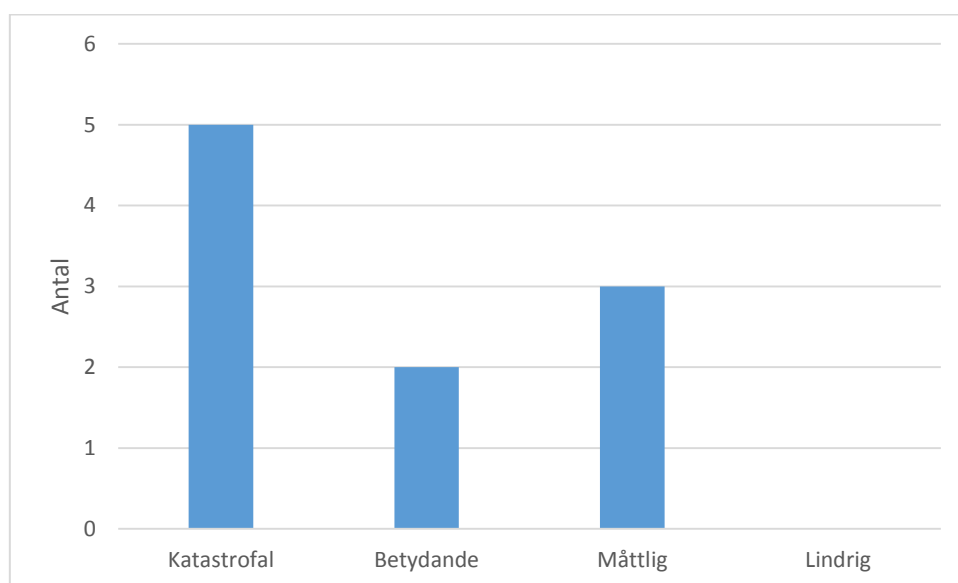
Figur 56. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (akutmottagningar). Antal beslut visas.

Av de 30 avvikelserna medförde 10 vårdskada. De flesta vårdskadorna bestod i att en försämring (6) eller underhåll (3) av ett befintligt tillstånd inträffade (Figur 57).



Figur 57. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där akutmottagningar berörs.

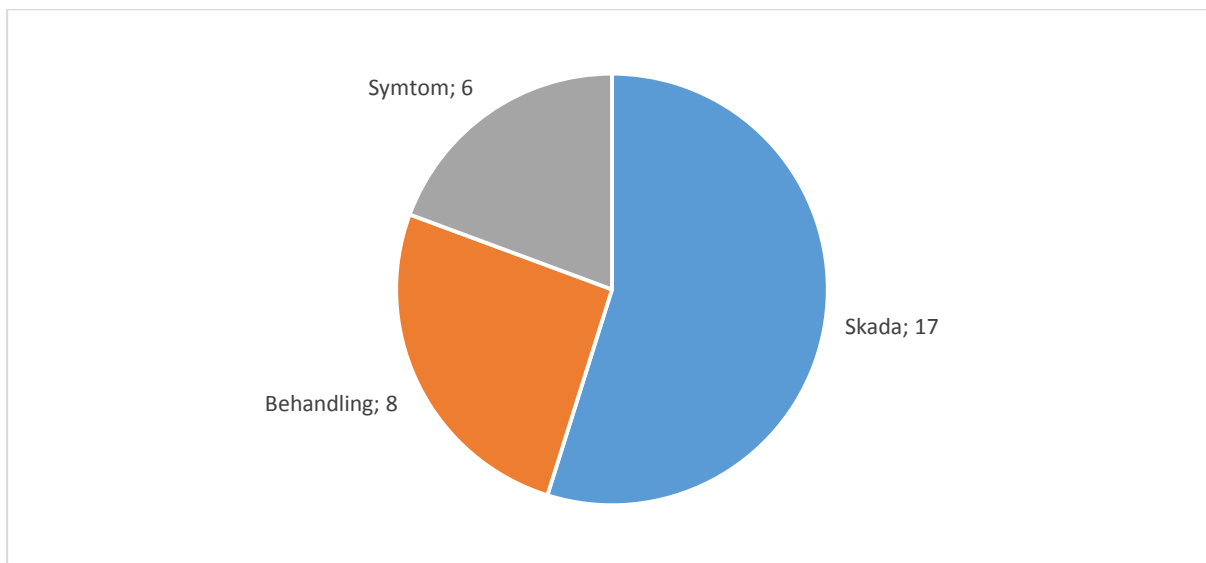
Skadorna utgjordes av neurologiska funktionsbortfall (4), lidande (3), hjärtinfarkt, chock och blödning. De flesta av skadorna (7) fick allvarliga konsekvenser för patienten där de flesta var katastrofala (5; 4 avled; Figur 58). De betydande konsekvenserna utgjordes av bestående neurologiska funktionsbortfall.



Figur 58. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där akutmottagningar berörs.

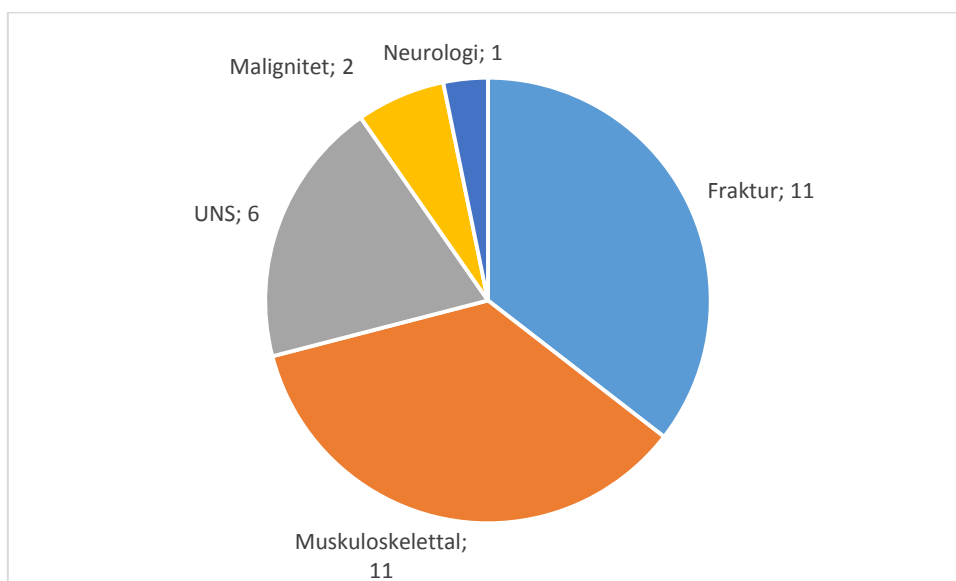
Ortopedi (31 beslut)

Orsakerna till vård var skada (17 beslut), för planerad behandling (8) och pga symtom (6; Figur 59).



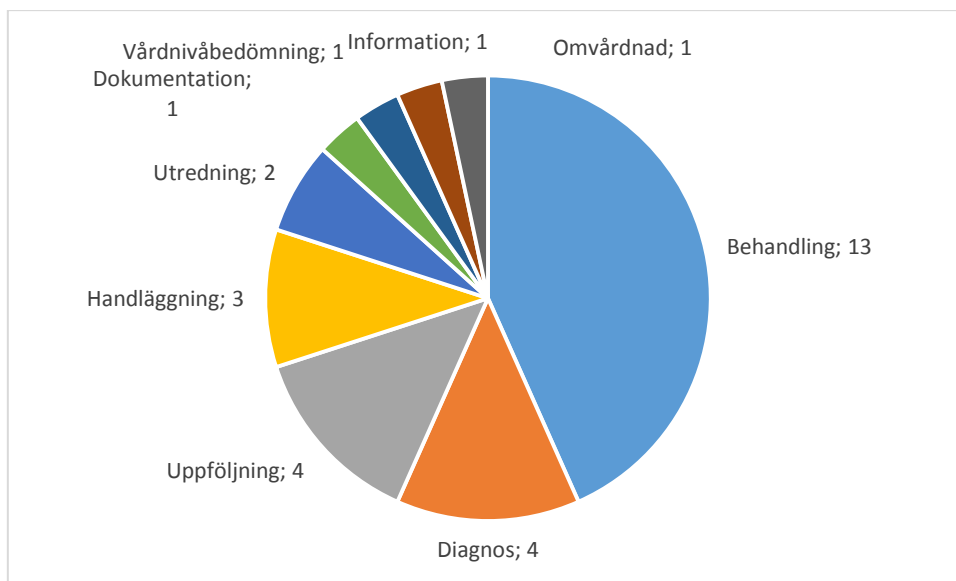
Figur 59. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där ortopedi berörs. Antal beslut visas.

De vanligaste sjukdomsgrupperna utgjordes av frakturer (11) och muskuloskelettala tillstånd (11), t ex ryggsmärta, fotskada, skolios, artros/tillstånd efter fraktur mm (Figur 60).



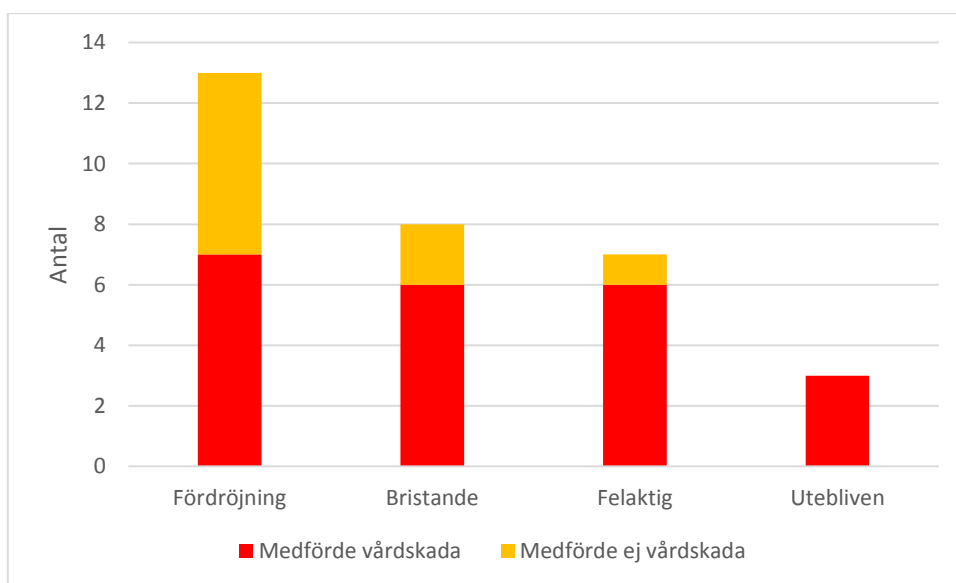
Figur 60. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där ortopedi berörs. Antal beslut visas.

De flesta avvikelser skedde i flera vårdprocesser där behandling (13) var den största (Figur 61).



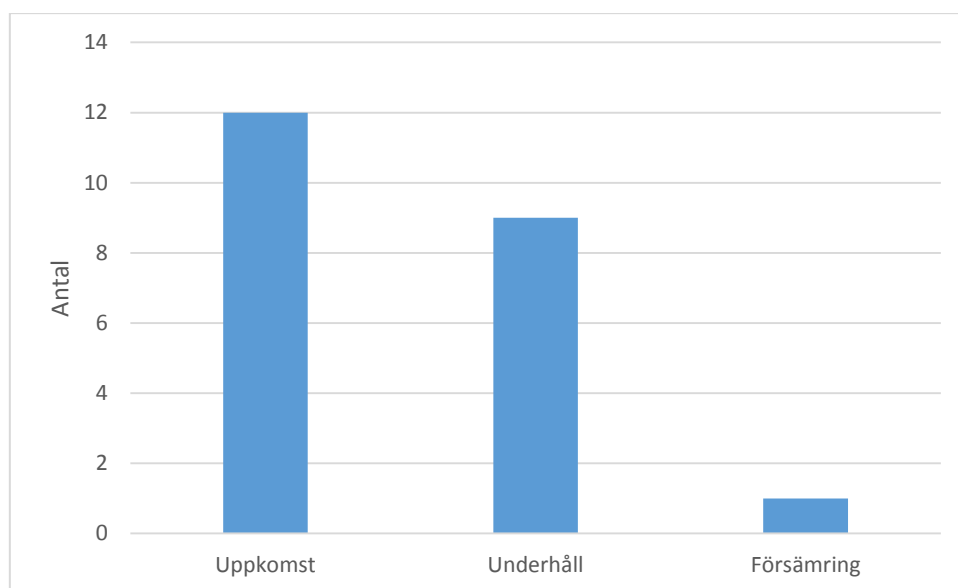
Figur 61. Vårdprocess där avvikelser sker där akutmottagningar berörs. Antal beslut visas.

Avvikelsena bestod främst i fördröjningar av åtgärder (13), men även otillräckliga (bristande 8) och felaktiga (7) åtgärder var vanliga (Figur 62).



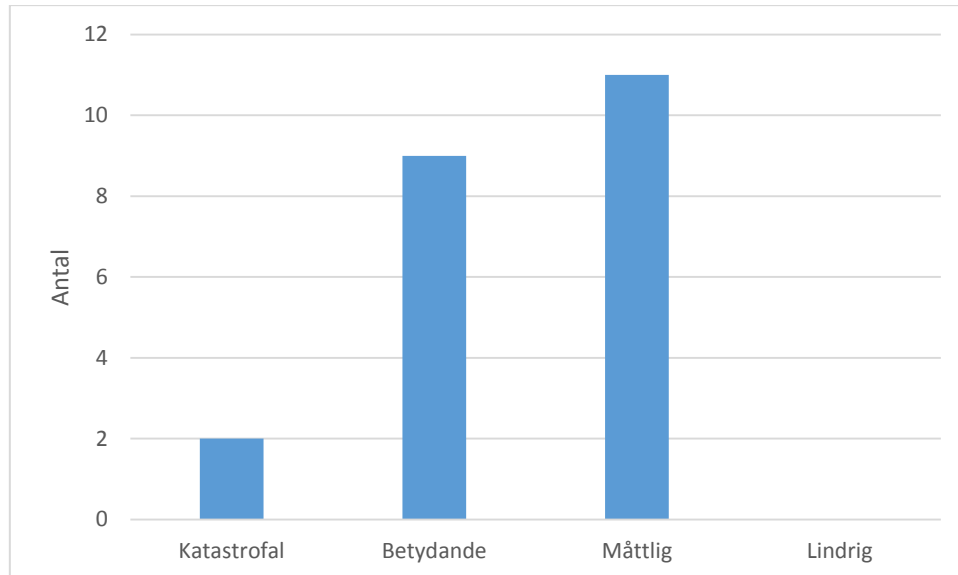
Figur 62. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (ortopedi). Antal beslut visas.

Av de 31 avvikelserna medförde 22 stycken vårdskada. De flesta vårdskadorna bestod i uppkomst av nya tillstånd (12) och underhåll av ett befintligt tillstånd (9; Figur 63).



Figur 63. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där ortopedi berörs.

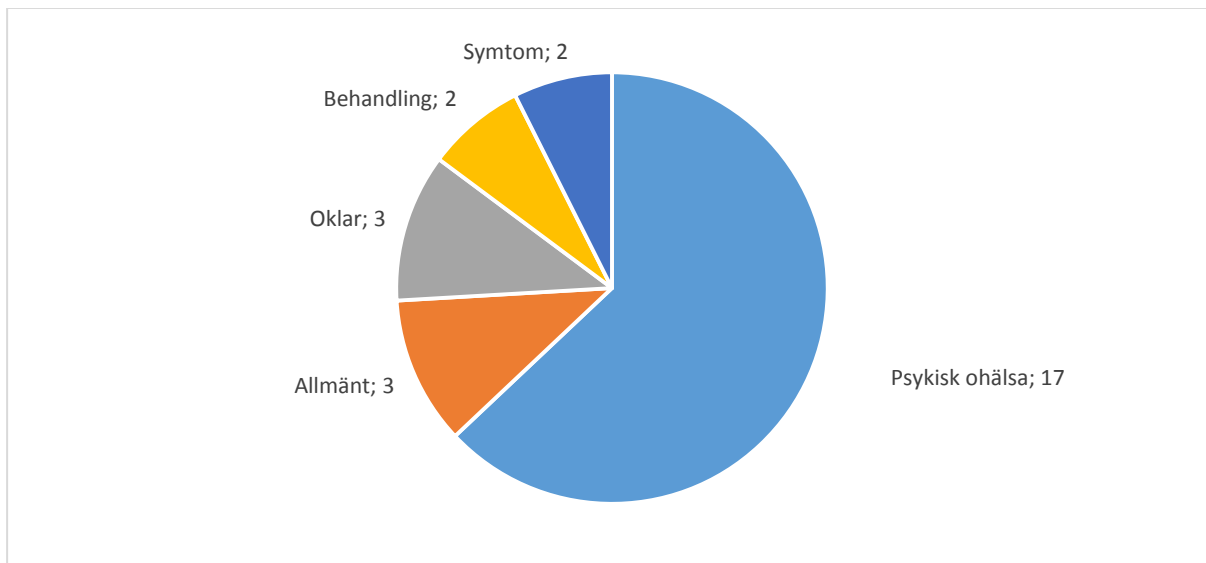
Skadorna utgjordes i de stora flertalet av lidande (11). Andra exempel på skador är felläkning/felställningar (3), tryckskada, spinal skada, blödande magsår och död. Konsekvenserna för patienten blev i de flesta fallen måttliga (11), även om ett betydande antal skador fick betydande konsekvenser (9) med nedsatt rörelseförmåga (6) och utökat vårdbehov (3; Figur 64). Två skador medförde katastrofala konsekvenser (1 död och 1 stor bestående nedsatt rörelseförmåga).



Figur 64. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där ortopedi berörs.

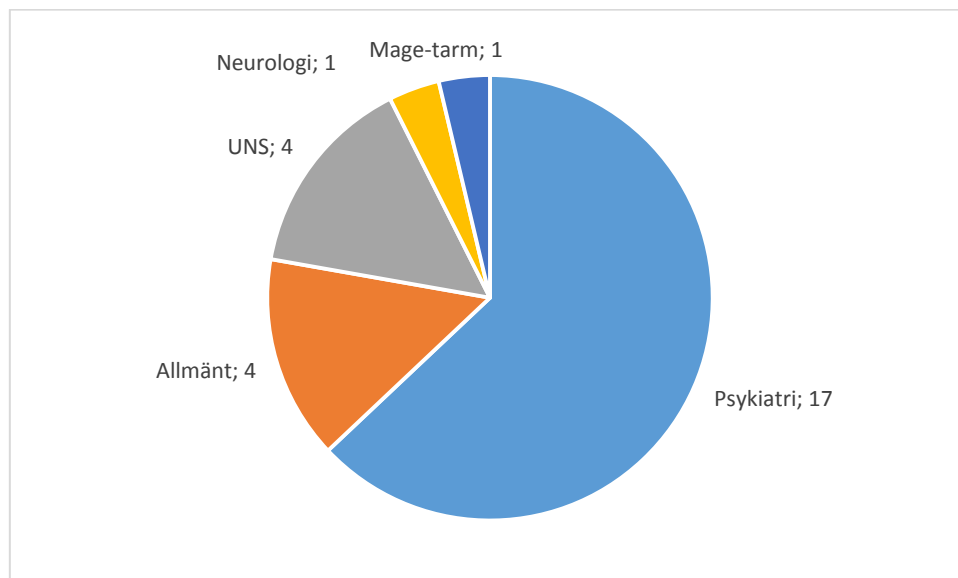
Psykiatri (27)

Den dominerande orsaken till vård var psykisk ohälsa (17; Figur 65). Vad den psykiska ohälsan bestod i har inte varit möjligt att närmare registrera.



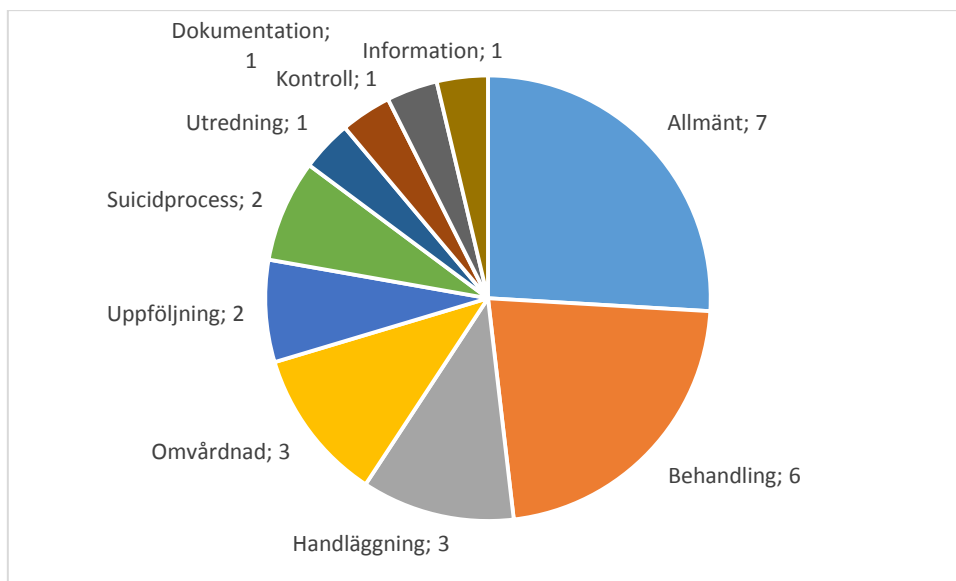
Figur 65. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där psykiatri berörs. Antal beslut visas.

När det gäller sjukdomsgrupperna inom psykiatrin där avvikelser uppstår utgörs de förstås i de flesta fall av psykiatriska tillstånd. Någon närmare specificering av vilka tillstånd det rör sig om har inte registrerats.



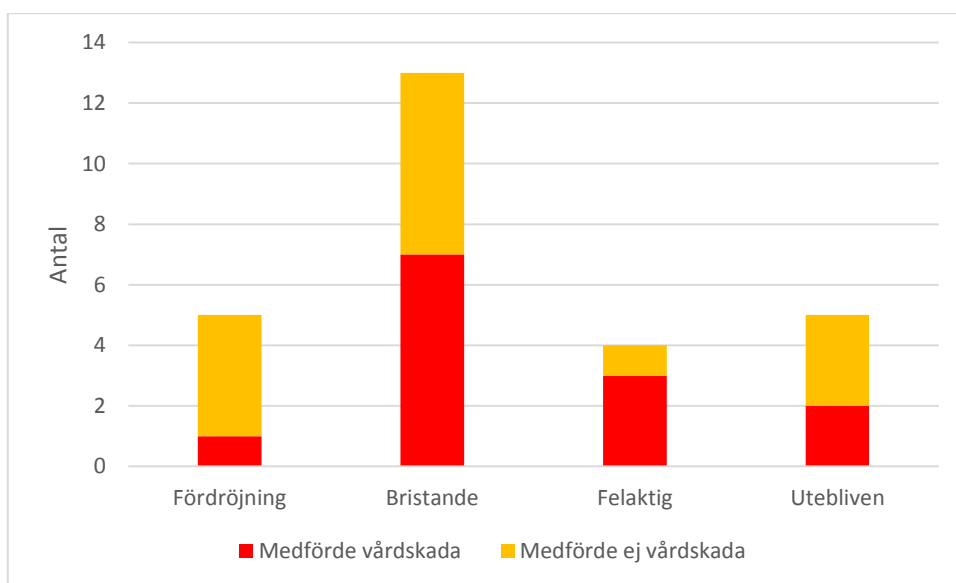
Figur 66. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där psykiatri berörs. Antal beslut visas.

De flesta avvikelserna uppstod i den allmänna (administrativa) handläggningen av patienten (7) och vid behandling (6; Figur 67).



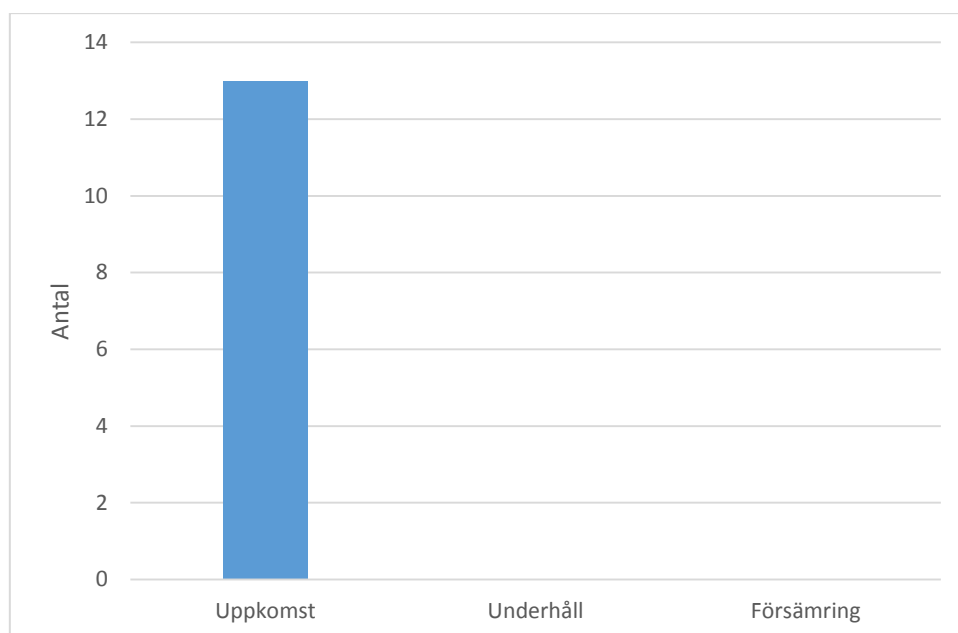
Figur 67. Vårdprocess där avvikelser sker där akutmottagningar berörs. Antal beslut visas.

Avvikelseerna bestod främst i otillräckliga (bristande) åtgärder (13), även om fördröjningar samt felaktiga och uteblivna åtgärder sågs (Figur 68).



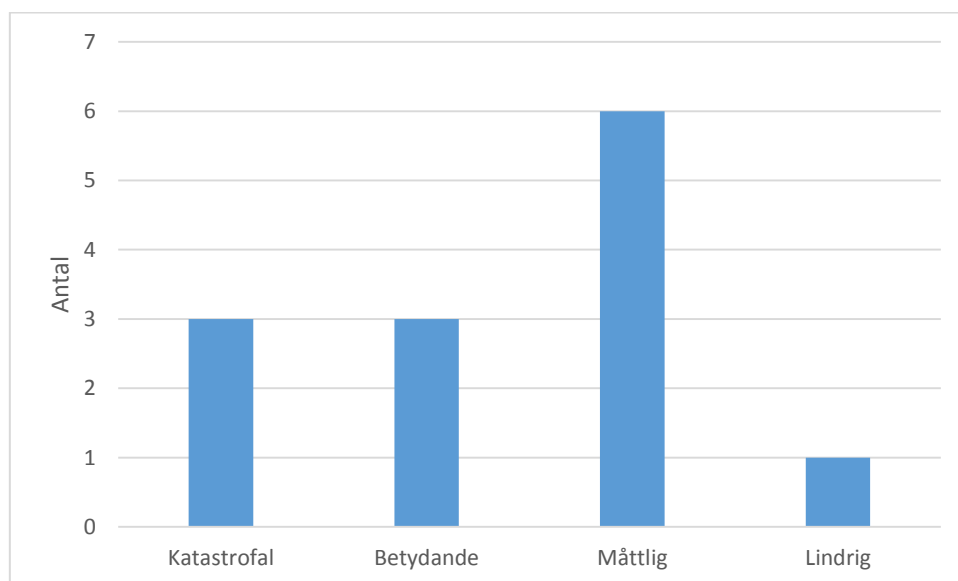
Figur 68. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (psykiatri). Antal beslut visas.

Av de 27 avvikelserna medförde 13 stycken vårdskada. Samtliga vårdskador bestod i uppkomst av ett nytt tillstånd (Figur 69).



Figur 69. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där ortopedi berörs.

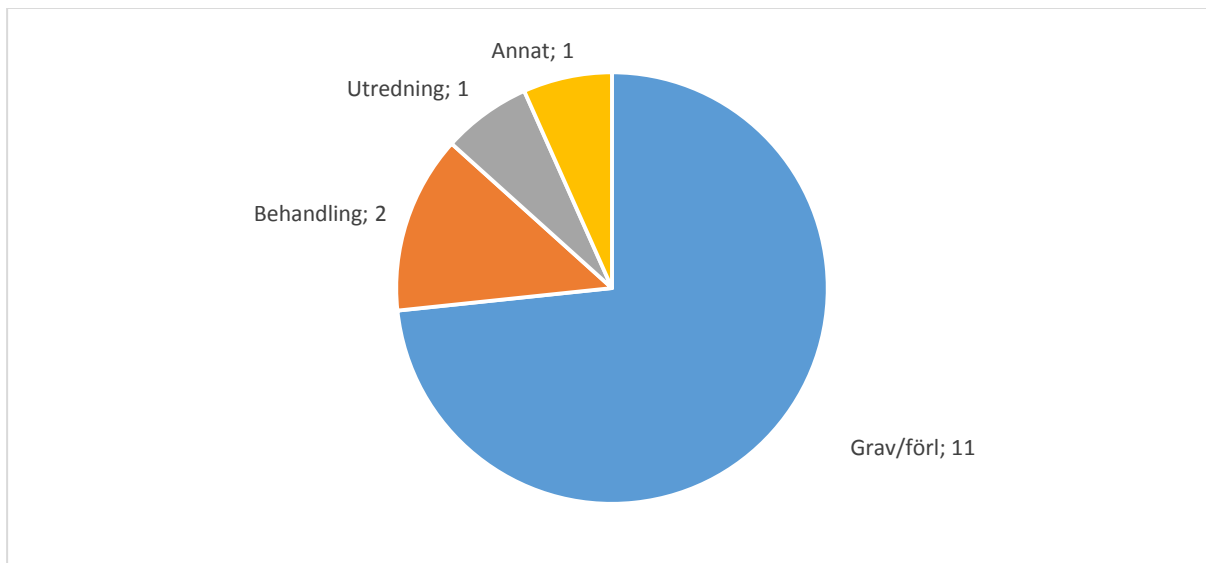
Skadorna utgjordes i de flesta fallen av lidande (7), men även av död, suicidförsök, organskada med bl a hjärtsvikt, fraktur och biverkning. Cirka hälften (6) av skadorna fick allvarliga konsekvenser där de med katastrofala konsekvenser utgjordes av död (3) och de med betydande konsekvenser av bestående betydande psykiskt lidande (2) och utökat vårdbehov (Figur 70).



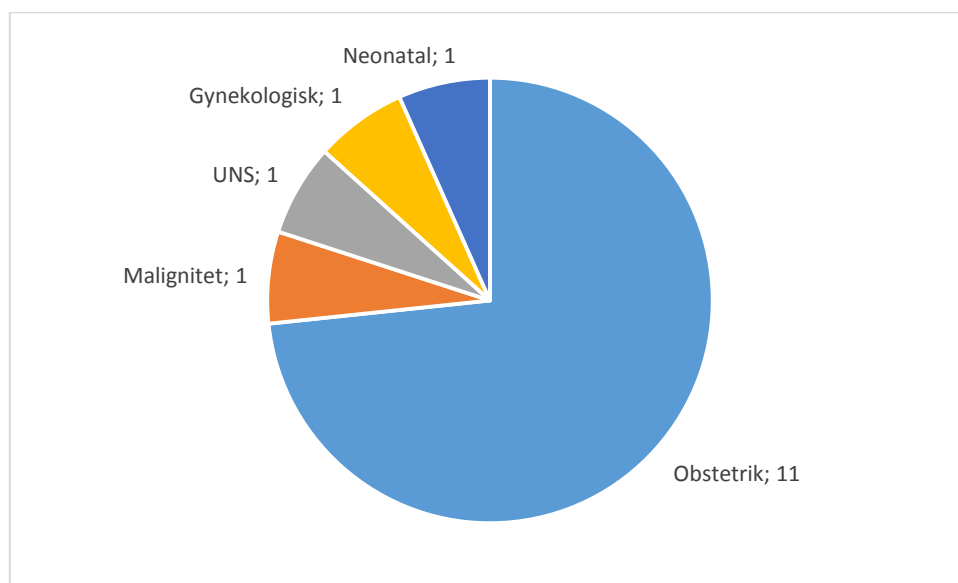
Figur 70. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där psykiatri berörs.

Kvinnosjukvård (15 beslut)

Den dominerande orsaken till vården var graviditet eller förlossning (11; Figur 71). Detta betyder att tillstånden utgjordes av obstetriska i dessa fall och dessa har inte närmare karaktäriserats (Figur 72).

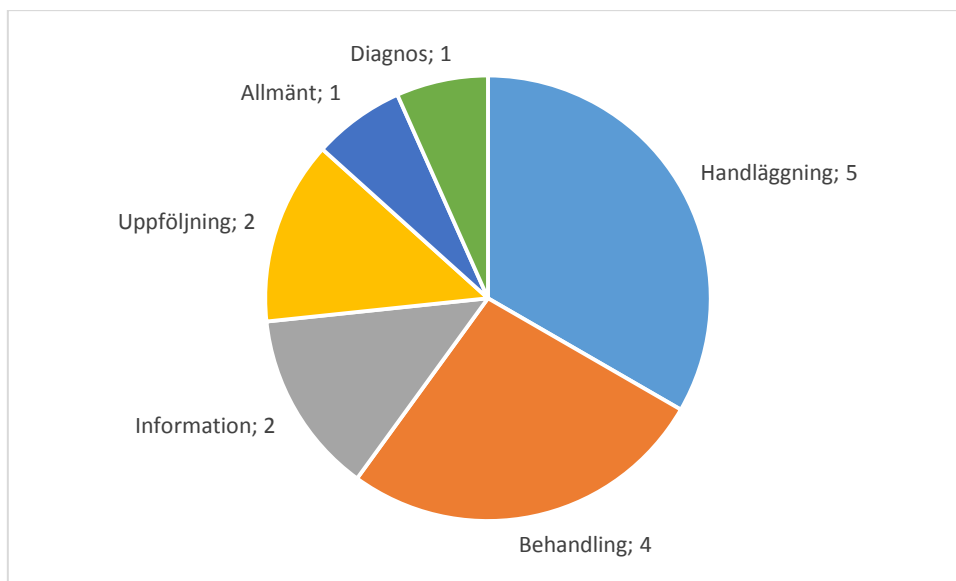


Figur 71. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där kvinnosjukvård berörs. Antal beslut visas.



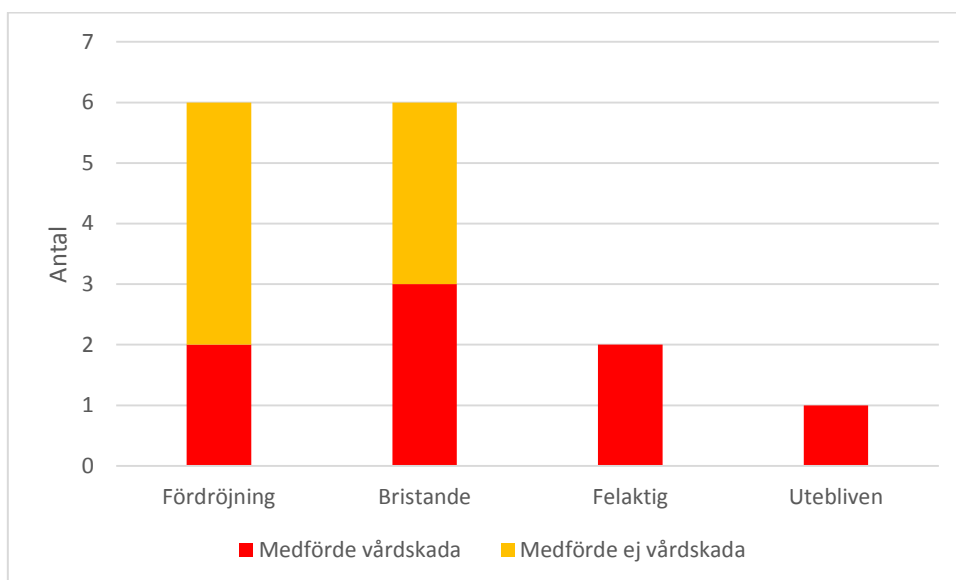
Figur 72. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där kvinnosjukvård berörs. Antal beslut visas.

Processerna utredning, bedömning och behandling griper i förlossningssammanhang in i varandra och är svåra att särskilja, varför processen i de flesta fallen där avvikelser sker har rubricerats som handläggning (5; Figur 73). I några fall har processen kunnat urskiljas som behandling (4) där det har rört sig om cancerbehandling och operation.



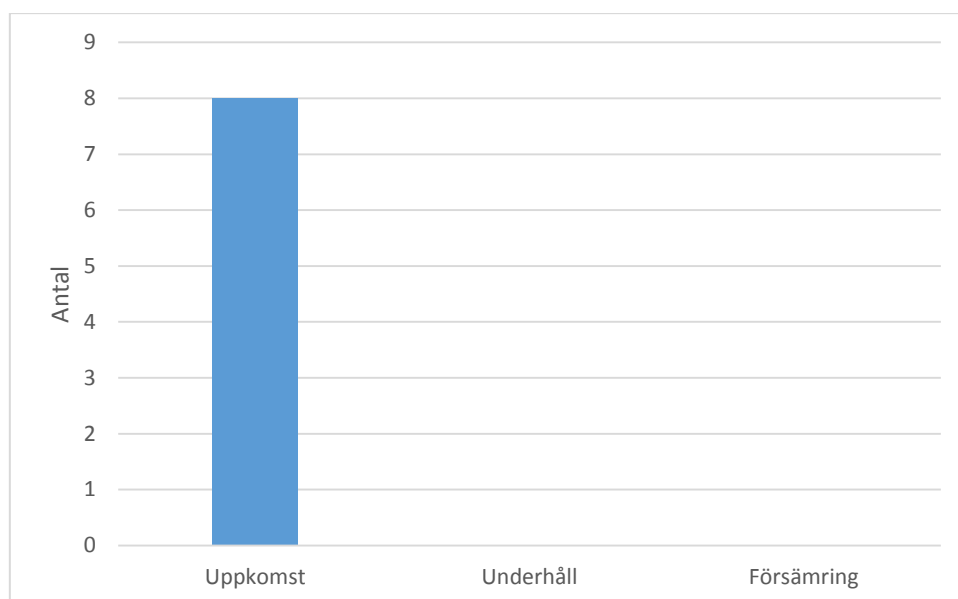
Figur 73. Vårdprocess där avvikelser sker där kvinnosjukvård berörs. Antal beslut visas.

Avvikelserna bestod främst i fördröjda (6) eller otillräckliga (bristande) åtgärder (6; Figur 74).



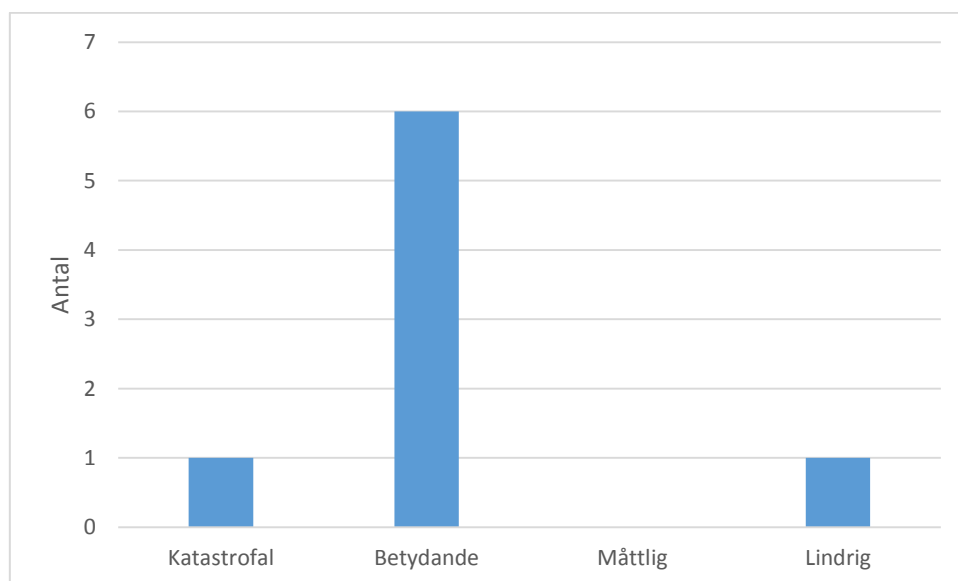
Figur 74. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (kvinnosjukvård). Antal beslut visas.

Av de 15 avvikelserna medförde 8 stycken vårdskada. Samtliga vårdskador bestod i uppkomst av ett nytt tillstånd (Figur 75).



Figur 75. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där kvinnosjukvård berörs.

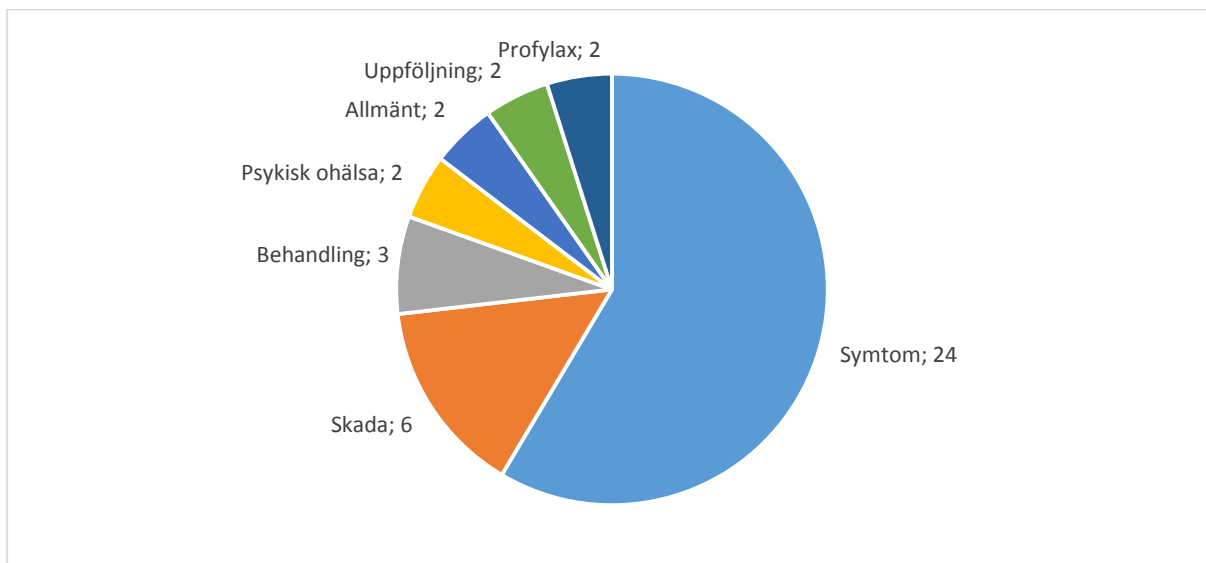
Skadorna bestod i blödningar i samband med eller efter kirurgiskt ingrepp (2), hjärnskada eller kramper hos nyfött barn, sfinkterruptur, Rh-immunisering hos moder, onödig operation och lidande. Skadorna fick allvarliga konsekvenser för kvinnan eller barnet i nästan samtliga fall (7; Figur 76). I ett fall fick skadan katastrofal konsekvens för det nyfödda barnet med bestående stort neurologiskt funktionsbortfall. Bland de betydande konsekvenserna var utökat vårdbehov det dominerande (5) medan en patient fick bestående inkontinens.



Figur 76. Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där psykiatri berörs.

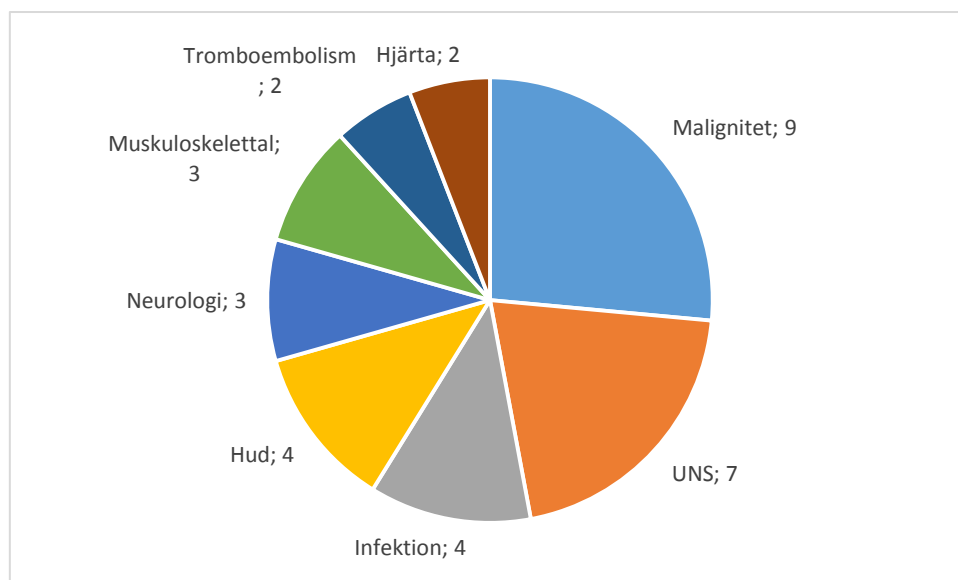
Primärvård (45 beslut)

Den vanligaste orsaken till vård var pga symptom (24 beslut; Figur 77).



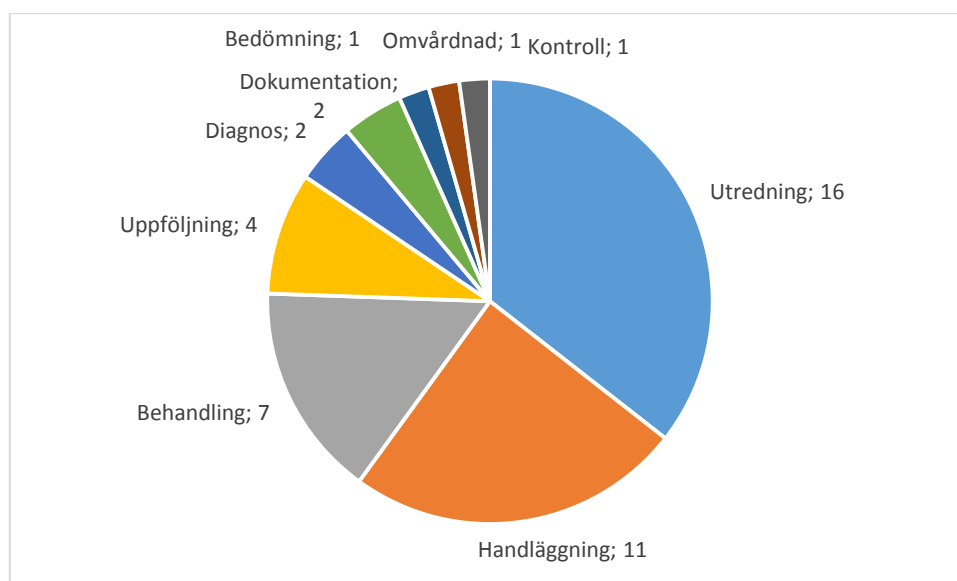
Figur 77. Vårdorsaker när avvikelser uppkommer i de klagomålsbeslut där primärvården berörs. Antal beslut visas

Den vanligaste specificerade sjukdomsgruppen utgjordes av malignitet (9; Figur 78). Gruppen ospecificerade sjukdomar (UNS) inbegriper patienter med varierande sjukdomstillstånd av annat slag än de som visas i figuren.



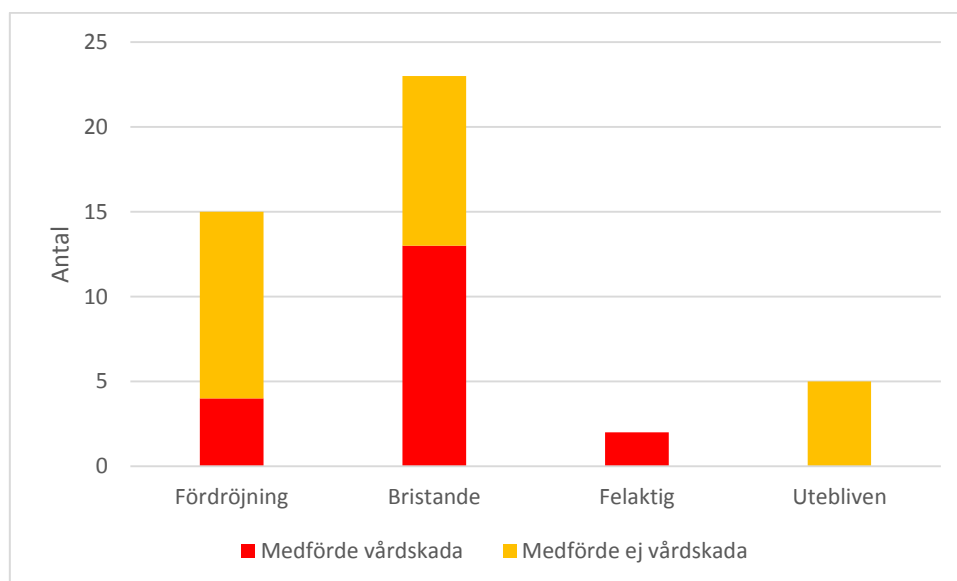
Figur 78. Sjukdomsgrupp hos patienter i avvikelser där primärvården berörs. Antal beslut visas.

Avvikelser inträffar i flera typer av vårdprocesser bl a utredning (16), behandling (7) och uppföljning (4; Figur 79).



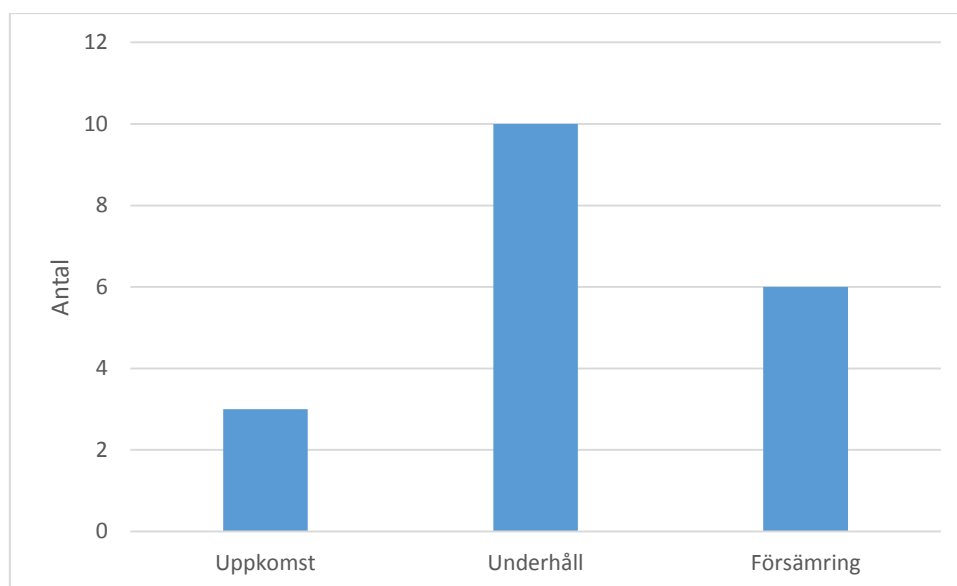
Figur 79. Vårdprocess där avvikelser sker där primärvården berörs. Antal beslut visas.

Otillräckliga (bristande; 23) åtgärder och fördröjning (15) utgjorde de vanligaste avvikelserna (Figur 80). Bristande åtgärder var den vanligaste orsaken till vårdskada, medan fördröjningar inte medförde vårdskada i samma utsträckning.



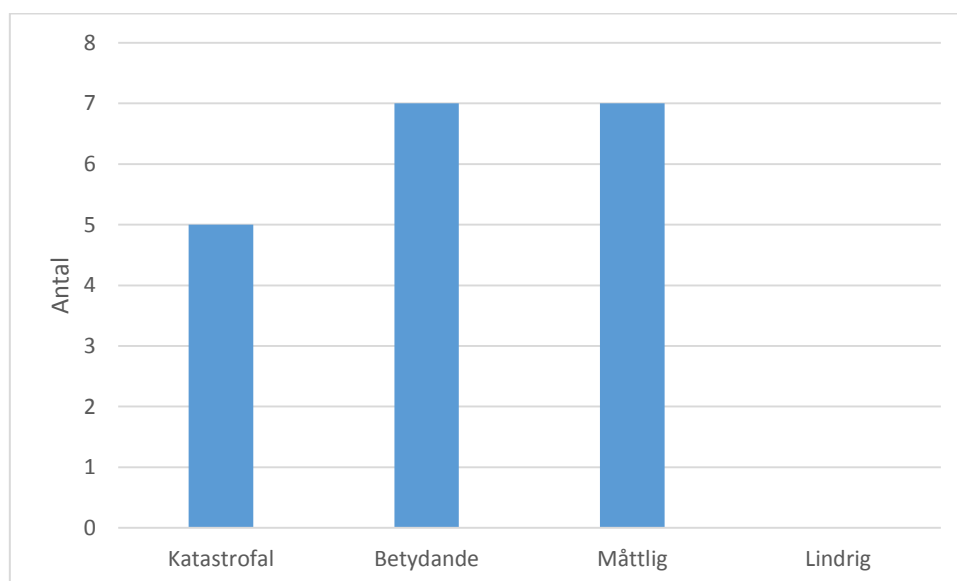
Figur 80. Avvikelser i processer som medförde och inte medförde vårdskada (primärvård). Antal beslut visas.

Av de 45 avvikelserna medförde 19 vårdskada. De flesta vårdskadorna bestod i att ett befintligt tillstånd inte åtgärdades i tid så att det kvarstod (10) eller försämrades (6; Figur 81).



Figur 81. Genestyp vid vårdskada till följd av avvikelser där primärvården berörs.

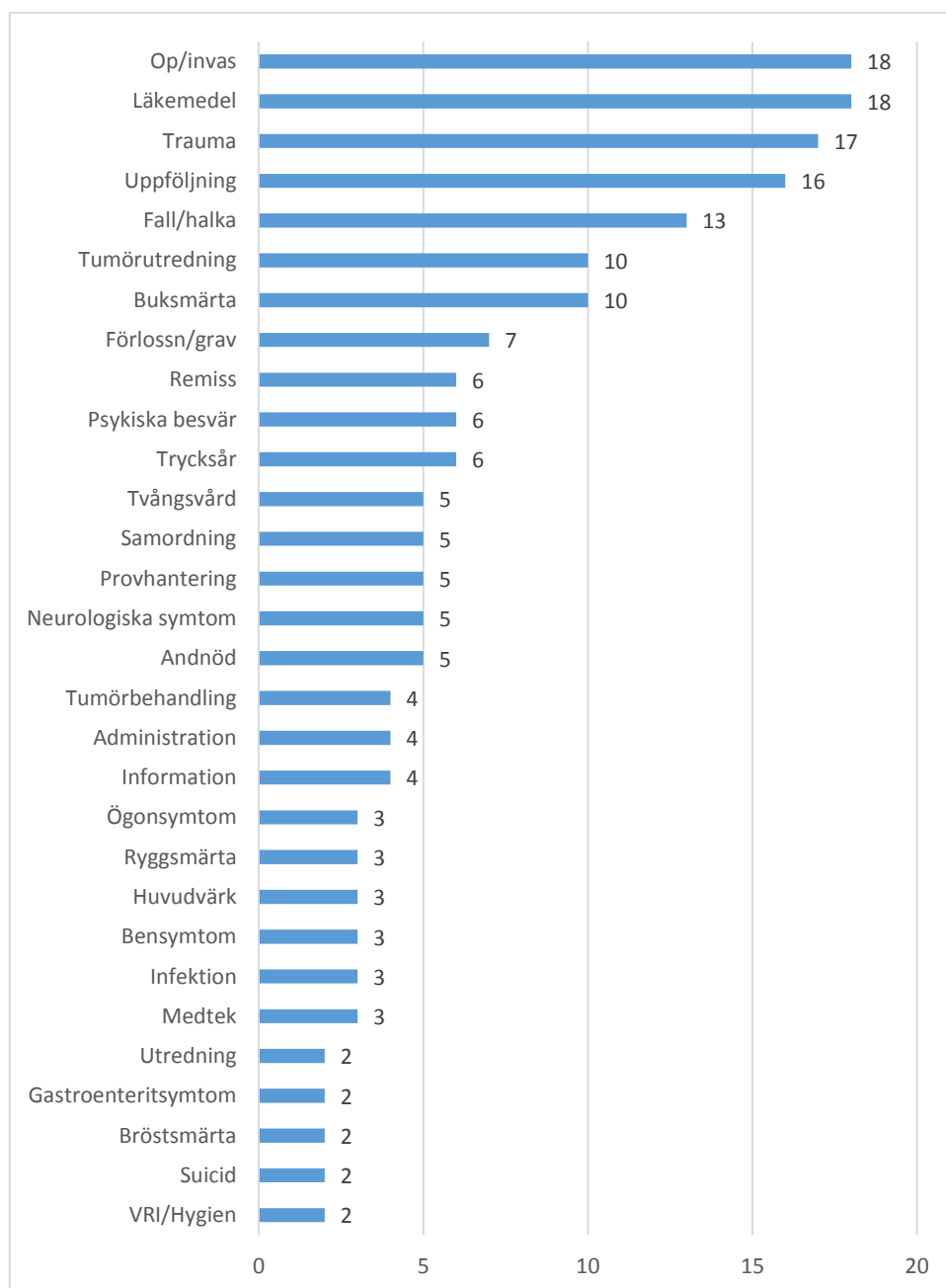
Skadorna utgjordes bl a av lidande (9), försämrad prognos vid cancer (2), hjärtinfarkt (2), förlamning (2), infektion, fördröjd sårhäkning och sepsis. De flesta skadorna fick betydande (7) eller katastrofala (5) konsekvenser för patienten (Figur 82). Av fallen med katastrofal konsekvens avled patienten i 4 fall eller fick en stor bestående neurologisk funktionsnedsättning (1).



Figur 82. . Konsekvenser av vårdskador till följd av avvikelser där primärvården berörs.

Riskområden för avvikelser

Riskområden avser här situationer eller tillstånd där det kan föreligga en högre risk för att avvikelser ska inträffa. Situationerna kan vara en viss vårdssituation, ett symtom, ett fynd etc. Syftet med riskområden är att försöka ringa in sådana områden där risker kan vara särskilt höga och som på förhand kan identifieras av hälso- och sjukvårdspersonalen. Då sjukvården är komplex och patienterna är mycket heterogena är det svårt att framställa en kortfattad lista över tänkbara riskområden. I Figur 83 listas de riskområden där avvikelser inträffat mer än en gång. Utöver dessa områden finns ett stort antal områden där avvikelser inträffat en gång i det aktuella materialet av klagomålsbeslut.

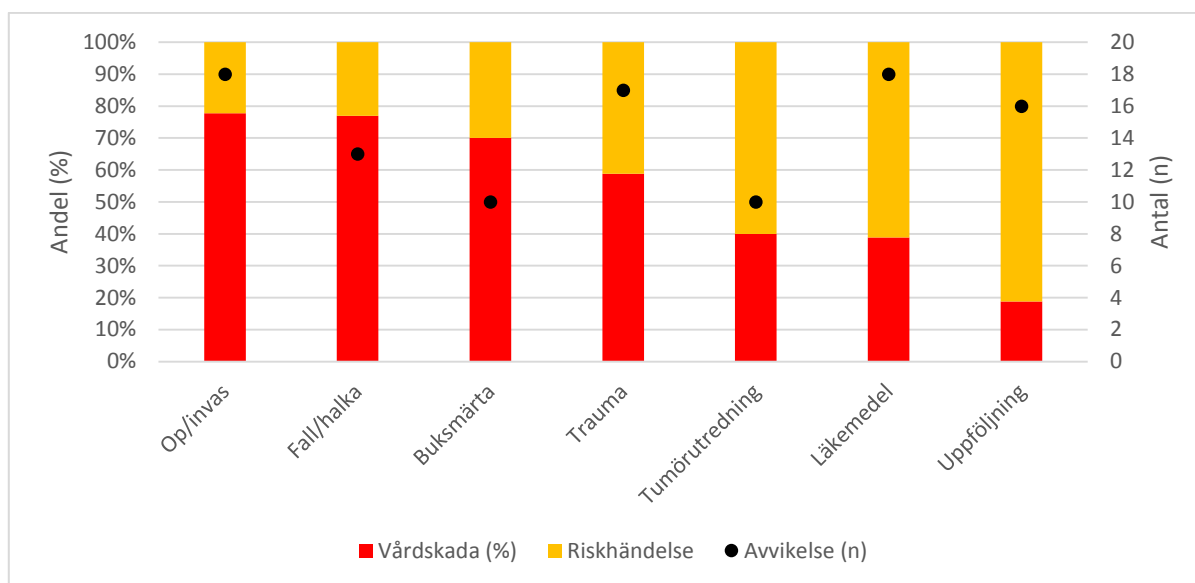


Figur 83. Riskområden där avvikelser inträffat mer än en gång. Antal beslut med avvikelser visas (totalt antal beslut med avvikelser 229).

De fem vanligaste riskområdena i klagomålsbeslut i det aktuella materialet är

- operativa/invasiva åtgärder
- läkemedelshantering
- trauma/skada utanför sjukvårdsinrättning
- uppföljning av behandling
- situationer med ökad fallrisk på sjukvårdsinrättning

De fem vanligaste riskområdena täcker tillsammans ca 1/3 (36 %) av alla avvikelser. De riskområden där mer än en avvikelse ses svarar tillsammans för 84 % av alla avvikelser. Att identifiera riskområden kan utgöra en grund för en patientsäkerhetsstrategi, men den bör kompletteras med andra.



Figur 84. Fördelningen (%) av avvikelsetyp (vårdskada respektive risk för vårdskada) inom de riskområden som där det finns minst 10 klagomålsbeslut som grundar sig på avvikelser. Figuren visar också antalet (n) avvikelser (beslut) för respektive riskområde.

Riskområden som förekommer där vårdskador överväger är operativa/invasiva ingrepp, fall/halka och buksmärta. Det riskområde där riskhändelser överväger är uppföljning. Väsentligen lika fördelning i förekomst av vårdskador och riskhändelser ses för riskområdena trauma, tumörutredning och läkemedel.

Orsaker vid avvikelser

De orsaker som påvisas vid avvikelser är sådana faktorer som var för sig eller tillsammans med stor sannolikhet har bidragit till händelseförloppet och utvecklingen av en riskhändelse eller en vårdskada. Vidare går det för varje orsak att identifiera åtminstone en åtgärd som om den implementeras minskar risken för att händelsen ska upprepas. Åtgärderna ska vara realistiska att genomföra, och bör helst vara genomförbara inom den verksamhet som berörs (mikronivå), även om det kan krävas att förändringen genomförs inom ett helt vårdgivarområde (mesonivå) för att vara effektiv. Åtgärder som kräver beslut på nivån över vårdgivar-nivån (makronivå) är ofta av politisk art och kan knappast ses som realistiska inom ramen för en vårdgivares patientsäkerhetsarbete, även om de är önskvärda. I de aktuella besluten är de orsaker som har kunnat identifieras sådana som kan åtgärdas på mikro-nivå.

Orsaksområdena har i princip samma indelning som den i Handboken för risk- och händelseanalys. Några områden har lagts till då de utgör orsaker som är vanligen förekommande och lätt kan behöva identifieras vid en sammanställning av orsaker. Gemensamt för orsakerna är att de är av en sådan art att de har betydelse för patientsäkerheten. Orsaksområdena beskrivs kortfattat nedan.

Information/samtycke/delaktighet

Informationen till patienten och att göra patienten delaktig i vården har brustit på ett sådant sätt att den utgör en patientsäkerhetsrisk. Likaså när det brustit i inhämtande av samtycke inför en medicinsk åtgärd.

Rutiner/riktlinjer

Brister i de procedurer som finns eller bör finnas i verksamheten. Bristerna kan utgöras av att det helt saknas rutiner till att det finns väl utformade och dokumenterade aktuella rutiner men att de inte är kända eller inte används. Rutiner bör beskriva följande: vad som ska göras, när det ska göras, hur det ska göras, vem som ska göra det och hur samverkan ska ske om sådan är aktuell. Rutiner bör helst skiljas från beskrivningar av samverkan, även om gränsdragningen kan vara svår.

Personal

Brister i antal personal och/eller kompetens hos personalen för den uppgift som ska göras. Kompetensen ska vara av en sådan art att vårdgivaren kan kontrollera den och påverka den, genom kompetensallokering och/eller utbildning av personal.

Kommunikation/samverkan

Brister i kommunikation handlar om brister i informationsöverföring som är av betydelse för vården av patienten. Samverkan inbegriper någon form av gemensam syn på hur flera personer/aktörer ska arbeta tillsammans kring patienten, samtidigt och/eller i en följd. Vid samverkan måste det finnas en tydlig och gemensam uppfattning om vad som ska göras, när det ska ske och hur ansvarsfördelningen är. Samverkan förutsätter en fungerande kommunikation (men en väl fungerande kommunikation är inte samma sak som en fungerande samverkan, som har fler dimensioner). Samverkan kan ge förutsättningar för kontinuitet och tillgänglighet när flera personer/aktörer är involverade, vilket kan göra det svårt att avgränsa dessa orsaksområden från varandra.

Tillgänglighet/kontinuitet

Detta område handlar främst om att skapa en sömlöshet (ett kontinuum) i omhändertagandet av patienten. Patienten ska inte uppleva att den hamnar mellan stolarna eller att det finns luckor i handläggningen (t ex långa väntetider) som medför risker. Oftast rör det sig här om brister i tillgång till resurser, såsom tider för undersökningar, eller framkomlighet. När det gäller kontinuitet handlar det mycket om att det så långt som möjligt är få personer involverade vilket minskar risken för att brister i kommunikation ska leda till luckor i handläggningen. Hög kontinuitet kan åstadkommas även med många involverade, förutsatt att all väsentlig information blivit kommunicerad och att det finns en samsyn kring hur patienten ska handläggas.

Utrustning

Termen avser apparatur eller andra hjälpmedel som används direkt i arbetet med patienten (en vård-situation inklusive egenvård eller en administrativ). Brister kan avse brister i själva utrustningen, såsom direkt felfunktion (produktfel) eller i gränssnittet mot användaren som inte med rimlig ansträngning kan förstå hur utrustningen ska användas korrekt. Brister kan också avse brister hos användaren, som använt utrustningen på fel sätt eller i fel situation (användningsfel). Det kan också röra sig om brister i tillgång till den utrustning som behövs.

Lokaler

Bristande tillgång till lokaler avsedda för vård eller brister i utformningen av de lokaler som används för vård.

Omgivning

Avser främst arbetsmiljöfaktorer som har varit av betydelse för händelsen. Det kan röra sig om stress med för hög arbetsbelastning, ständiga avbrott eller hur lokaler är utformade där arbetet bedrivs och som har betydelse, även indirekt, på patientsäkerheten. Faktorer som är av betydelse för uppkomst av trötthet och nedsatt uppmärksamhet hos personalen ingår också här.

Barriärer

Faktorer av fysisk eller motsvarande art som ska hindra att moment utförs felaktigt. Bland barriärer räknas inte rutiner eller överenskommelser, då dessa inte har så starkt barriärmoment. En typisk barriär är exemplet på att det inte ska gå att koppla ihop en spruta för sondmatning med en CVK, eftersom fettningarna på respektive infart ska vara olika.

Spårbarhet

Avser sådana brister i vårddokumentationen (t ex patientjournalen) att de utgör en patientsäkerhetsrisk. Det kan bl a röra sig om avsaknad av viktig information, felaktig information eller att information inte är tillgänglig pga dålig överblick. Gränsdragningen mot IT (utrustning) kan vara svår om det finns brister i digitala journalsystem.

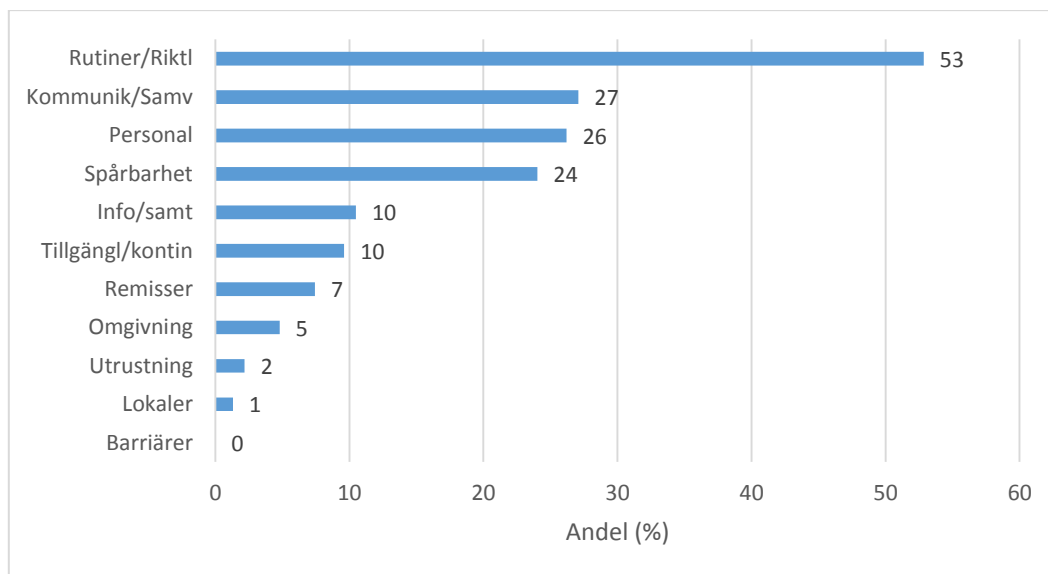
Remisser

Brister i remisshanteringen, hos såväl avsändaren som mottagaren, är en vanlig orsak till riskhändelser och vårdskador. Remisshanteringen har också en egen reglering. Sammantaget motiverar detta att remisser kan betraktas som ett eget orsaksområde.

Orsaksområden i klagomål

Orsaker som kan ha bidragit till att avvikelser inträffar kan analyseras på flera sätt. I klagomål används sällan den strukturerade men ändå enkla "varför-därför"-metoden som beskrivs i SoS-handboken. De orsaker som identifieras blir därför sådana som direkt har inverkan på att en avvikelse inträffar. För att komma fram till roten och åtgärder som får en bredare effekt kan ytterligare orsaksanalys behöva göras. En mer direkt nivå hos de orsaker som identifieras kan möjligen bli enklare att åtgärda i olika verksamheter där samma typ av orsak upprepas men där de djupare orsakerna kan vara olika och där åtgärderna därför kan behöva anpassas efter de olika verksamheternas egna förutsättningar. Orsaksutredningen i klagomål skiljer sig från den i Lex Maria-utredningar där man oftare har ett mer strukturerat förfarande, och där orsakerna som identifieras kan bli djupare i större omfattning. De orsaker som framkommer ur klagomålsutredningar har dock föregåtts av ett nagelfarande av patientjournalen av flera personer med hög kompetens i kombination med yttranden från verksamhetsansvariga och ofta även från berörd personal. Utredningen som görs efter anmälan till tillsynsmyndigheten torde därför återspegla verkliga förhållanden i sannolikt högre utsträckning än det som framkommer i klagomål eller avvikelserapporter som inte anmäls. Den objektivitet som tillsynsmyndigheten tillför kan förmodas vara av stor betydelse för utredningsresultatet.

Förekomsten av orsaksområden i klagomålsbeslut med avvikelser visas i Figur 85.

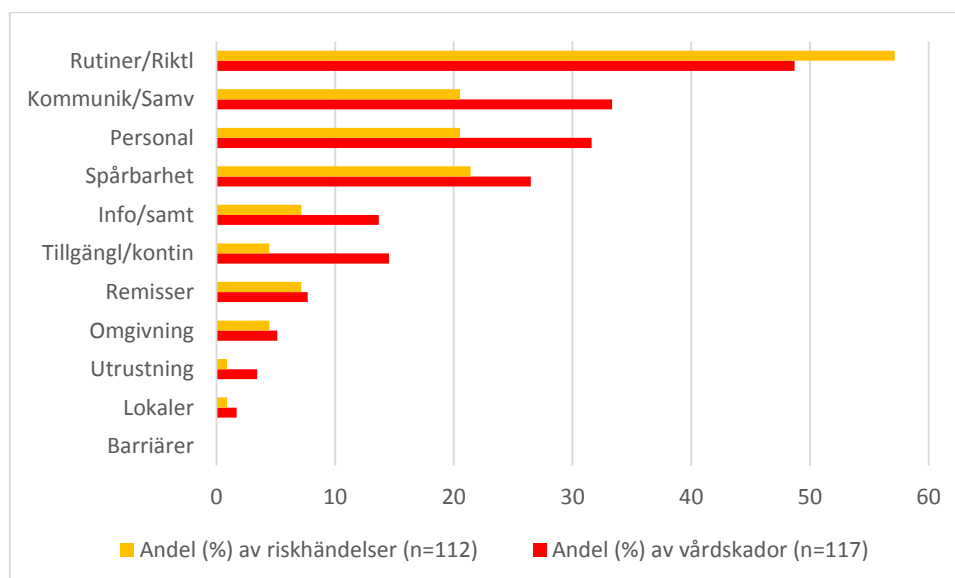


Figur 85. Förekomst av orsaksområden i klagomålsbeslut. Anden (%) av totala antalet beslut med avvikelser (n=229) visas.

De fyra vanligaste orsakerna till avvikelser i klagomål hänför sig till brister i rutiner och riktlinjer, följda av brister i kommunikation och samverkan, personal och spårbarhet. Minst en av dessa fyra vanligaste orsakerna ses i 88 % av avvikelserna.

I de 229 klagomålsbeslut där systembrister i patientsäkerheten framkom identifierades sammanlagt 380 orsaksområden (1,7 orsaksområden per beslut).

Jämförelse av förekomst av orsaksområden mellan avvikelser som medförde till vårdskada och som inte medförde vårdskada visas i Figur 86.

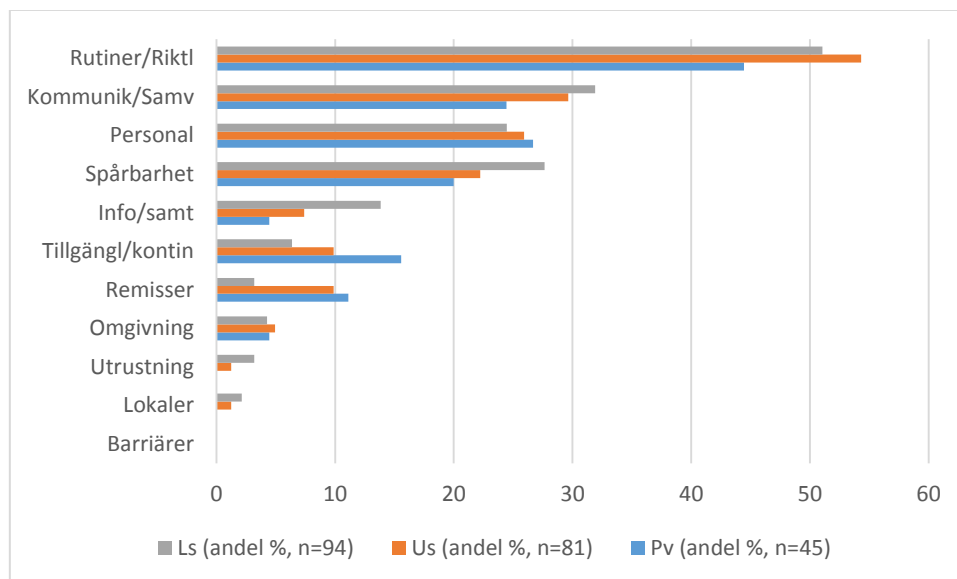


Figur 86. Jämförelse mellan avvikelser som ledde till vårdskador och som inte ledde till vårdskada (riskhändelser). Andelen (%) av antalet avvikelser av respektive typ visas.

Samma orsaksområden tillhör de fyra vanligaste i båda avvikelsetyperna.

Orsaksområden vid avvikelser i de största förvaltningstyperna

Förekomst av orsaksområden i avvikelser som där primärvården, universitetssjukhus och länssjukhus berörs visas i Figur 87.



Figur 87. Jämförelse mellan de största förvaltningstyperna (Ls=länssjukhusen, Us=universitetssjukhuset, Pv=primärvård) avseende förekomst av orsaksområden vid avvikelser. Andelen (%) avvikelser med ett visst orsaksområde av samtliga avvikelser där förvaltningstypen är berörd visas.

Ingen skillnad ses mellan primärvård, länssjukhus och universitetssjukhus avseende förekomsten av de fyra vanligaste orsaksområdena.

Förekomst av orsaksområden inom specialiteter med flest avvikelser

Nedan visas diagram av fördelningen av orsaksområden i de vanligaste specialistområdena där avvikelser förekommer.

