

Skador inom psykiatrisk vård

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING



Förord

I rapporten redovisas nationella resultat av den markörbaserade journalgranskning (MJG) inom psykiatrisk vård som genomfördes av samtliga Sveriges landsting/regioner i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2017. Undersökningen omfattar närmare 2 700 journaler och är internationellt sett den första inom psykiatrisk vård som genomförts på nationell nivå.

Ett stort tack till alla de 56 granskningsteam vilkas arbete möjliggjort rapporten!

I rapporten beskrivs hur skador och vårdskador (undvikbara skador) fördelar sig exempelvis mellan kön och ålderskategorier. Skillnader i skadefrekvens och skadetyper inom slutna respektive öppna psykiatrisk vård belyses också. I psykiatrisk MJG identifieras inte bara skador, utan också bristande följsamhet till riktlinjer och överenskomna arbetssätt.

Resultatet av journalgranskning med MJG är ett värdefullt underlag för patientsäkerhetsförbättrande insatser. Vi vet nu mer om vilka skador och kvalitetsbrister som finns inom den psykiatriska vården och vad som borde göras för att minska dem. För att möjliggöra detta behövs engagemang hos såväl ledning som medarbetare.

Rapporten har tagits fram av Charlotta Brunner, Pia Ram, Hans Rutberg och Carina Ålenius på SKL samt Urban Nylén på Socialstyrelsen. Madeleine Borgstedt-Risberg vid Centrum för verksamhetsstöd och utveckling Region Östergötland har bidragit med statistisk kompetens.

En referensgrupp bestående av experter inom psykiatrisk vård har lämnat värdefulla synpunkter på rapporten. Ett särskilt tack till Herman Holm, Per-Axel Karlsson, Elin Roos af Hjelmsäter, Hannah Cato, Florence Eddyson Hägg!

Stockholm i september 2018

Hans Karlsson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	4
De viktigaste fynden inom Allmän vuxenpsykiatrisk vård	4
De viktigaste fynden inom rättspsykiatrisk vård	5
Vilka lärdomar kan dras av undersökningen?	6
Bakgrund	7
Metod	9
Bedömning av om en skada inträffat.....	10
Bedömning av skadans allvarlighetsgrad	12
Bedömning av om skadan är undvikbar	12
Nationell granskning.....	13
Statistiska metoder.....	14
Resultat	15
Allmän vuxenpsykiatri.....	17
Kön och ålder	17
Skador	17
Typ av skador	19
Undvikbarhet	20
Könsskillnader vid skador i allmän vuxenpsykiatrisk vård	21
Jämförelse mellan slutenvård och öppenvård	23
Skador i detalj.....	25
Förlängt sjukdomsförlopp	25
Psyisk skada.....	27
Åtgärd utan laga stöd	28
Läkemedelsrelaterade skador	29
Kroppslig skada.....	30
Rättspsykiatri	30
Kön och ålder	31
Allvarlighetsgrad och undvikbarhet	33
Kvalitetsbrister i psykiatrisk vård	35
Allmän vuxenpsykiatri.....	35
Rättspsykiatri	38
Metoddiskussion	39

Sammanfattning

Det har hittills saknats kunskap om hur vanligt det är inom den psykiatriska vården att patienter skadas och vilka konsekvenser skadorna får. För att kartlägga förekomsten av skador och vårdskador i psykiatrisk vård vidareutvecklades i Sverige 2013-2015 metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) även för psykiatrisk vård. Termer och begrepp anpassades och nya markörer och skadetyper togs fram. Både öppenvård och slutenvård granskas, till skillnad från MJG inom somatisk vård där endast slutenvård granskas. En annan skillnad är att markörerna i MJG psykiatri både identifierar skador och dessutom pekar på kvalitetsbrister i verksamheten. På så sätt skapas ett underlag för kvalitetsutveckling, även om någon skada inte kan identifieras i den journal som granskas.

Denna sammanställning av skador, vårdskador och kvalitetsbrister inom allmän vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård bygger på granskning av 2 679 journaler under perioden januari 2017 – juni 2017. Internationellt sett är undersökningen den första inom psykiatrisk vård som genomförts på nationell nivå.

Faktaruta

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

De viktigaste fynden inom allmän vuxenpsykiatrisk vård

- I 17 procent av 2 552 granskade journaler inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierades skador. Totalt identifierades 720 skador. Närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara (46%).
- Inom vården sågs en signifikant skillnad mellan könen. Kvinnor hade den högsta andelen skador, i 21,5 procent av granskade journaler hittades en skada. För män var motsvarande siffra 12,7 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen, 9,7 procent hos kvinnor respektive 6,3 procent hos män.
- Förlängt sjukdomsförlopp var den vanligaste typen av skada. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada.
- Skadepanoramata skilde sig åt mellan psykiatrisk öppen- och slutenvård. *Förlängt sjukdomsförlopp* utgjorde en avsevärt större andel av skadorna i öppenvård, medan *psykisk skada och kroppslig skada* utgjorde väsentligt större andelar av de skador som identifierades i slutenvård.

- 86 procent av skadorna bedömdes som mindre eller måttligt allvarliga. 13 procent av skadorna bedömdes som betydande och 0,4 procent bedömdes som katastrofala.
- Ingen signifikant skillnad sågs mellan de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador.
- Patienterna inom psykiatrisk vård är avsevärt yngre än de som vårdas inom den somatiska slutenvården. Genomsnittsåldern för kvinnor inom den psykiatriska vården är 46 år och för män 45 år. Könsfördelningen är jämn.
- I 78 procent av alla granskade journaler identifierades en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Fynden indikerar bristande följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.
- De vanligaste kvalitetsbristmarkörerna var *Avsaknad av vårdplan* följt av *Avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård*.

De viktigaste fynden inom rättspsykiatrisk vård

- Inom rättspsykiatrisk vård granskades 127 journaler. I 12 procent av dessa identifierades skador. Totalt identifierades 23 skador.
- I närmare 10 procent av journalerna bedömdes skadorna som undvikbara eller sannolikt undvikbara. Det innebär, att cirka 70 procent av de identifierade skadorna bedömdes som vårdskador.
- Det sågs ingen signifikant skillnad mellan könen eller mellan åldersgrupperna när det gäller andelen skador respektive vårdskador.
- *Avsiktligt självdestruktiv handling* var den vanligaste typen av skada. För den skadetypen stod emellertid endast två av patienterna. Andra vanliga skador var *förlängt sjukdomsförlopp* och *psykisk skada*.
- 10 procent av skadorna bedömdes ge betydande konsekvenser för patienten. I övriga fall bedömdes konsekvensen som mindre eller måttlig.
- Inom rättspsykiatrisk vård var könsfördelningen i det granskade materialet 19 procent kvinnor respektive 81 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 42 år och för män 40 år.
- 73 procent av de rättspsykiatriska journalerna innehöll minst en kvalitetsbristmarkör.
- De vanligaste kvalitetsbristmarkörerna var *avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård* samt *bristande följsamhet till riktlinjer för metabolisk kontroll* av patienterna.

Vilka lärdomar kan dras av undersökningen?

Att drabbas av en vårdskada kan vara något banalt och övergående, men det kan också vara en händelse som på ett avgörande sätt förändrar patientens fortsatta liv. Det faktum, att man i sjutton procent av de slumpvis utvalda journalerna inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierade skador och att närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara, visar att problemet med bristande patientsäkerhet är ungefär lika stort inom psykiatrisk som inom somatisk vård. Att kvinnor har en signifikant högre andel skador och vårdskador är ett fynd som bör föranleda ytterligare undersökningar.

Ingen signifikant skillnad sågs i de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador. Detta fynd skiljer sig från förhållandet inom den somatiska vården, där både antalet skador och vårdskador ökar med stigande ålder. Inom somatisk vård har SKL beräknat, att kostnaden, förutom mänskligt lidande, för de extra vård dagarna som vårdskador leder till ligger på cirka 9 miljarder kr per år. En liknade beräkning går inte att göra för psykiatrisk vård då vårdtidens längd inte registreras, men det faktum att patienter inom psykiatrisk vård är yngre och många gånger i arbetsför ålder gör att vanliga skador som till exempel *Förlängt sjukdomsförlopp* kan innebära stora samhällskostnader.

Journalgranskning i sig förbättrar inte patientsäkerheten. Fynden måste analyseras, åtgärdas och följas upp och journalgranskningen behöver ibland också kompletteras med andra mätmetoder när effekten av förbättringsarbete ska följas. En stor del av de granskade journalerna hade en eller flera kvalitetsbristmarkörer som indikerar bristande följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.

Den vanligaste kvalitetsbristmarkören var *Avsaknad av vårdplan*, vilket stämmer väl överens med vad Inspektionen för vård och omsorg (IVO) skriver i Tillsynsrapporten för 2017. IVO konstaterar att vårdgivarnas vårdplaner ibland är otydliga eller till och med saknas och att vårdplanering bör genomföras tillsammans med patienten och de närstående. Vårdplanen ska upprättas så snabbt som möjligt och bygga på delaktighet och inflytande. Den bör uppdateras och kompletteras efter behov. Fyndet att *dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård* ofta saknas är också oroande.

Antalet bristfälliga utredningar, felaktiga diagnoser och inadekvata behandlingar inom psykiatrisk verksamhet skulle troligen kunna minska med en ökad följsamhet till befintliga kunskapsstöd, vårdprogram och nationella riktlinjer.

Journalgranskningen inom den psykiatriska vården bör fortsätta. Det är viktigt att frekvensen av olika typer av skador och faktorer som kan påverka skadeutfallet långsiktigt följs upp. Dessutom är det av stor vikt att effekten av insatta åtgärder utvärderas.

Bakgrund

Både internationellt och i Sverige har fokus för patientsäkerhetsforskningen och patientsäkerhetsarbetet under de senaste 15-20 åren legat på somatisk slutenvård. En hel del är känt när det gäller skadefrekvens och skadetyper. Inom psykiatrisk vård saknas kunskap om hur vanligt det är att patienter skadas och vilka konsekvenser skadorna får. Att patientsäkerhetsarbetet inom psykiatrisk vård behöver utvecklas har uppmärksammats internationellt. APA (American Psychiatric Association) publicerade ett handlingsprogram 2003 där man underströk behovet av ett intensifierat patientsäkerhetsarbete inom psykiatrisk vård (1). I denna rapport identifierar man fyra riskområden inom psykiatrisk vård, nämligen: säkerhetskultur, läkemedelsbiverkningar, tvångsåtgärder och suicid. För cirka 10 år sedan uppmärksammades frågan även i Kanada (2,3) och nyligen även i England (4,5).

I Sverige finns många källor som beskriver de problem som finns inom den psykiatriska vården, som till exempel IVO:s årliga tillsynsrapporter (6,7) och IVO:s riktade tillsynsrapporter från psykiatriska akutmottagningar och missbruksvård (8, 9). Vidare har klagomål som skickats till IVO från patienter och närstående inom psykiatrisk vård sammanställts och analyserats (10).

Folkhälsomyndigheten ger årligen ut "Folkhälsan i Sverige" där området psykisk ohälsa belyses (11). Inom ramen för Öppna jämförelser gav Socialstyrelsen 2010 ut rapporten "Psykiatrisk vård – ett steg på vägen för Säker vård" (12). I rapporten presenteras ett 30-tal indikatorer från nationella register som var tänkta att användas till att utvärdera och öppet jämföra resultat och processer inom den specialiserade psykiatrin. Idag finns 44 indikatorer inom området Psykisk ohälsa i Vården i siffror.

<https://www.vardenisiffror.se/category/sjukdomstillstand/psykisk-ohalsa>

Ingen av dessa källor kan dock användas för att bedöma skadefrekvens inom psykiatrisk vård, utan då måste andra metoder användas. För att kartlägga förekomsten av skador och vårdskador vid somatisk vård på akutsjukhus används i Sverige sedan 2013 metoden markörbaserad journalgranskning (MJG), som är en vidareutveckling av en amerikansk metod för journalgranskning, Global Trigger Tool (GTT).

Metoden innebär att slumpvis utvalda journaler granskas på ett systematiskt sätt för att kvantifiera och kategorisera skador som drabbat patienterna. Metoden har tagits fram av Institute of Healthcare Improvement (IHI) och används i ett flertal länder. År 2008 publicerade IHI även *Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events in a Mental Health Setting* (13) som fokuserade på ett skadeområde, läkemedelsskador, inom psykiatrisk vård.

Journalgranskning har haft fokus på kroppsliga skador, men i patientsäkerhetslagen skiljer man inte mellan kroppslig och psykisk skada eller lidande.

Under hösten 2012 inventerade därför Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i samtliga landsting intresset för att utveckla metoden MJG för användning inom psykiatrisk vård. Ett starkt stöd gavs då för att journalgranskningsmetoden skulle utvecklas för psykiatrisk verksamhet. I SKL:s regi har ett omfattande utvecklingsarbete, där också representanter för patientorganisationer genom Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) deltagit, resulterat i en handbok i mars 2015. Metoden är anpassad för att användas i allmän vuxenpsykiatrisk vård för vuxna och i rättspsykiatrisk vård. Sedan den nya handboken lanserats har SKL bedrivit utbildning för samtliga landsting.

2016 togs ett beslut om att under perioden januari – juni 2017 genomföra en nationell mätning av skadeförekomsten i allmän vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård liknande den som genomförs inom somatisk sjukhusvård. Denna rapport baserar sig på resultatet av detta granskningsarbete.

Metod

Inom somatisk vård har sammanlagt över 77 000 vårdtillfällen granskats med MJG under perioden 2013-2017, vilket internationellt sett är den största journalgranskningsundersökning som genomförts. I en serie av rapporter har SKL redovisat skadenivåer, skadepanorama och utveckling över tid.

MJG för psykiatri följer samma grundprinciper som vid granskning av somatisk vård, men de markörer som ska bidra till att skador kan identifieras samt listan över olika typer av skador är anpassade för psykiatrisk vård. MJG för psykiatrisk vård avser granskning av en tidsperiod med såväl öppen- som slutenvård, till skillnad från granskning av somatisk vård där enbart avgränsade sjukhusvårdtillfällen granskas. Skalan för att ange skadors allvarlighetsgrad har också anpassats.

Första steget vid granskning enligt MJG innebär ett strukturerat sökande efter uppgifter i journaltext (markörer) som pekar på riskområden där skador kan förekomma. När markörer påträffas görs en bedömning av om en skada uppstått, eventuell skada kategoriseras och bedömning görs av allvarlighetsgraden. Vid granskningen görs även en bedömning av om skadan hade kunnat undvikas, det vill säga om det är en vårdskada.

I psykiatrisk MJG utnyttjas markörer inte enbart som stöd för att underlätta identifiering av skador utan också för att kartlägga brister i följsamhet till riktlinjer och överenskomna arbetssätt även om en skada inte inträffat. Ett exempel på en sådan markör med dubbel funktion är *”Avsaknad av somatiskt status i samband med slutenvård”*.

Resultatet av journalgranskning med MJG ger ett värdefullt underlag för patientsäkerhetsförbättrande insatser och i ökande omfattning har MJG utvecklats till en metod för egenkontroll. Arbeta med metoden innebär också att vården granskas ur patientens synvinkel, vilket ger anledning att ifrågasätta och ompröva metoder, arbetssätt och rutiner i den egna verksamheten. Sammanställningar av resultaten i granskningen ger en bild av vilken typ av vårdskador och andra negativa effekter som förekommer och inom vilka områden utvecklings- och förbättringsarbete är mest angeläget.

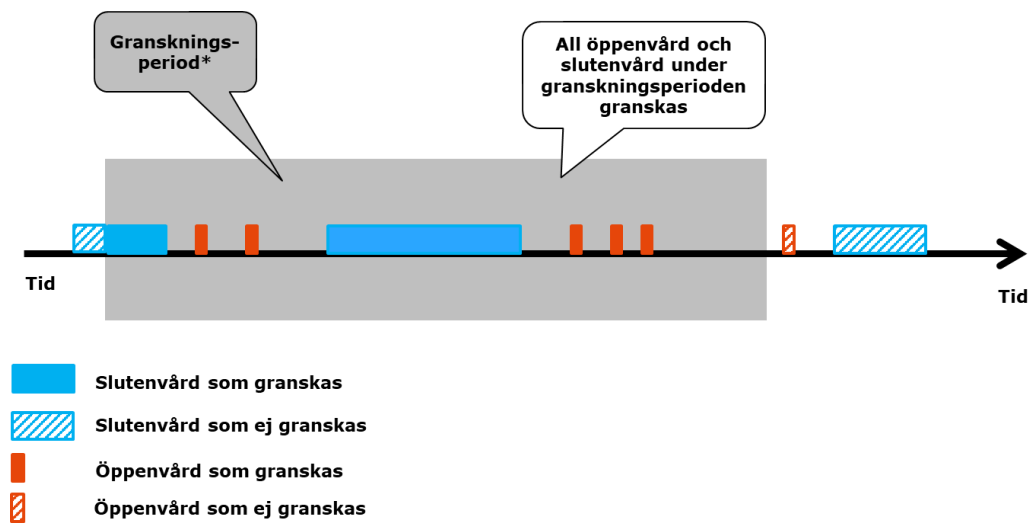
Ett granskningsteam ska bestå av kliniskt erfarna personer med god kännedom om struktur och innehåll i verksamhetens journaler samt en god kunskap om vården på kliniken/mottagningen. Minst en medlem i granskningsteamet ska vara läkare i och med att läkemedelsbehandling och andra delar av vården, där läkare ansvarar, ingår i vad som ska bedömas i granskningen.

Granskningsteamerna har utbildats i metodiken via SKL. Inom MJG psykiatri granskas både öppen- och slutenvård under en 3-månadersperiod för allmän vuxenpsykiatrisk vård och en 6-månadersperiod inom rättspsykiatrisk vård.

Den som vill veta mer om metoden hänvisas till Handboken och markörbilagan på SKL:s hemsida.

<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/markorbaserad-journalgranskning-i-psykiatri-for-att-identifiera-och-mata-skador-i-varden.html>

Figur 1. Granskningsperiod



*Granskningsperiod = 3 månader i vuxenpsykiatri och 6 månader i rättspsykiatri

Bedömning av om en skada inträffat

När man tar ställning till om en skada inträffat eller inte ska man bortse från om det inträffade är något som brukar kunna inträffa, om det är en känd risk eller om patienten varit informerad om risken. I granskningsarbetet utgår man från patientens perspektiv och det som inte är en avsikt med vården och för patienten är negativt är en skada. I bedömningen av om en skada inträffat eller inte ingår också ett ställningstagande till om händelsen är en naturlig följd av sjukdomsprocessen. En händelse som är en naturlig följd av sjukdomsprocessen och som inträffar trots adekvat behandling bedöms inte som en skada.

Identifierade skador klassificeras enligt tabell 1.

Tabell 1. Skadeområden och skadetyper

Skadeområde	Skada som ska registreras	
	Skadetyper	Exempel
Psykisk skada	1. Lidande 2. Kränkning	<i>Otrygghet, rädsla efter hot/våld, obehag, stigmatisering, sexuellt ofredande och andra otillbörliga kontakter</i>
Förlängt sjukdomsförlopp	3. Obehandlat sjukdomstillstånd 4. Otillräcklig behandlingseffekt 5. Avbruten behandling 6. Försämring av sjukdom	<i>Oönskad effekt vid psykoterapi, ofullständig utredning med felaktig diagnos, otillräcklig bedömning under pågående behandling</i>
Avsiktligt självdestruktiv handling	7. Suicid 8. Suicidförsök 9. Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	
Läkemedelsrelaterad skada	10. Metabol påverkan 11. Extrapyramidala symptom 12. Allergisk reaktion 13. Läkemedelsberoende 14. Övrig läkemedelsrelaterad skada	<i>Hjärtrytmrubbning, akut dystoni, njurfunktionspåverkan, benmärgshämning, kognitiv påverkan, sedering, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom, överdosering</i>
Åtgärd utan laga stöd	15. Olaga frihetsberövad 16. Olaga tvångsåtgärd	<i>Frihetsberövad efter administrativt misstag, tvångsåtgärd hos icke tvångsvårdad</i>
Kroppslig skada	17. Anestesi-relaterad skada 18. Fallskada 19. Trycksår kategori 2-4 20. Kognitiv störning 21. Övrig kroppslig skada	<i>Tandskada, andnings- och/eller cirkulations-svikt, hudskada eller yttlig kärlskada, fraktur, blödning, infektion, minnesstörning efter ECT</i>
Övrig skada	22. Övrig skada	

Exempel på några skadetyper

Lidande

”En ung kvinna läggs in på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning. På kvällen går en medpatient in på hennes rum. Inför natten vill patienten låsa sin dörr, så att detta inte händer igen när hon sover. Det går inte att låsa dörrarna inifrån. På grund av detta har patienten haft svårt att sova, känt sig otrygg och rädd.”

Olaga frihetsberövande

”Personal skriver in fel datum i journalen för när nästa prövning av tvångsvården ska ske. När läkaren ska ansöka om förlängning av tvångsvården har den löpt ut för tre dagar sedan. Patienten har under den tiden nekats att gå hem och har alltså i juridisk bemärkelse varit olaga frihetsberövad.”

Kroppslig skada

”Patienten slår ut en tand i samband med att han fallit dagen efter en injektion av neuroleptika som medfört försämrad balans”

Bedömning av skadans allvarlighetsgrad

När en skada identifierats tar granskningsteamet ställning till vilken konsekvens skadan har haft för patienten och anger om konsekvensen varit mindre, måttlig, betydande eller katastrofal (tabell 2). Denna indelning av allvarlighetsgrader överensstämmer med skalan i handboken ”Riskanalys och händelseanalys 2015”.
<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/riskanalys-och-handelseanalys-analysmetoder-for-att-oka-patientsakerheten.html>

Tabell 2. Skadans allvarlighetsgrad

BEDÖMNING AV SKADANS ALLVARLIGHETSGRAD	
Konsekvens	
Mindre	Obehag eller obetydlig skada
Måttlig	Övergående funktionsnedsättning
Betydande	Bestående måttlig funktionsnedsättning
Katastrofal	Bestående stor funktionsnedsättning, död

Bedömning av om skadan är undvikbar

Patientsäkerhetslagen definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om *adekvata åtgärder* hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Begreppet ”adekvata åtgärder” som används i lagtexten omfattar både prevention och tidig upptäckt samt lämplig handläggning där hänsyn tas till patientens grundsjukdom.

Att bedöma undvikbarhet kan ibland vara en svår uppgift som kräver att erfarna specialister involveras i bedömningen. Många skador betraktas traditionellt i vården som oundvikliga komplikationer, men kan vid granskningen komma att bedömas som undvikbara. Om skadan var undvikbar eller ej bedöms enligt följande fyrgradiga skala:

Tabell 3. Bedömning av undvikbarhet

Skadan är inte undvikbar	En för patienten negativ händelse som orsakas av hälso- och sjukvården = Skada
Skadan är sannolikt inte undvikbar	
Skadan är sannolikt undvikbar	En för patienten negativ händelse som orsakas av hälso- och sjukvården och hade kunnat undvikas = Vårdskada
Skadan är undvikbar	

Det är viktigt att skilja på skador respektive vårdskador, eftersom det är vårdskadorna som är det vi kan göra något åt.

Nationell granskning

Vid journalgranskningen har såväl öppenvård som slutenvård granskats i varje journal. Granskningsperioden omfattar för allmän vuxenpsykiatrisk vård 3 månader och för rättspsykiatrisk vård 6 månader. I den nu genomförda nationella granskningen har det slumpmässiga uttaget av journaler för granskning gjorts så att varje vårdperiod innefattar minst ett avslutat slutenvårdstillfälle. Om patienten före eller efter slutenvårdstillfället även behandlats i öppenvård under granskningsperioden granskas även öppenvården. Detta innebär att den öppenvård som granskats och redovisas i denna rapport rör en patientgrupp som sannolikt har en mer omfattande psykiatrisk problematik än det genomsnittliga patientunderlag som återfinns inom psykiatrisk öppenvård.

Beräkningen av antalet vårdperioder för granskning i denna nationella mätning är baserad på Socialstyrelsens register över genomförd slutenvård 2014. Antalet vårdperioder representerar 3 procent av den slutna allmänna vuxenpsykiatriska vården och 10 procent av den rättspsykiatriska vården under ett år i respektive landsting/region. Ett slumpmässigt urval av journaler har gjorts ur det totala antalet journaler i varje landsting/region.

Statistiska metoder

Resultaten är baserade på oviktade data. Det betyder, att ingen hänsyn har tagits till undersökningens stratifierade design. Vilka effekter detta kan ha på resultaten av statistiska test och konfidensintervall är svårt att bedöma och därför bör dessa resultat tolkas med viss försiktighet. För att avgöra om det fanns statistiska skillnader användes chi-två-test (χ^2 -test). Ett p-värde mindre än 0,05 ansågs vara en statistiskt säkerställd (signifikant) skillnad. Även 95-procentiga konfidensintervall för andelar har använts för att avgöra om det fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan grupper. Konfidensintervallen har beräknats med normalfördelningsapproximation.

Resultat

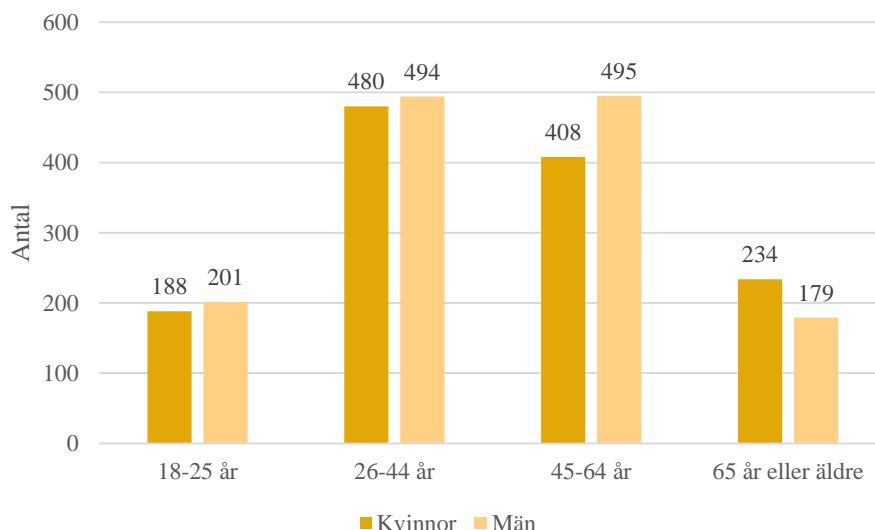
Rapporten grundar sig på en sammanställning av resultat från granskade vårdperioder, där det senaste slutenvårdstillfället avslutats mellan januari 2017 och juni 2017. Uttag av de data från databasen som sammanställningen bygger på gjordes 2018-03-19. Samtliga landsting och regioner har deltagit i den nationella datainsamlingen. 56 enheter har granskat och rapporterat in data till SKL:s databas.

Resultatredovisningen inleds med en översiktlig presentation av hela materialet följt av resultaten för allmän vuxenpsykiatrisk vård på sidorna 17-30 och för rättspsykiatrisk vård på sidorna 30-34.

Sammanlagt ingår 2 679 granskade vårdperioder i sammanställningen, varav 2 552 inom allmän vuxenpsykiatri och 127 inom rättspsykiatri. Samtliga landsting har deltagit. Målet var att 3 000 journaler skulle granskas. De drygt 300 icke granskade vårdperioderna fördelar sig på flera landsting/regioner och bedöms inte påverka typ eller fördelning av identifierade skador.

Könsfördelningen i de granskade vårdperioderna var 49 procent kvinnor och 51 procent män. Som jämförelse är könsfördelningen 54 procent kvinnor och 46 procent män i materialet från granskning inom somatisk vård.

Figur 2. Antal granskade vårdperioder fördelade på kön och ålder



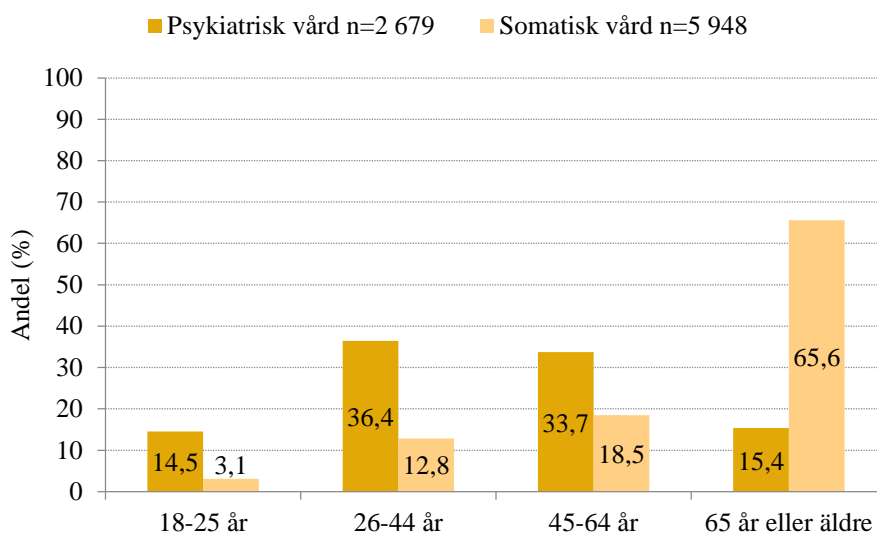
Vid en jämförelse med MJG-resultat från somatisk vård är patienterna inom psykiatrisk vård avsevärt yngre än de som vårdas på somatisk avdelning på sjukhus, vilket framgår av figur 3. Totalt var 15 procent av patienterna 65 år eller äldre. I somatisk vård är nästan 66 procent av patienterna 65 år eller äldre.

Psykiatriska sjukdomar debuterar i genomsnitt tidigare än somatiska, vilket till en del förklarar ålderskillnaden mot somatisk vård. Ytterligare en förklaring till att få äldre patienter ingick i denna granskning kan vara det som Socialstyrelsen påpekar i en rapport om psykisk sjukdom hos äldre (14). ”Många äldre med psykisk sjukdom får sin behandling tillgodosedd inom den somatiska vården. Äldre som vårdas för psykisk sjukdom vid en somatisk klinik har högre dödlighet inom ett år efter vårdtillfället jämfört med äldre som vårdas inom den psykiatriska vården. Äldre som diagnostiseras vid en somatisk klinik har också en lägre användning av psykofarmaka och vårdas inte lika ofta på nytt som äldre som hade fått tillgång till specialiserad psykiatrisk vård.”

En annan bidragande orsak till att andelen äldre patienter är mindre inom psykiatrisk vård än inom somatisk vård kan vara att patienter med psykiatrisk sjukdom har en kortare förväntad livslängd jämfört med patienter som har enbart somatisk sjukdom.

Inom psykiatrisk vård granskas en vårdperiod, 3 respektive 6 månader innehållande all sluten- och öppenvård. För somatisk vård granskas enbart slutenvårdstillfället vilket man bör beakta vid jämförelser av granskningsresultaten.

Figur 3. Andel journaler (%) per åldersgrupp i psykiatrisk respektive somatisk vård under samma tidsperiod (första halvåret 2017)



Allmän vuxenpsykiatri

Sammanlagt granskades 2 552 vårdperioder inom allmän vuxenpsykiatri.

Kön och ålder

Könsfördelningen i de 2 552 granskade vårdperioderna var 50,4 procent kvinnor och 49,6 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 45,7 år (18-97 år) och för män 44,9 år (18-93 år). Medianålder för kvinnor var 44 år och för män 44,5 år.

Tabell 4. Antal granskade vårdperioder inom olika ålderskategorier

	Kvinnor	Män	Totalt
18-25 år	186	192	378
26-44 år	469	441	910
45-64 år	398	456	854
65 år eller äldre	233	177	410
Totalt	1 286	1 266	2 552

Skador

En *skada* är lidande, kroppslig eller psykisk ogynnsam händelse eller sjukdom, samt dödsfall som uppstått vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

En *vårdskada* är lidande, kroppslig eller psykisk ogynnsam händelse eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vid 17 procent av vårdperioderna identifierades skador och 8 procent vårdskador (tabell 5). Vid 438 vårdperioder kunde en eller flera skador (både undvikbara och ej undvikbara) identifieras. Det totala antalet identifierade skador var 720, vilket innebär att antalet skador i genomsnitt var 1,6 per skadad patient.

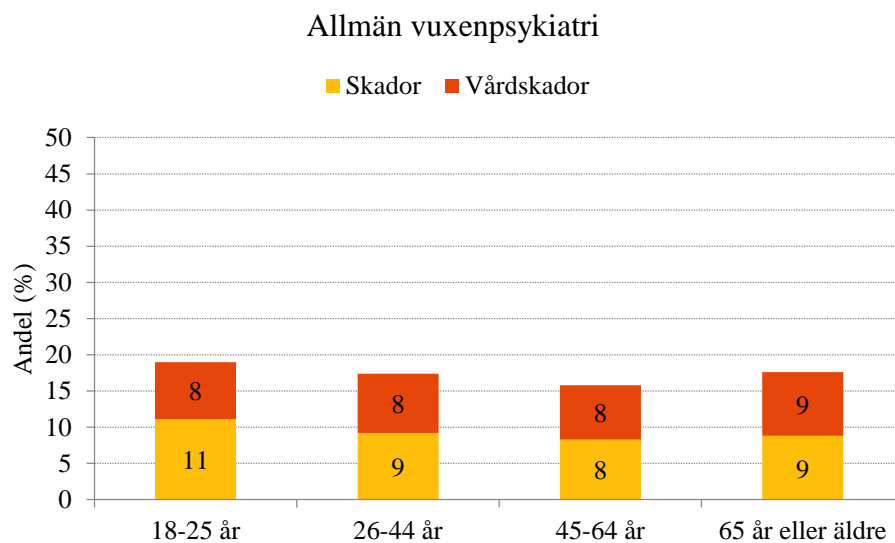
Tabell 5. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador

Allmän vuxenpsykiatri	
Vårdperiod med skador	17,2 (15,7–18,6)
Vårdperiod med vårdskador	8,0 (7,0–9,1)

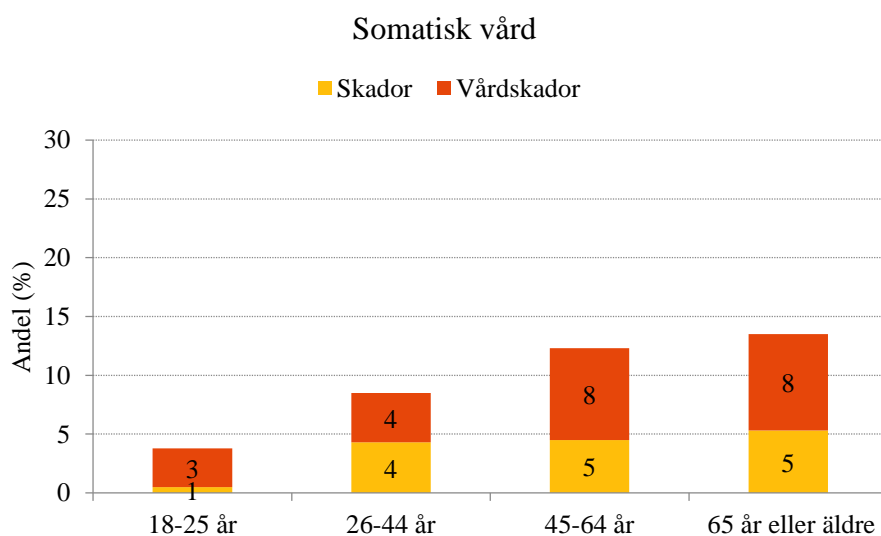
Andelen skador i olika åldersgrupper framgår av figur 4. Ingen signifikant skillnad sågs i de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador. Detta

fynd skiljer sig från den somatiska vården, där både antalet skador och vårdskador ökar med stigande ålder vilket framgår av figur 5.

Figur 4. Andel (%) vårdperioder inom psykiatrisk vård med skador respektive vårdskador i olika åldersgrupper



Figur 5. Andel (%) vårdperioder inom somatisk vård med skador respektive vårdskador i olika åldersgrupper

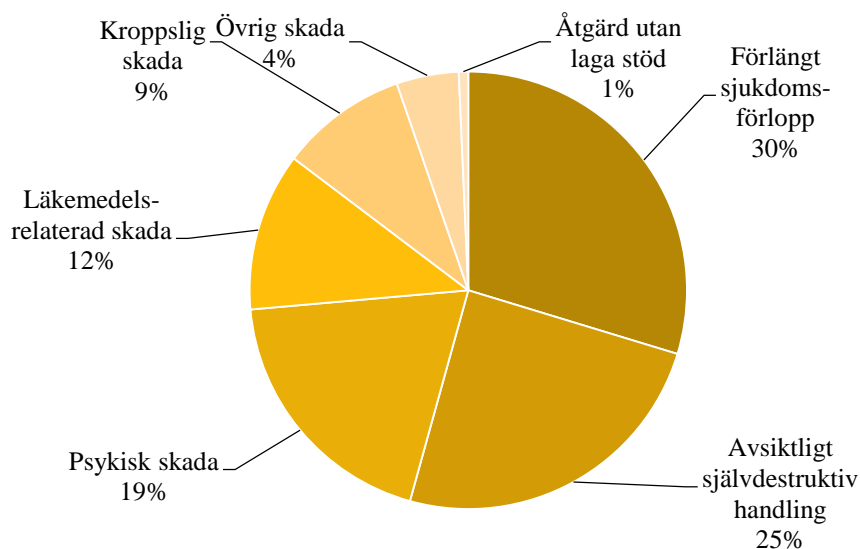


Inom somatisk vård har SKL beräknat att kostnaden för de extra vårddagarna som vårdskador leder till ligger på cirka 9 miljarder per år. En liknade beräkning går inte att göra för psykiatrisk vård då vårdtidens längd inte registreras i granskningen. Det faktum att patienter inom psykiatrisk vård är yngre och många gånger i arbetsför ålder gör att vanliga skador som till exempel "Förlängt sjukdomsförlopp" kan innebära stora samhällskostnader.

Typ av skador

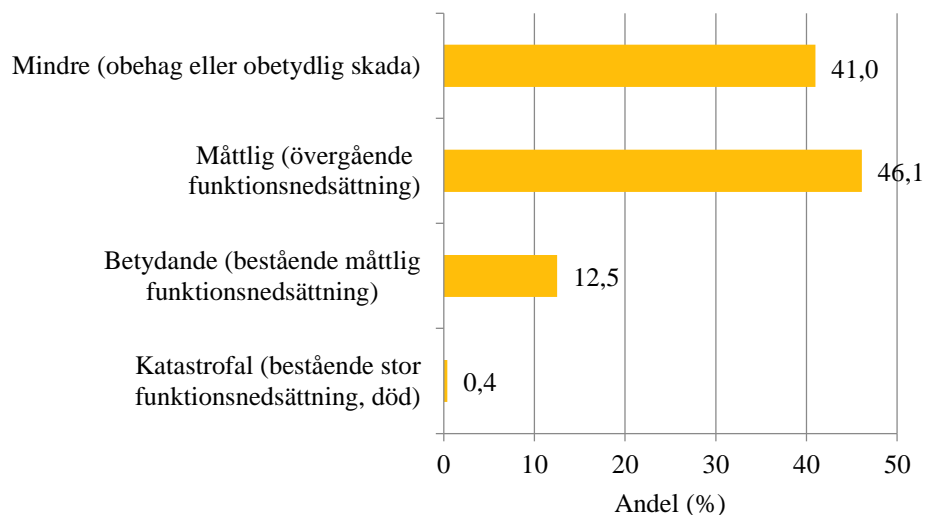
Förlängt sjukdomsförlopp var den vanligaste typen av skada (figur 6). Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada.

Figur 6. Skadornas fördelning i olika skadeområden



Av de 720 skadorna bedömdes 86 procent som mindre eller måttligt allvarliga. I närmare 13 procent bedömdes allvarlighetsgraden som betydande. 0,4 procent av skadorna bedömdes som katastrofala (figur 7).

Figur 7. Skadornas fördelning på allvarlighetsgrad



Undvikbarhet

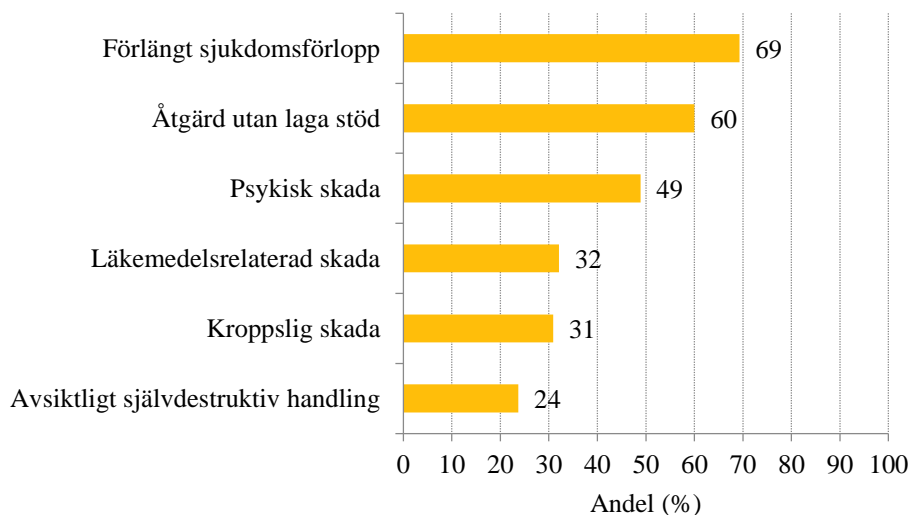
Vid 438 av 2 552 vårdperioder identifierades skador. Det sammanlagda antalet identifierade skador var 720. Av dessa skador bedömdes 333 vara undvikbara (skadan bedömdes som sannolikt undvikbar eller undvikbar). Sammanlagt bedömdes 46,2 procent av skadorna som undvikbara eller sannolikt undvikbara (tabell 6).

Tabell 6. Antal och andel skador fördelade efter grad av undvikbarhet

Skadans undvikbarhet	Antal	Andel (%)
Skadan var inte undvikbar	123	17,1
Skadan var sannolikt inte undvikbar	264	36,7
Skadan var sannolikt undvikbar	211	29,3
Skadan var undvikbar	122	16,9
Totalt	720	100

För skadeområdet ”förlängt sjukdomsförlopp” bedömdes 69 procent av skadorna som undvikbara och för ”psykisk skada” bedömdes 49 procent som undvikbara. För ”avsiktligt självdestruktiv handling” bedömdes 24 procent av skadorna som undvikbara (figur 8).

Figur 8. Andel (%) vårdskador per skadeområde



Det är vårdskadorna vi kan göra något åt genom att sätta in relevanta förbättringsåtgärder!

När det gäller skador med relation till läkemedel kan resultaten jämföras med tidigare genomförda undersökningar av undvikbara skador inom området läkemedel, som man hänvisar till i American Psychiatric Associations handlingsplan för patientsäkerhet. Där menar man att ungefär hälften av alla läkemedelsrelaterade skador bedömdes som undvikbara (1).

Antalet skador av skadetyper ”åtgärder utan laga stöd” är lågt (1% av samtliga skador). Det är dock anmärkningsvärt att endast 60 procent av dessa skador bedömts som undvikbara. Dessa skador borde alla vara undvikbara, eftersom de definitionsmässigt är lagbrott. En förklaring till att man bedömt skadan som icke undvikbar skulle till exempel kunna vara att situationer uppstår, där patienten är kvarhållen enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), utan att intagningsbeslut fattats och där en akut händelse uppstår som kräver tvångsåtgärd.

Könsskillnader vid skador i allmän vuxenpsykiatrisk vård

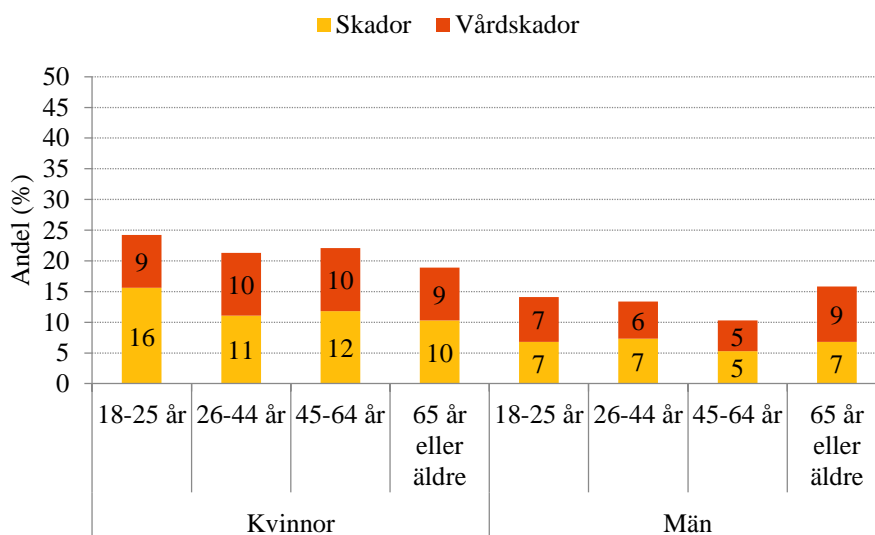
Inom allmän vuxenpsykiatrisk vård sågs en signifikant skillnad mellan könen, där kvinnor hade den högsta andelen vårdperioder med skador. För kvinnor var andelen 21,5 procent, jämfört med 12,7 procent för männen. Även för vårdskador sågs en signifikant skillnad mellan könen med en andel på 9,7 procent för kvinnorna och 6,3 procent för männen.

I alla åldersgrupper utom i den äldsta (65 år eller äldre) är andelen skador i psykiatrisk vård signifikant högre för kvinnor jämfört med män (figur 9). Som jämförelse ses inom somatisk vård en signifikant skillnad mellan könen men män har där den högre andelen vårdtillfällen med såväl skador som vårdskador.

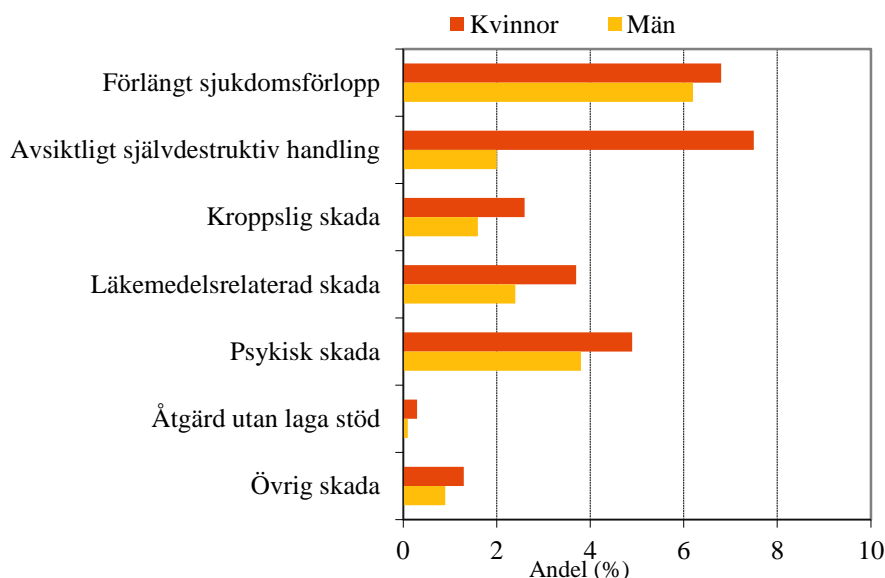
I åldersgrupperna 26-44 år och 45-64 år föreligger även en signifikant skillnad mellan könen för vårdskador. För kvinnor identifieras en eller flera skador vid 277 vårdperioder och för män vid 161 vårdperioder. Det totala antalet skador för kvinnor var 465 och för män 255, vilket innebär att i genomsnitt var antalet skador för kvinnor 1,7 och för män 1,6.

De största skillnaderna mellan könen sågs inom skadeområdet ”avsiktligt självdestruktiv handling”. Även om man bortser från detta skadeområde kvarstår dock könsskillnaderna både vad gäller skador och vårdskador. Att den signifikanta skillnaden mellan könen i hela materialet kvarstår, även om man räknar bort ”avsiktligt självdestruktiv handling”, var ett oväntat resultat.

Figur 9. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador per kön och åldersgrupp



Figur 10. Andel (%) granskade vårdperioder med skador fördelade på skadeområde och kön



Andelen vårdperioder med skador, där allvarlighetsgraden bedömdes som mindre eller måttlig, var signifikant högre hos kvinnor. Däremot sågs ingen signifikant skillnad mellan könen för vårdperioder där skadorna bedömdes vara betydande eller katastrofala (tabell 7).

Tabell 7. Andel (%) granskade vårdperioder med skador fördelade på allvarlighetsgrad och kön

	Kvinnor n=1 286	Män n=1 267
Mindre (obehag eller obetydlig skada)	11,7%	6,8%
Måttlig (övergående funktionsnedsättning)	11,0%	6,2%
Betydande (bestående måttlig funktionsnedsättning)	2,6%	1,7%
Katastrofal (bestående stor funktionsnedsättning, död)	0,1%	0,1%

Jämförelse mellan slutenvård och öppenvård

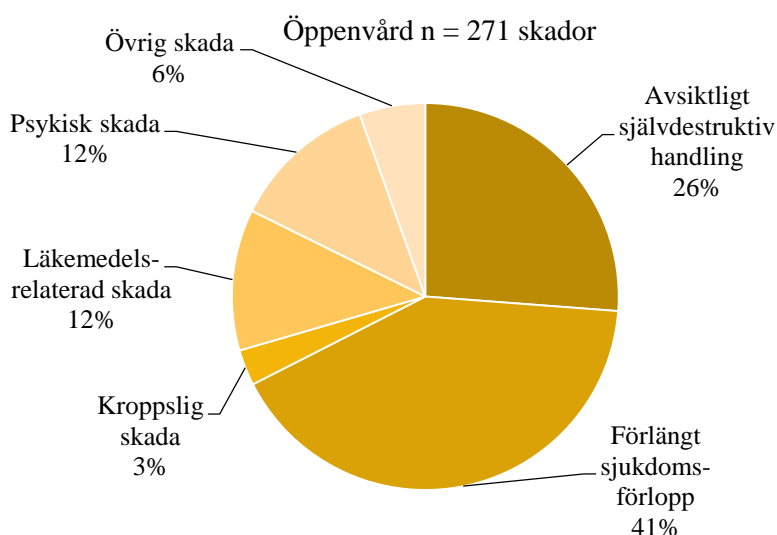
Vid tolkningen av resultaten för öppenvård är det viktigt att beakta att den öppenvård som granskats och redovisas i denna rapport rör patienter som även har vårdats i slutenvård. Denna patientgrupp har sannolikt en mer omfattande psykiatrisk problematik än de patienter som genomsnittligt återfinns inom psykiatrisk öppenvård.

Av de 720 skador som registrerats i allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierades 271 i öppenvård och 449 i slutenvård.

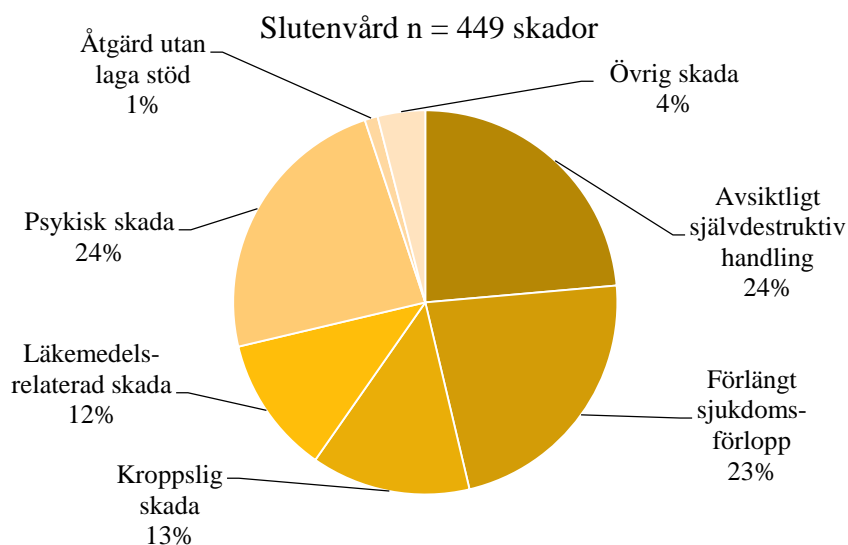
Detta får betraktas som förväntat, dels för att slutenvården pågår 24 timmar om dygnet, dels också för att patienter som vårdas i slutenvård är sjukare och får mer omfattande behandling än öppenvårdspatienter. Båda dessa faktorer bidrar till en ökad risk för skada.

Skadepanoramat skilde sig åt, vilket illustreras av figur 11 och 12.

Figur 11. Skadornas fördelning på olika skadeområden inom öppenvård



Figur 12. Skadornas fördelning på olika skadeområden inom slutenvård



Skador i detalj

Inom varje skadeområde kan olika typer av skador drabba samma patient. Detta innebär att summan av procentsiffrorna för de olika skadorna blir högre än den sammanlagda procentsiffran för skadeområdet.

Förlängt sjukdomsförlopp

Förlängt sjukdomsförlopp är det vanligaste skadeområdet, där ”försämring av sjukdom” är den vanligaste skadetyper. Det kan vara svårt att bedöma om ett sjukdomsförlopp är förlängt enbart på grund av brister i vården eller om det också till viss del beror på det individuella sjukdomsförloppet.

När detta bedöms som en vårdskada innebär det att sjukdomsbilden försämrats eller att en förbättring har försenats eller uteblivit därför att vården inte vidtagit adekvata åtgärder eller att åtgärderna vidtagits för sent. Skadeområdet är generellt något vanligare hos kvinnor, dock sågs ingen signifikant skillnad mellan könen.

Skadeområdet är det vanligaste i öppenvården. En tolkning av detta fynd skulle kunna vara att tillgänglighet och/eller flexibilitet i öppenvården har brister. Ett arbetssätt, där man har möjlighet att prioritera akuta händelser inom öppenvård och ett närmare samarbete med närstående, kan troligen bidra till att förebygga denna typ av skador i öppenvård. IVO konstaterar i tillsynsrapporten 2017, att patienters och närståendes möjlighet till delaktighet vid vårdplanering brister (7).

Tabell 8. Andel (%) granskade vårdperioder med förlängt sjukdomsförlopp fördelad på kön

	Kvinnor	Män	Totalt
Förlängt sjukdomsförlopp	6,8%	6,2%	6,5%
- Avbruten behandling	0,8%	1,0%	0,9%
- Försämring av sjukdom	3,3%	2,7%	3,0%
- Obehandlat sjukdomstillstånd	1,6%	1,4%	1,5%
- Otillräcklig behandlingseffekt	2,3%	2,4%	2,3%

Förlängt sjukdomsförlopp är ett skadeområde som kan ha flera orsaker.

Avbruten behandling innebär att behandlingen på initiativ av vården avslutats på annat sätt än planerat, men det kan även innebära att patienten på egen hand avslutat behandlingen då vårdens uppföljning av insatt behandling har brutit.

Försämring av sjukdom omfattar all form av försämring. Det kan till exempel bero på ofullständig utredning med felaktig diagnos och felaktig behandling som följd. Om adekvata bedömningar och åtgärder genomförts bedöms inte en försämring av sjukdomen som en skada.

Obehandlat sjukdomstillstånd innebär att behandlande team känner till patientens problem och att det finns rutiner/riktlinjer som säger hur det ska handläggas men det blir ändå inte gjort. Ett exempel är att närstående rapporterar en försämring av psykosymtom hos en patient, men trots det får patienten vänta en månad på läkartid.

Otillräcklig behandlingseffekt kan uppstå vid bristfällig utvärdering och förändring av behandling eller om den behandlingsform som valts inte varit lämplig.

I IVO:s granskning av klagomål *Enskildas klagomål enligt PSL* från 2018 (10) framkommer att ”utebliven eller fördröjd diagnos” respektive ”försenad eller utebliven behandling” hör till de vanligaste klagomålen. Resultaten i journalgranskningen ligger i linje med detta fynd.

Utifrån resultaten i denna rapport och IVO:s data framstår förlängda sjukdomsförlopp som ett mycket stort problem inom den psykiatriska vården.

Om psykiatrisk verksamhet i större utsträckning tog till sig av befintliga kunskapsstöd, vårdprogram och nationella riktlinjer skulle troligtvis antalet bristfälliga utredningar, felaktiga diagnoser och inadekvata behandlingar minska.

Avsiktligt självdestruktiv handling

Denna skada är signifikant vanligare hos kvinnor än hos män och här ses de största könsskillnaderna (tabell 9). Detta fynd överensstämmer med vad Folkhälsomyndigheten rapporterade 2016 (11) och är inte ett oväntat resultat utan en känd företeelse inom psykiatrisk vård.

Vi skiljer här på avsiktligt självdestruktiv handling med eller utan suicidavsikt. Det kan ibland vara vanskligt att göra detta, men det är viktigt då skadetyperna ofta är uttryck för olika problematik. Patienter med självskadeproblematik kan också ha suicidtankar och de kan även ha genomfört suicidförsök. Det finns dock en stor mängd patienter som har suicidtankar och suicidplaner utan självskadeproblematik.

Tabell 9. Andel (%) granskade vårdperioder med avsiktligt självdestruktiv handling fördelat på kön

Vårdperioder	Kvinnor	Män	Totalt
Avsiktligt självdestruktiv handling	7,5%	2,0%	4,8%
- Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	5,1%	1,0%	3,1%
- Suicidförsök	3,4%	1,0%	2,2%
- Suicid	0,0%	0,0%	0,0%

Risk för suicid är en vanlig inläggningsorsak, kanske den vanligaste. Avsikten med inläggning är då suicidprevention. Avsiktligt självdestruktiv handling är

vanlig i både öppen- och slutenvård (tabell 10) och förekomsten är inte mindre i slutenvården.

Tabell 10. Andel (%) skador inom skadeområdet ”avsiktligt självdestruktiv handling” inom öppen- och slutenvård

	Öppenvård n=271 skador	Slutenvård n=449 skador
Avsiktligt självdestruktiv handling	26%	24%
- Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	13%	17%
- Suicidförsök	13%	6%
- Suicid	0%	0%

Det finns skillnader i öppenvård och slutenvård vad gäller suicidförsök som talar för att slutenvården har den suicidpreventiva effekten man eftersträvar med en inläggning. Däremot ser man inte samma minskning i slutenvården vad gäller skadetyper avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt. Även fullbordade suicid ska räknas med i detta skadeområde, men i detta material förekom inget suicid.

Psykisk skada

Denna typ av skada är inte specifik för psykiatrisk vård då den även förekommer inom övrig sjukvård. Med psykisk skada avses all form av *psykiskt lidande* till följd av insatta eller uteblivna åtgärder, det vill säga en konsekvens som inte var avsedd eller önskvärd ur patientens perspektiv.

Med lidande avses patientens känsla av obehag, otrygghet, rädsla och *stigmatisering* i kontakt med vården. Människor med psykisk sjukdom kan drabbas av stigmatisering med fördomsfull och diskriminerande behandling i samhället i stort, men också inom sjukvården. Om patienten av vårdpersonal utsätts för stigmatiserande behandling ska det lidande detta förorsakar räknas som en vårdskada.

Med *kränkning* avses patientens reaktion på omfattande intrång i självbestämmandet, såsom i samband med tvångsåtgärder, restriktioner, polishandräckning och otillbörliga kontakter mellan personal och patient.

Att bli utsatt för en tvångsåtgärd, som till exempel fastspänning innebär ur patientens perspektiv en kränkning av integritet och självbestämmande. En sådan kränkning bedöms enligt MJG som en skada. Om bedömningen av patienten inte är gjord på ett adekvat sätt och om indikation för tvångsåtgärden inte finns, betecknas en sådan kränkning som en vårdskada. Det kan i efterhand vara svårt att få en tydlig bild av händelseförloppet då en tvångsåtgärd genomförts, men

dokumentationen från ett uppföljningssamtal kan bidra till att ge en bild ur patientens perspektiv.

Förekomsten av psykisk skada är något vanligare hos kvinnor, dock ses ingen signifikant skillnad (tabell 11). Psykisk skada är betydligt vanligare i slutenvården än i öppenvården.

Tabell 11. Andel (%) granskade vårdperioder med psykisk skada fördelat på kön och typ av skada

	Kvinnor	Män	Totalt
Psykisk skada, alla typer	4,9%	3,8%	4,3%
- Kränkning	1,4%	1,1%	1,3%
- Lidande	4,0%	2,9%	3,5%

Att förekomsten av denna skadetyper är något högre hos kvinnor kan möjligen förklaras av att sjukdomspanoramata skiljer sig mellan könen. Kvinnor har i större utsträckning depressions- och ångestdiagnoser, medan substansberoende är vanligare bland männen (11). Man kan också spekulera i andra genusperspektiv, till exempel olika bemötande beroende på kön eller att kvinnor generellt kan vara mer öppna med att tala om sitt psykiska lidande.

En orsak till att skadeområdet psykisk skada är vanligare i slutenvård är sannolikt att denna vårdform oftare innebär ett större intrång i patienternas liv. Dessutom mår patienterna ofta sämre i slutenvården, vilket innebär en ökad sårbarhet. Patientens tillstånd kan också göra det nödvändigt med fler begränsande ingripanden som exempelvis inskränkning i utevistelse eller ökad tillsynsgrad.

Åtgärd utan laga stöd

Psykiatrisk vård skiljer sig från annan sjukvård genom rätten/skyldigheten att bedriva myndighetsutövning i form av tvångsvård och tvångsåtgärder. Detta är en fråga som är specifik för psykiatrin och viktig att ta på allvar då det handlar om intrång i en människas grundläggande rättigheter.

Tvångsåtgärder är ibland nödvändiga i vården av patienter med psykiatrisk sjukdom. IVO konstaterar i Tillsynsrapporten 2017 att användningen av tvångsåtgärder ibland strider mot aktuell rättstillämpning (7). Även om det är få patienter som är drabbade av denna skada så är detta ett viktigt område då samtliga identifierade skador får anses undvikbara.

Tabell 12. Andel (%) granskade vårdperioder med åtgärder utan laga stöd fördelat på kön

	Kvinnor	Män	Totalt
Åtgärder utan laga stöd	0,3%	0,1%	0,2%
- Olaga frihetsberövad	0,1%	0,1%	0,1%
- Olaga tvångsåtgärd	0,2%	0,0%	0,1%

Läkemedelsrelaterade skador

Detta område omfattar alla skador som har sin orsak i läkemedelsbehandling. Läkemedelsberoende innebär att ett beroende uppstått till följd av ordinerad behandling och avser således inte egeninitierat beroende av icke ordinerade preparat. *Övrig läkemedelsrelaterad skada* består i huvudsak av olika andra typer av biverkningar orsakade av läkemedel.

Skadeområdet är något vanligare hos kvinnor än hos män men skillnaden är inte signifikant (tabell 13). Läkemedelsrelaterade skador är ungefär lika vanliga i öppen- som i slutenvård.

Tabell 13. Andel (%) granskade vårdperioder med läkemedelsrelaterad skada fördelat på kön och typ av skada

	Kvinnor	Män	Totalt
Läkemedelsrelaterad skada	3,7%	2,4%	3,1%
- Allergisk reaktion	0,4%	0,0%	0,2%
- Extrapyramidala symtom	0,8%	0,5%	0,6%
- Läkemedelsberoende	0,3%	0,3%	0,3%
- Metabol påverkan	0,7%	0,3%	0,5%
- Övrig läkemedelsrelaterad skada	1,7%	1,4%	1,6%

I IHI:s publikation *Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events in a Mental Health Setting* (13) menar man att läkemedelsbiverkningar är den vanligaste skadeorsaken inom sjukvården. Resultaten i denna rapport talar emot detta, även om det kan förekomma brister i dokumentationen som innebär att alla negativa effekter inte kan identifieras vid journalgranskning. Läkemedelsberoende kan till exempel vara en typ av skada som inte blir uppmärksammas förrän man i vården ifrågasätter användandet och föreslår utsättning eller alternativ behandling. Erfarenhetsmässigt vet man dock att regelbunden användning av beroendeframkallande läkemedel under en längre tid kan skapa ett lågdosberoende.

I Socialstyrelsens publikation *Psykiatrisk vård-ett steg på vägen* (12) så bedömer man att 10 procent av alla vårddagar på en medicinklinik ägnas vård av patienter som felbehandlats med läkemedel. Det kan röra sig om olämpliga val av läkemedel, felaktiga doseringar, otydliga ordinationer, oönskade interaktioner med mera. Det finns egentligen ingen anledning att tro att det skulle förhålla sig annorlunda inom psykiatrin.

Kroppslig skada

Resultaten av denna granskning visar att kroppsliga skador inom psykiatrisk vård är vanligare hos kvinnor än hos män, dock var skillnaden inte signifikant. Kroppsliga skador är vanligare i slutenvård. Fallskador och ”Övriga skador” är vanligast (tabell 14).

Fallskador kan inträffa i samband med sedering och till följd av alltför höga läkemedelsdoser. Kognitiv störning kan till exempel förekomma i samband med elektrokonvulsiv terapi (ECT) och olika typer av medicinering. Detta kan inverka menligt på patientens övriga behandling, till exempel samtalsterapi.

Tabell 14. Andel (%) granskade vårdperioder med kroppslig skada fördelat på kön och skadetyper

	Kvinnor	Män	Totalt
Kroppslig skada	2,6%	1,6%	2,1%
- Anestesi-relaterad skada	0,1%	0,0%	0,0%
- Fallskada	1,2%	1,0%	1,1%
- Kognitiv störning	0,4%	0,1%	0,2%
- Trycksår	0,1%	0,0%	0,0%
- Övrig kroppslig skada	1,2%	0,6%	0,9%

Rättspsykiatri

Under de 6 första månaderna 2017 granskades 127 vårdperioder inom rättspsykiatrisk vård. Längden på den vårdperiod som granskas inom rättspsykiatrisk vård är 6 månader istället för 3 månader, som gäller för allmänpsykiatrisk vård. Denna anpassning av metoden har gjorts då slutenvårdsperioderna i rättspsykiatrisk vård oftast är avsevärt längre än inom övrig psykiatrisk vård. Eftersom vårdtiden inom rättspsykiatrisk vård är lång har urvalet av journaler för granskning gjorts både på pågående och avslutad slutenvård.

Kön och ålder

Könsfördelningen bland patienterna i de 127 granskade vårdperioderna var 19 procent kvinnor och 81 procent män. Således finns en påtaglig skillnad jämfört med allmän vuxenpsykiatrisk vård vad gäller könsfördelning. Genomsnittsåldern för kvinnor var 42 år (21-71 år) och för män 40 år (21-67 år). Medianåldern för kvinnor var 43 år och för män 40 år.

Tabell 15. Antal granskade vårdperioder i olika ålderskategorier

	Kvinnor	Män	Totalt
18-44 år	13	62	75
45 år eller äldre	11	41	52
Totalt	24	103	127

Det rättspsykiatriska materialet är avsevärt mindre än det allmänpsykiatriska vilket gör det svårt att dra allmängiltiga slutsatser. Även om antalet granskade vårdperioder är mindre så är journalerna inom rättspsykiatri granskade under en längre vårdperiod, 6 istället för 3 månader. Materialet är uppdelat i två grupper, där den yngre gruppen, 18-44 år, är den största. Männen var i majoritet vilket var förväntat.

Vid 11,8 procent av vårdperioderna identifierades skador (tabell 16), vilket är färre än inom allmänpsykiatrin där andelen var 17,2 procent. Vid 9,5 procent av vårdperioderna identifierades vårdskador vilket är högre jämfört med 8,0 procent inom allmänpsykiatri.

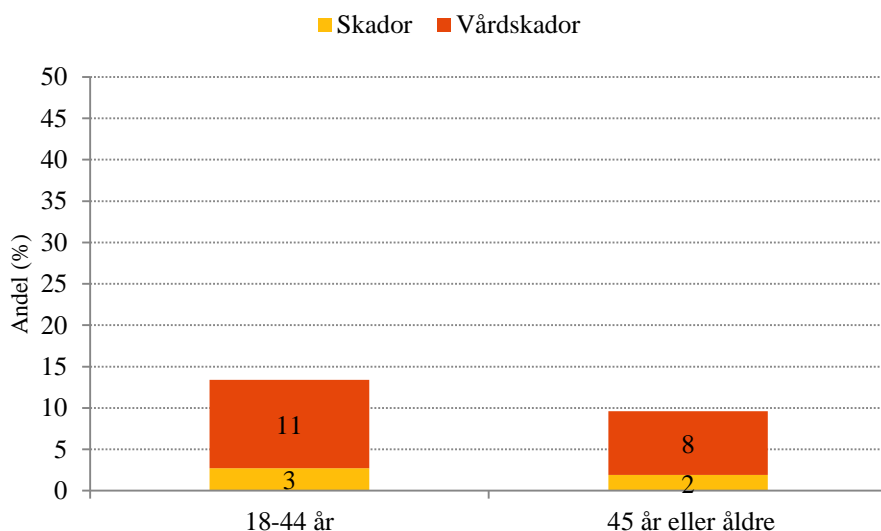
Vid 15 vårdperioder kunde en eller flera skador (både undvikbara och ej undvikbara skador) identifieras. Det totala antalet identifierade skador var 23, vilket innebär att antalet skador i genomsnitt var 1,5 per skadad patient.

Tabell 16. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador

	Rättspsykiatri
Vårdperiod med skador	11,8 (6,1–17,5) %
Vårdperiod med vårdskador	9,5 (4,3–14,6) %

Andelen skador i de två åldersgrupperna framgår av figur 13.

Figur 13. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador i olika åldersgrupper



Ingen signifikant skillnad mellan könen förelåg när det gällde andelen skador respektive vårdskador. Ingen signifikant skillnad sågs heller mellan åldersgrupperna när det gällde andelen skador respektive vårdskador.

Typ av skador

Av de 23 skadorna var ”avsiktligt självdestruktiv handling” den vanligaste typen av skada (tabell 17). Två patienter stod för samtliga skador i denna skadetyper. En patient hade sex skador och en patient fyra skador. Samtliga skador av denna typ bedömdes som ”avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt”. Andra vanliga skador var ”förlängt sjukdomsförlopp” och ”psykisk skada”.

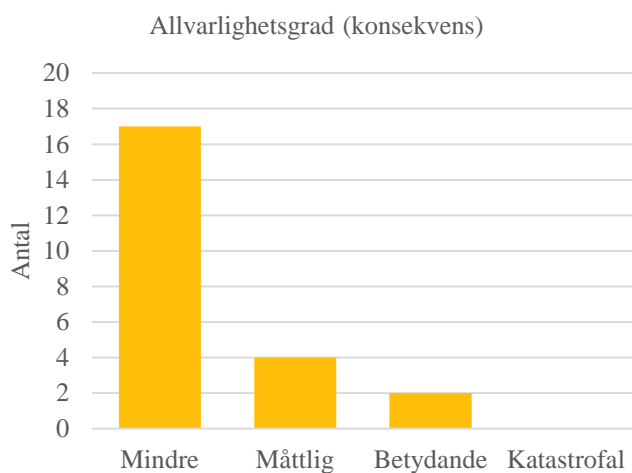
Tabell 17. Skadornas fördelning på olika skadeområden

	Antal skador
Avsiktligt självdestruktiv handling	10
Förlängt sjukdomsförlopp	4
Kroppslig skada	2
Läkemedelsrelaterad skada	2
Psykisk skada	3
Åtgärd utan laga stöd	1
Övrig skada	1
Totalt	23

Allvarlighetsgrad och undvikbarhet

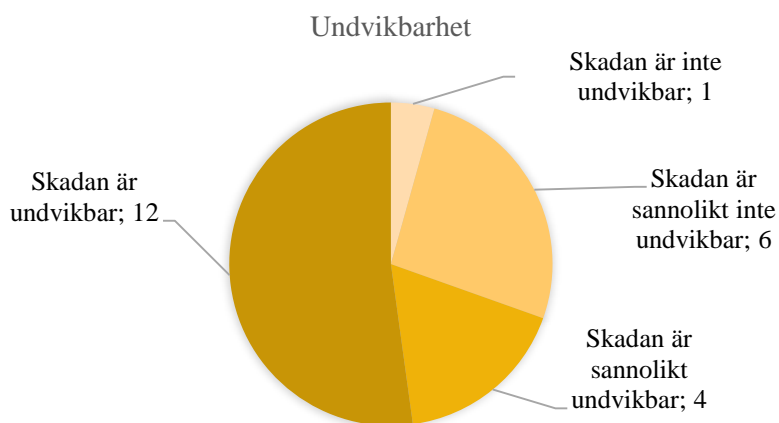
För 17 av skadorna bedömdes konsekvensen för patienten vara mindre (obehag eller obetydlig skada), för fyra av skadorna var konsekvensen måttlig (övergående funktionsnedsättning). Två skador bedömdes vara betydande (bestående måttlig funktionsnedsättning) för patienten.

Figur 14. Antal skador och allvarlighetsgrad inom rättspsykiatrisk vård



Om skadan är undvikbar eller inte bedöms enligt en fyrgradig skala. Av de 23 skadorna bedömdes 12 vara undvikbara och fyra vara sannolikt undvikbara (figur 15). En skada var inte undvikbar och sex var sannolikt inte undvikbara.

Figur 15. Antal skador och undvikbarhet inom rättspsykiatrisk vård



Av de 16 skador som bedömdes som undvikbara var bland annat sex avsiktligt självdestruktiv handling, fyra förlängt sjukdomsförlopp, två läkemedelsrelaterad skada och två psykisk skada.

Kvalitetsbrister i psykiatrisk vård

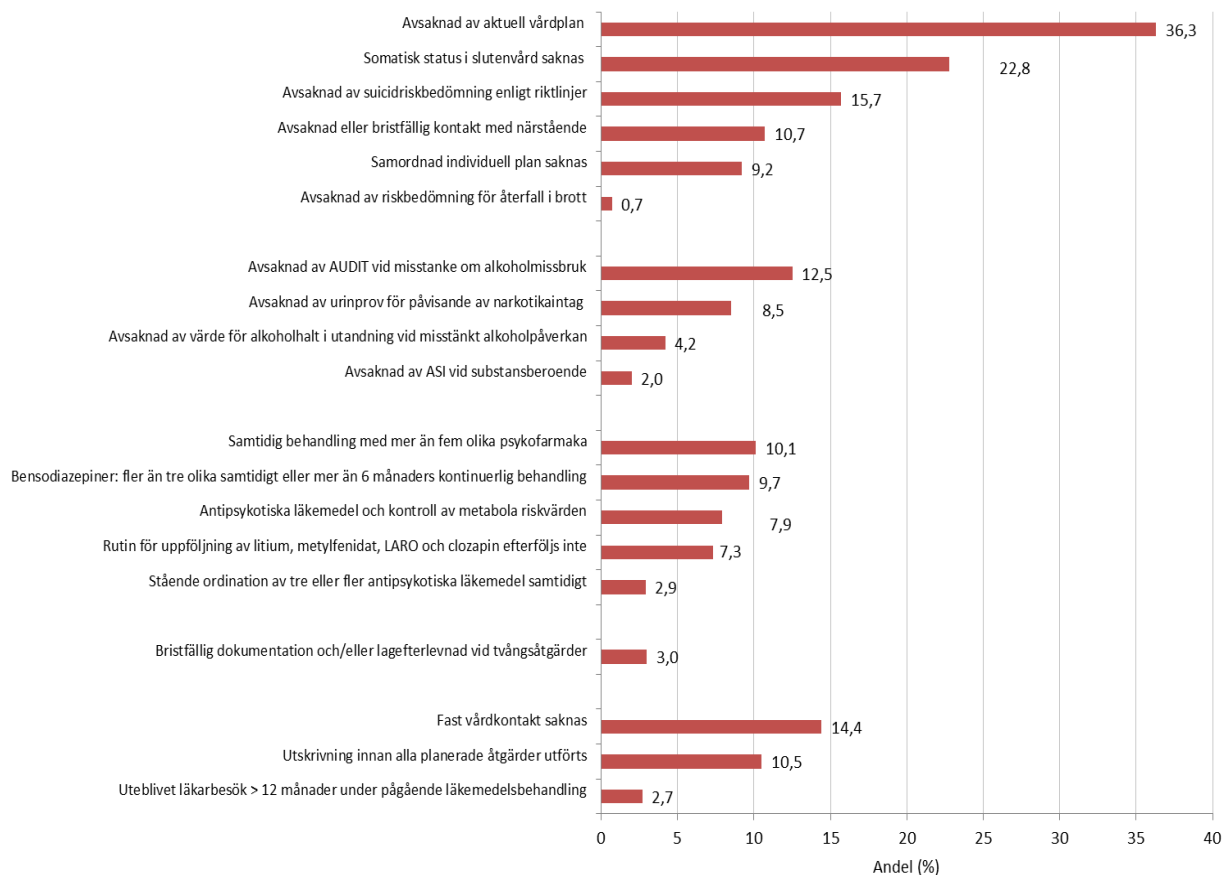
Allmän vuxenpsykiatri

En markör är en uppgift i journalen som pekar på ett riskområde där skador kan förekomma. När en markör förekommer ska journalen granskas noga för att se om skador inträffat. Av de 36 markörerna i handboken för MJG i psykiatri har 19 stycken en utformning som gör dem lämpade att också användas som kvalitetsbristmarkörer.

I MJG inom somatisk vård används markörerna enbart som ett verktyg i granskningsarbetet men sammanställs inte. Inom psykiatrisk MJG är det emellertid av vikt att inte bara använda påträffade markörer som verktyg vid granskningen, utan att också sammanställa påträffade markörer. Många markörer är utformade på så sätt att de hänvisar till verksamhetens egna rutiner och belyser om man följt dem eller ej. Markörer som identifieras kan därmed, utöver att bidra till att skador kan påträffas, också peka på kvalitetsbrister i verksamheten. På detta sätt skapas ett underlag för kvalitetsutveckling även om någon skada inte kan identifieras i den journal som granskas.

Kvalitetsbristmarkörer är mycket vanligt förekommande i det granskade materialet. 78 procent av alla granskade journaler hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer (figur 16). Den vanligaste kvalitetsbristmarkören var *Avsaknad av vårdplan* följt av *Avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård*.

Figur 16. Andel (%) granskade vårdperioder med kvalitetsbristmarkörer. Allmänpsykiatrisk vård



Fyndet att den vanligaste kvalitetsbristmarkören är *Avsaknad av vårdplan* stämmer väl överens med vad IVO skriver i Tillsynsrapporten för 2017 (7). Där konstaterar IVO att vårdgivarnas vårdplaner ibland är otydliga eller till och med saknas. Det går inte alltid att utläsa vilka mål eller delmål som satts upp gällande de behandlingsåtgärder som ska vidtas och man konstaterar att patienters och närståendes möjlighet till delaktighet vid vårdplanering brister.

IVO anser att vårdplanering bör genomföras tillsammans med patienten och närstående när vårdgivaren gör bedömningen att en patient ska ha fortsatt kontakt med psykiatrisk vård. Vårdplanen ska upprättas så snabbt som möjligt och bygga på delaktighet och inflytande. Den bör uppdateras och kompletteras efter behov.

Fyndet att dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård ofta saknas är oroande. Att patienter med psykisk sjukdom har en ökad kroppslig sjuklighet och mortalitet är känt. Den rapport som Socialstyrelsen publicerade 2010 (12) visade att det är viktigt att analysera den somatiska vården och sjukligheten för personer som har samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen har

gjort detta med avseende på diabetes och hjärtinfarkt (15,16) och funnit att samtidig psykisk sjukdom hos diabetiker ökade risken för sämre hälsoutfall och mindre användning av blodfettsänkande medicin. Psykiskt sjuka patienter hade också ökad risk att avlida inom sex månader efter hjärtinfarkt.

För patienter som vårdas inom psykiatrisk vård finns motsvarande behov av att upptäcka somatisk ohälsa genom att göra somatiskt status bland annat för att förebygga, upptäcka och initiera åtgärder mot exempelvis metabola störningar (17,18).

Den låga följsamheten till rutiner och riktlinjer kan ha flera orsaker. Patientsäkerhetsarbetet inom psykiatrisk vård är ännu under utveckling och det kan finnas kulturella skillnader mellan psykiatrisk och somatisk vård.

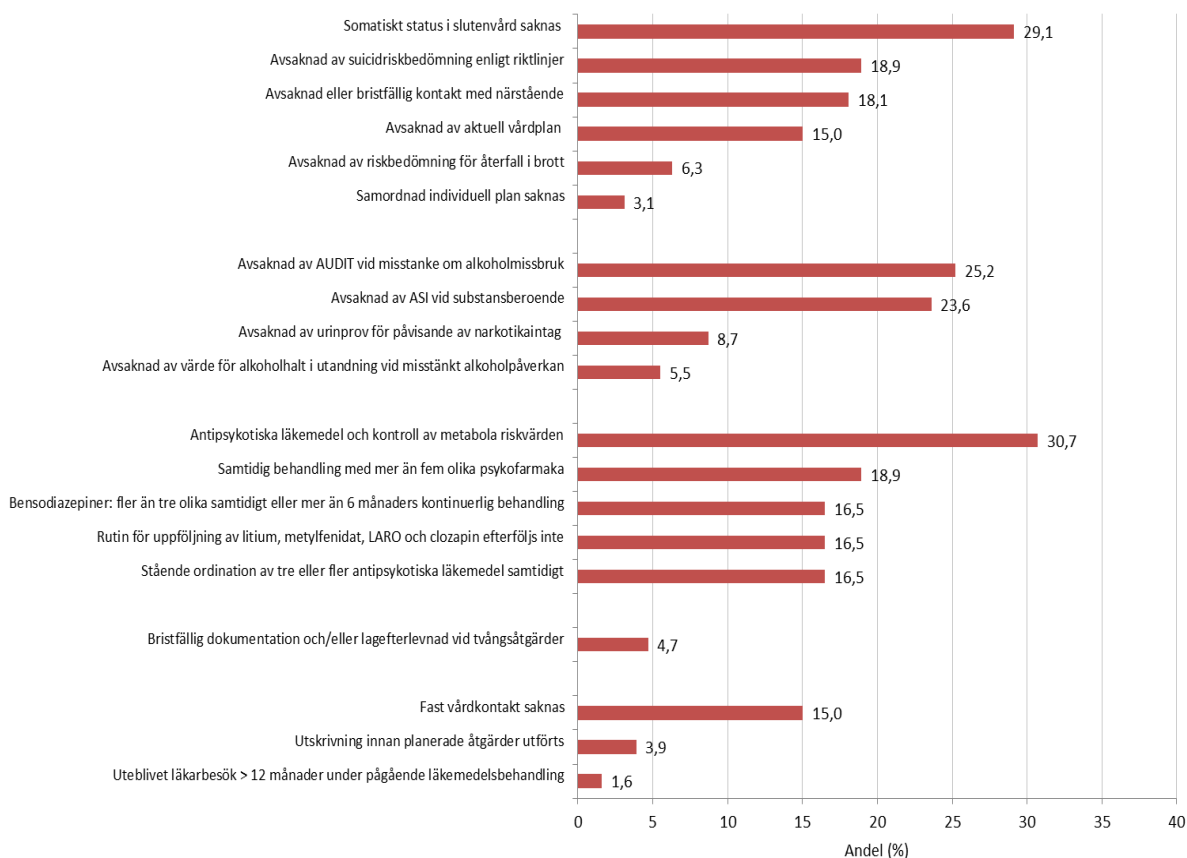
I det handlingsprogram som American Psychiatric Association publicerade 2003 identifierade man fyra riskområden där patientsäkerhetskultur var ett. I Sverige har nationella enkätundersökningar av patientsäkerhetskulturen genomförts i samtliga landsting och regioner sedan 2011. Resultaten pekar på att de som arbetar inom psykiatrisk vård skattar patientsäkerhetskulturen lägre än de medarbetare som arbetar inom akutsjukvård (19).

Man kan också spekulera i om detta fynd kan ha samband med den relativt höga förekomsten av hyrpersonal inom psykiatri. Ibland saknar inhyrd personal utrymme eller möjlighet att sätta sig in i de lokala rutiner som finns på enheten.

I MJG för somatisk vård mäts inte följsamhet till riktlinjer på samma sätt som inom MJG psykiatri. Inom somatisk vård mäts däremot till exempel följsamhet till kläd- och hygienrutiner i samband med årliga nationella punktprevalensmätningar. Följsamheten låg år 2017 på lite drygt 70 procent. Detta talar för att följsamheten till riktlinjer och andra styrande dokument ofta kan vara begränsad i vården. Ett flertal faktorer bidrar sannolikt till detta.

Rättspsykiatri

Figur 17. Andel (%) granskade vårdperioder med påträffade kvalitetsbristmarkörer. Rättspsykiatrisk vård



Precis som inom allmän vuxenpsykiatrisk vård var frekvensen identifierade kvalitetsbristmarkörer hög inom rättspsykiatrisk vård. De förekom i 73 procent av de granskade vårdperioderna, vilket är jämförbart 78 procent inom allmänpsykiatrisk vård.

En journal kan innehålla flera kvalitetsbristmarkörer. De vanligaste markörerna var avsaknad av somatiskt status i samband med slutenvård och bristande följsamhet till metabola riktlinjer. Även relativt många kvalitetsbristmarkörer kunde ses inom beroendområdet (figur 17).

Jämfört med i allmänpsykiatrisk vård identifierades fler läkemedelsmarkörer inom rättspsykiatrisk vård, främst efterlevnad av metabola riktlinjer. Utifrån markörfallet som indikerar brister när det gäller bedömning av somatiskt status och läkemedelsbehandling bör inom rättspsykiatrisk vård mer fokus läggas på patienters somatiska hälsa.

Metoddiskussion

Det föreligger ett stort behov av att mäta skador och kvalitetsbrister inom psykiatrisk vård, precis som inom övrig vård (1-5). Markörbaserad journalgranskning (MJG), som är en vidareutveckling av en amerikansk metod för journalgranskning, Global Trigger Tool (GTT), är sedan flera år en etablerad metod inom somatisk sjukhusvård i Sverige. MJG som metod har bidragit till att kunskapen om skador och vårdskador påtagligt ökat under den senaste femårsperioden. Flera framstående sjukvårdsorganisationer i USA, som till exempel Mayo-kliniken och Baylor Health Care System, har publicerat resultat från användningen av GTT (20,21). I nyligen publicerade systematiska översiktsartiklar från Nya Zeeland och Australien konstateras att GTT är en bra metod för att mäta och följa antalet skador i sjukvård (22,23).

Det har tidigare inte funnits någon etablerad metod för att identifiera skador inom den psykiatriska vården genom journalgranskning. I de refererade artiklarna (1-5) diskuteras olika riskområden, där sannolikheten för skador är stor. De identifierade områdena överensstämmer väl med de riskområden som låg till grund för utvecklingen av psykiatrisk MJG i Sverige. Riskområdena är tvångsvård, suicidriskbedömning, läkemedelsbehandling, hot och våld, avsteg från vårdplan, övergångar i vården samt diagnostik. I samband med utvecklingen av MJG för psykiatrisk vård testades en första version av metoden. Gransknings-team i 17 landsting och regioner granskade sammanlagt 471 journaler i ett pilotprojekt. Baserat på dessa erfarenheter förtydligades ett antal markörer och några skadetyper omformulerades. Ingen bedömning av interbedömarreliabiliteten gjordes.

Trots att utbildningen i MJG standardiserats i landet kommer det att mellan granskningsteam finnas skillnader i bedömning, som leder till variation i resultaten. Variationen kan orsakas av skillnader i granskarnas professionella bakgrund, erfarenhet och förtrogenhet med metoden. Den erfarenhet som vunnits genom den nationella mätningen kommer att ligga till grund för framtida revision av handboken.

I Norge har man genomfört en översättning och en anpassning till norska förhållanden av den svenska MJG metoden för psykiatrisk vård.

<https://hnt.no/Documents/Psykiatrisk%20klinikk/Global%20Trigger%20Tool%20i%20psykiisk%20helsevern%20og%20rus%20HNT.pdf>

Resultatet av föreliggande nationella granskning visar att MJG omarbetad för psykiatrisk vård är en fungerande metod för att kartlägga skadefrekvens och skadepanorama.

Metoden är densamma som för somatisk vård, men markörerna skiljer sig åt. Andra skillnader är att MJG psykiatri mäter vårdperioder (3 månader) istället för enbart vårdtillfällen. Därmed kan även öppenvård och sambandet mellan

vårdformerna granskas. Skadepanoramat skilde sig åt mellan öppen- och slutenvård, vilket indikerar att det är en fördel att granska en hel vårdperiod omfattande såväl slutenvård som öppenvård, i stället för att som i somatisk vård endast granska slutenvården. Skalan för benämning av skadans konsekvens har ersatts i MJG psykiatri för att bättre spegla konsekvenserna när tidsperioder med en kombination av vårdformer granskas.

Ytterligare en skillnad mellan MJG inom somatik respektive psykiatri är att flera av markörerna i MJG psykiatri också utnyttjas för att påvisa kvalitetsbrister. Genom markörerna identifieras brister i följsamhet till riktlinjer och verksamhetens överenskomna arbetssätt. I undersökningen har samtliga markörer bidragit till att skador kunnat identifieras. Bedömningen är att markörerna har en rimlig grad av sensitivitet. Samtidigt förekommer markörer i relativt stor omfattning utan att någon skada hittas. En stor andel av dessa markörer pekar dock på kvalitetsbrister och bidrar på så sätt till underlaget för arbetet med utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

Så många som 78 procent av alla granskade journaler hade minst en identifierad kvalitetsbristmarkör, vilket indikerar en bristande följsamhet till överenskomna rutiner. I ökande omfattning har MJG utvecklats till en metod för egenkontroll som används inom somatisk sjukhusvård. Den borde även kunna bli en metod av flera för egenkontroll inom psykiatrisk vård.

Att enbart kartlägga förekomsten av skador genom journalgranskning förbättrar inte patientsäkerheten om inte fynden analyseras, åtgärder vidtas och uppföljning sker. Grunden för förbättringsarbete är att upptäcka oönskade utfall, att identifiera orsakerna till dessa, att vidta åtgärder och att utvärdera åtgärdernas effekt. Det är därför viktigt att journalgranskningen inom den psykiatriska vården fortsätter, så att händelseutvecklingen och effekten av insatta åtgärder kan följas.

Referenser

1. Patient safety and psychiatry recommendations to the Board of Trustees of the American Psychiatric Association. Approved by the Board of Trustees November 24, 2002 and by the Assembly Executive Committee January 24, 2003
2. Jayaram G; Measuring Adverse Events in Psychiatry. *Psychiatry* (Edgemont) 2008;5(11):17–19
3. Brickell, T et al A. Patient safety in mental health (2009). Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.
4. D’Lima D et al; A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Systematic Reviews* (2016). 5:203 DOI 10.1186/s13643-016-0365-7
5. Dewa L et al; Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study. *BMJ Open* 2018;8
6. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. Utgiven februari 2017. Artikelnummer 2017-8
7. Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017. Utgiven februari 2018. Artikelnummer IVO 2018-8
8. När ledningen inte tar sitt ansvar... Tillsyn av psykiatriska akutmottagningar. Utgiven februari 2016. Artikelnr IVO 2016-15
9. Samverkan för patienters och brukares välbefinnande - missbruks- och beroendevården. Utgiven december 2016. Publikationsnummer IVO 2016-19
10. Enskildas klagomål enligt PSL. Slutredovisning av regeringsuppdraget (dnr S2016/07779/RS). Utgiven februari 2018. Artikelnummer IVO 2018-1
11. Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten, 2016. Artikelnummer 16005
12. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86585-26

13. Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events in a Mental Health Setting Version 2, 2008. Institute for Healthcare Improvement Cambridge, MA
14. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen 2013 Artikelnummer 2013-6-22
15. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen 2011
16. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen 2011
17. Psykiatrin har ansvar för att upptäcka somatisk ohälsa. Läkartidningen 42/2014
18. Lindh et al. Högre dödlighet och somatisk sjuklighet vid psykossjukdom. Läkartidningen. 2015;112:DHD4
19. Danielsson M et al. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. J Patient Saf 2017
20. Naessens JM et al; Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. International Journal for Quality in Health Care 2010; pp 1–9
21. Good VS et al; Large-scale deployment of the Global Trigger Tool across a large hospital system: refinements for the characterisation of adverse events to support patient safety learning opportunities across a large hospital system: BMJ Qual Saf 2011 20: 25-30
22. Health Quality & Safety Commission. 2013. Global Trigger Tools: A Review of the Evidence. Wellington: Health Quality & Safety Commission. www.hqsc.govt.nz
23. Hibbert PD et al; The application of the Global Trigger Tool: A systematic review International Journal for Quality in Health Care, 2016, 1–10 doi: 10.1093/intqhc/mzw115

Skador inom psykiatrisk vård

I rapporten redovisas nationella resultat av den markörbaserade journalgranskning (MJG) inom psykiatrisk vård som genomfördes av samtliga Sveriges landsting/regioner i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2017. Undersökningen omfattar närmare 2 700 journaler och är internationellt sett den första inom psykiatrisk verksamhet som genomförts på nationell nivå.

I rapporten beskrivs hur skador och vårdskador (undvikbara skador) fördelar sig exempelvis mellan kön och ålderskategorier. Skillnader i skadefrekvens och skadetyper inom slutna respektive öppna psykiatrisk vård belyses också. I psykiatrisk MJG identifieras inte bara skador, utan också bristande följsamhet till riktlinjer och överenskomna arbetssätt.

Resultatet av journalgranskning med MJG är ett värdefullt underlag för patient-säkerhetsförbättrande insatser.

Upplysningar om innehållet
Agneta Andersson, agneta.andersson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-646-9