

# Strategier för säker och ännu säkrare vård

## Enkätstudie om landstingens patientsäkerhetsarbete

**KERSTIN ROBACK**, tekn dr, universitetslektor, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys kerstin.roback@liu.se  
**MIKAELA NYGREN**, sjuksköterska, doktorand, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys  
**MIKAEL RAHMQVIST**, fil dr, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys  
**ANNICA ÖHRN**, med dr, sjuksköterska, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys

**HANS RUTBERG**, professor, avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys; patientsäkerhetsenheten, Landstinget i Östergötland  
**PER NILSEN**, docent, universitetslektor, avdelningen för samhällsmedicin; samtliga institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Frågor kring patientsäkerhet har kommit alltmer i fokus i Sverige de senaste åren. Den svenska vårdskadestudien 2008 [1] visade att 8,6 procent av patienter som vårdades inom svensk slutenvård bedömdes ha fått en undvikbar skada, vilket underströk att problemet med bristande patientsäkerhet knappast är mindre i Sverige än i andra länder.

Den 1 januari 2011 trädde en ny patientsäkerhetslag i kraft, och regeringen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) inledde en stor satsning på prestationsbaserad ersättning för uppnådda mål gällande utvalda patientsäkerhetsindikatorer [2]. En nollvision har diskuterats med inspiration från trafikens område. Det finns således stora förväntningar på ökad patientsäkerhet i Sverige. Angelägna frågor blir därmed: Hur kan patientsäkerheten förbättras? Vilka insatser, åtgärder, aktiviteter, metoder etc har varit viktigast till dags dato, och vad behöver utvecklas och förbättras för att vården ska bli säkrare i framtiden?

### Forskning om patientsäkerhet

Forskning om patientsäkerhet visar generellt att det inte finns några enkla framgångsrecept eller enskilda insatser som garanterar säker vård. Litteraturen beskriver förvisso en rad insatser som evidensbaserade, men det handlar sällan om evidens i strikt mening då det finns påtagliga svårigheter att säkerställa kausalitet mellan enskilda insatser och olika patientsäkerhetsutfall. De insatser som görs för ökad patientsäkerhet är ofta komplexa, mångfacetterade och riktade mot många olika individer, tex enskilda vårdmedarbetare, vårdlag, chefer och patienter [3].

Praktiskt patientsäkerhetsarbete bedrivs således med viss nödvändighet utifrån subjektiva bedömningar och åsikter om vad som kan anses utgöra »best practice«. Som Vincent [4] påpekar handlar det oftare om att »get on and change things« än om att fatta beslut på basis av rigorös forskningsbaserad kunskap. Därmed blir det än mer angeläget att undersöka vilka

uppfattningar som finns angående vad som utgör framgångsfaktorer för att skapa en säkrare vård.

Denna artikel bygger på en enkät till experter inom landstingens patientsäkerhetsarbete. Syftet är att undersöka vilka faktorer (åtgärder, aktiviteter, metoder etc) som dessa experter anser har varit viktigast för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet och vad de bedömer vara viktigast för att uppnå ännu säkrare vård i framtiden.

### METOD

Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie. Studiepopulationen utgörs av 216 identifierade experter inom svensk patientsäkerhetsarbete. Experter definieras här som personer i landstingen och regionerna (hädanefter benämnda landstingen) som arbetar med patientsäkerhet och bedöms ha god översikt och kunskap om respektive landstings arbete inom patientsäkerhet samt goda möjligheter att påverka detta arbete.

Ett strategiskt urval av respondenter gjordes i samarbete med 45 utsedda kontaktpersoner från samtliga landsting som ingår i ett patientsäkerhetsnätverk på SKL. Antalet respondenter som rekryterades från varje landsting för medverkan i studien var proportionellt mot landstingets befolkningsstorlek och hälsovårdsbudget.

En enkät utvecklades under 2011 av forskargruppen bakom denna studie i samverkan med forskare och praktiker inom patientsäkerhet vid Landstinget i Östergötland samt forskare vid Kungliga Tekniska Högskolan, SKL och Socialstyrelsen. Kognitiva intervjuer genomfördes hösten 2011 för att säkerställa att frågorna uppfattades korrekt.

Enkäten innehöll totalt nio frågor, varav sex redovisas här. Fyra av dessa är bakgrundsfrågor avseende position/titel, hur länge man har haft uppdraget att arbeta med patientsäkerhetsfrågor i landstinget, vilken kunskap/översikt man anser sig ha om sitt landstings patientsäkerhetsarbete samt vilka möjligheter man anser sig ha att påverka patientsäkerhetsarbetet. Ett viktigt syfte med dessa frågor var att verifiera att respondenterna kunde karaktäriseras som experter inom landstingens arbete med patientsäkerhet.

Respondenternas position/titel klassificerades enligt följande: 1) läkare, inklusive chefläkare, hygienläkare m fl, 2) sjuksköterska, inklusive chefsjuksköterska, hygiensköterska m fl, 3) administratör, inklusive verksamhets- och/eller vårdutvecklare och 4) annat.

Faktorer av betydelse för dagens nivå av patientsäkerhet studerades med frågan: Hur viktiga anser du att följande 36 faktorer har varit för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet i landstinget/regionen? En fyragradig Likertskala användes för svarsalternativen »mycket viktigt«, »ganska viktigt«,

### ■ sammanfattat

I en enkät till 216 personer med särskilt ansvar för patientsäkerhet har frågor ställts om vad som har haft betydelse och vad som kommer att ha betydelse för att uppnå en god patientsäkerhet i framtiden. Händelse- och riskanalyser ansågs ha varit mycket viktigt för att uppnå dagens patientsäkerhetsnivå, liksom rapportering av avvikelser

och risker. Faktorer som ansågs mycket viktiga för att öka patientsäkerheten var främst organisationskultur, kommunikation och utbildning. Även förbättrad infektionskontroll och standardisering av rutiner samt bättre instruktioner och utbildning avseende medicinsk teknik var viktiga områden.

**TABELL I.** Viktiga faktorer för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet i landstingen. Andelen beräknas i procent av antal respondenter (n) som svarat på frågan. De som angett »ingen uppfattning« har räknats bort. Enkäten undersökte 36 olika faktorer. Här redovisas de fem som fick högst andel »mycket viktigt«-svar.

Hur viktiga anser du att följande 36 faktorer har varit för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet i landstinget/regionen? <sup>a</sup>	Mycket viktigt, procent	Ganska viktigt, procent	Inte särskilt viktigt, procent	Inte alls viktigt, procent	n
Genomförande av händelse- och riskanalyser	66	32	2	0	168
Rapportering och analys av avvikelser och risker	63	33	4	0	165
Den nya patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)	60	30	8	2	165
Intern diskussioner med landstings-/regionledning, verksamhetschefer, vårdpersonal m fl	57	35	7	1	162
Arbete/åtgärder för minskad antibiotikaförskrivning	56	40	3	1	159

<sup>a</sup> Tabell I och Tabell II med samtliga faktorer kan erhållas efter e-postförfrågan till förstaförfattaren.

»inte särskilt viktigt« och »inte alls viktigt«. Faktorer av betydelse för ökad patientsäkerhet i framtiden undersöktes med frågan: »Utifrån dagens nivå av patientsäkerhet i landstinget/regionen, hur viktiga anser du att följande 22 faktorer skulle vara för att uppnå ökad patientsäkerhet?« Samma fyragradiga Likertskala användes som på den förra frågan, men alternativet »kan ej förbättras ytterligare« lades till. Valet av faktorer baserades på erfarenheter och diskussioner i ovan nämnda projektgrupp samt på litteratur inom området [5].

Enkäten skickades till respondenterna i brev med frankerat returkuvert i slutet av oktober 2011. Två påminnelser skickades till samtliga respondenter via e-post tre och fem veckor efter utskicket. Datainsamlingen avslutades efter sju veckor.

Etikprövning har inte gjorts då enkäten kunnat fyllas i anonymt och analys endast gjorts på aggregerad nivå.

## RESULTAT

Studiens svarsfrekvens blev 79 procent (171 av 216 svarade på enkäten). Tre enkäter var ofullständigt ifyllda och utgick ur bearbetningen, vilket gav 168 enkäter i det slutliga datamaterialet. Respondenternas svar har sammanställts i deskriptiva tabeller, och patientsäkerhetsfaktorer har rangordnats efter andel »mycket viktigt«-svar.

### Bakgrundsfrågor

Något mer än hälften av respondenterna var läkare (46 procent) eller sjuksköterskor (10 procent). Knappt hälften (47 procent) var administratörer (inklusive verksamhets- och/eller vårdutvecklare). Av administratörerna uppgav 5 procent att de också var sjuksköterska eller läkare. Fyra respondenter (2 procent) uppgav inget alternativ eller »annat« utan att specificera.

Två av tre hade arbetat med patientsäkerhet i tre år eller mer, varav ungefär hälften i mer än fem år. Endast 16 procent angav att de hade haft uppdraget kortare tid än ett år. Så gott som samtliga respondenter (95 procent) bedömde att de hade god till utmärkt kunskap om/översikt över landstingets patientsäkerhetsarbete, och en stor andel (85 procent) bedömde att de hade goda till utmärkta möjligheter att påverka patientsäkerhetsarbetet.

### Faktorer av betydelse för att nå dagens säkerhetsnivå

Tabell I redovisar de fem faktorer som fick högst andel »mycket viktigt«-svar. »Genomförande av händelse- och riskanalyser« hade högst andel som svarat »mycket viktigt«. Två tredjedelar (66 procent) ansåg att detta varit mycket viktigt för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet i landstinget. Näst högst andel »mycket viktigt«-svar hade »rapportering och analys av avvikelser och risker« (63 procent), som följdes av

»den nya patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659)« (60 procent), »interna diskussioner med landstingsledning, verksamhetschefer, vårdpersonal m fl« (57 procent) samt »arbete/åtgärder för minskad antibiotikaförskrivning« (56 procent).

Denna topp 5-lista förändras något om andelen som svarat »mycket viktigt« och »ganska viktigt« slås ihop, då »medverkan i SKL:s PPM av vårdrelaterade infektioner« och »användning av checklista för säker kirurgi« ersätter »den nya säkerhetslagen« och »interna diskussioner med landstings-/regionledning, verksamhetschefer, vårdpersonal m fl«.

Bland faktorer med lägst andel »mycket viktigt«-svar återfanns »uppgifter från kvalitetsregister« (26 procent), »forskning och vetenskapliga artiklar om patientsäkerhet« (19 procent) samt »informationsmaterial och utskick från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)« (11 procent).

I stort sett gäller att andelen »mycket viktigt«-svar är större ju lägre andelen »inte alls viktigt«-svar är. Två noterbara undantag är dock faktorerna »strukturerad journalgranskning« och »användning av strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt Global Trigger Tool«, som förhållandevis många har angivit som »inte alls viktigt« (10 respektive 15 procent).

### Faktorer av betydelse för att uppnå ökad patientsäkerhet

Tabell II visar de fem faktorer som fick högst andel »mycket viktigt«-svar. »En förbättrad organisationskultur som uppmuntrar rapportering och undviker skuldbeläggande« var den faktor som störst andel av respondenterna bedömde vara mycket viktig för att uppnå ökad patientsäkerhet (83 procent). Denna faktor följdes av »bättre kommunikation mellan vårdpersonal och patienter« (80 procent), »bättre kommunikation mellan vårdpersonal« (78 procent), »införande av patientsäkerhetskunskap som ett obligatoriskt inslag i grundutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal« (77 procent) samt »förbättrad infektionskontroll, inklusive förbättrad handhygien« (64 procent).

Om andelen »mycket viktigt«- och »ganska viktigt«-svar slås samman kommer »utökad utbildning/träning i frågor kring patientsäkerhet för hälso- och sjukvårdspersonal« in på topp 5-listan (ersätter »förbättrad infektionskontroll, inklusive förbättrad handhygien«). »Konfidentiell rapportering av negativa händelser och tillbud till en oberoende myndighet« (14 procent), »lindrigare påföljder för personal som gör misstag« (14 procent), »ökad samverkan med forskare« (13 procent), »reducerade arbetspass för läkare« (12 procent) och »strängare påföljder för personal som gör misstag« (2 procent) var de fem faktorer som hade lägst andel »mycket viktigt«-svar.

Även beträffande dessa faktorer råder ett omvänt förhål-

**TABELL II.** Viktiga faktorer för att uppnå ökad patientsäkerhet i framtiden. Andelen beräknas i procent av antal respondenter (n) som har svarat på frågan. Enkäten undersökte 22 olika faktorer. Här redovisas de fem som fick högst andel »mycket viktigt«-svar.

Utifrån dagens nivå av patientsäkerhet i landstinget/regionen, hur viktiga anser du att följande 22 faktorer skulle vara för att uppnå ökad patientsäkerhet?	Mycket viktigt, procent	Ganska viktigt, procent	Inte särskilt viktigt, procent	Inte alls viktigt, procent	Kan ej förbättras ytterligare, procent	n
En förbättrad organisationskultur som uppmuntrar rapportering och undviker skuldbeläggande	83	16	1	0	0	167
Bättre kommunikation mellan vårdpersonal och patienter	80	19	1	0	1	167
Bättre kommunikation mellan vårdpersonal <sup>a</sup>	78	22	1	0	0	167
Införande av patientsäkerhetskunskap som ett obligatoriskt inslag i grundutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal	77	21	2	0	0	165
Förbättrad infektionskontroll, inklusive förbättrad handhygien <sup>a</sup>	64	31	5	0	1	165

<sup>a</sup> Avrundningseffekter gör att summan blir 101 procent.

lande mellan andelen »mycket viktigt«-svar och »inte alls viktigt«-svar. »Konfidentiell rapportering av negativa händelser och tillbud till en oberoende myndighet« och »lindrigare påföljder för personal som gör misstag« har relativt höga andelar »inte alls viktigt«-svar (13 respektive 17 procent).

## DISKUSSION

Resultaten visar att många experter inom landstingen anser att patientsäkerhetsarbetets fundament utgörs av händelse- och riskanalyser samt rapportering och analys av avvikelser och risker, då dessa två faktorer bedömdes vara viktigast för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet. Något förvånande hamnade den nya patientsäkerhetslagen på tredje plats. Lagen är så pass ny att den knappast har hunnit påverka arbetet i någon större omfattning, men det är fullt möjligt att den upplevs ge stöd för att arbeta mer aktivt med patientsäkerhet. Av resultaten framgår också att många av SKL:s åtgärds paket och aktiviteter, som medverkan i mätningar av vårdrelaterade infektioner samt följsamhet till hygienregler och trycksår, upplevs ha haft goda effekter.

### Stor tilltro till god organisationskultur

Respondenterna identifierade flera viktiga faktorer för att uppnå ökad patientsäkerhet. Det är uppenbart att stor tilltro sätts till en förbättrad organisationskultur som uppmuntrar rapportering och undviker skuldbeläggande. I forskning framhålls detta allt oftare som en nyckelfaktor för att åstadkomma ökad patientsäkerhet. En god kultur utmärks bl a av att chefer och medarbetare kan erkänna att fel kan inträffa i organisationen och av att medarbetare upplever en miljö där de kan rapportera negativa händelser, tillbud och risker utan rädsla för att bli tillrättavisade eller bestraffade [6]. Patientsäkerhetskultur har visat sig vara en viktig prediktor för utfallsmått på patientsäkerhet, som t ex medicineringsfel, vårdrelaterade infektioner och avvikelser [7-10]. Samtidigt är antalet studier som har visat på detta samband få, och fortfarande kvarstår frågor kring hur denna kultur ska kunna påverkas och förändras [3].

Trots den stora betydelse som tillskrivs patientsäkerhetskulturen ansågs användning av »Handbok för patientsäkerhetsarbete: att mäta patientsäkerhetskulturen« ha spelat en relativt liten roll för att uppnå dagens nivå av patientsäkerhet. Mätningar av kulturen har gjorts under så pass kort tid att de knappast kunnat påverka arbetet. I fortsatta studier av pa-

tientsäkerhetsarbetet är det viktigt att undersöka hur mätresultat återkopplas och används för förbättringar.

Förbättrad kommunikation och utbildning i olika avseenden ansågs också vara viktiga områden för ökad patientsäkerhet. God kommunikation, baserad på ett ömsesidigt förtroende, är en viktig faktor för att uppnå en god patientsäkerhetskultur [11]. Men förbättrad kommunikation kan också avse att åtgärda brister i informationsöverföringen i vårdens övergångar eller mellan vårdpersonal och patient, där kommunikationsrutiner och dokumentation är betydelsefulla inslag [12].

### Forskning tillmäts liten betydelse

Noteras kan att forskning och samarbete med forskare tillmäts liten betydelse. Detta antyder att arbetet med patientsäkerhet i viss utsträckning är erfarenhetsbaserat. Samtidigt nyttiggörs forskningsbaserad kunskap genom de åtgärds paket som SKL producerar. Sex sådana åtgärds paket togs fram som en del i den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet år 2008. Senare har ytterligare två områden lagts till. Dessa åtgärds paket utvecklas i samarbete med medicinsk expertis och bygger på resultat från vetenskapliga studier och riktlinjer framtagna i Sverige eller utomlands. Ny evidens arbetas in när paketen revideras [13].

### Antal läkare/sjuksköterskor saknar betydelse

Några faktorer i Tabell II skattades lågt av experterna. Exempelvis tyckte relativt många att ett ökat antal läkare och sjuksköterskor inte var viktigt för att uppnå ökad patientsäkerhet eller att detta inte kan förbättras ytterligare. Detta resultat är något förvånande då medierna ofta rapporterar om underbemanning och de risker detta medför. I en uppföljande studie undersöker vi vilka faktorer som vårdpersonal »på golvet« anser vara viktigast för säkrare vård.

### Studiens styrka och eventuella brist

En styrka i studien är att enkäten i hög grad nådde den eftersträfvade kategorin: experter inom patientsäkerhet i Sverige. En överväldigande majoritet av respondenterna bedömde att deras kunskap om/översikt över landstingets patientsäkerhetsarbete och deras möjligheter att påverka detta arbete var utmärkta, mycket goda eller goda. Ungefär två tredjedelar hade haft ett uppdrag att arbeta med patientsäkerhet i sitt landsting i tre år eller mer. Svarsfrekvensen var dessutom

mycket hög, vilket borgar för att studien fångar de uppfattningar som råder bland dem som har stor kunskap om och goda förutsättningar att påverka landstingens patientsäkerhetsarbete.

Påfallande många angav »mycket viktigt« och »ganska viktigt« för många av faktorerna, vilket delvis beror på enkätens konstruktion. Vi har inte begärt att respondenten ska rangordna faktorerna efter hur viktiga de är, vilket hade krävt ett större mått av ställningstagande av respondenterna. Alla faktorer i frågorna är sådana som vi med vägledning av litteratur och diskussioner med experter identifierat som potentiellt betydelsefulla för patientsäkerheten, vilket förklarar att få har svarat »inte alls viktigt«. Det blir därför svårt att dra några slutsatser om vad man inte bör satsa på.

## KONKLUSION

Den nollvision som har diskuterats beträffande vårdskador innebär ett offensivt ställningstagande, som kan få ett viktigt symbolvärde så att problemet lyfts högre upp på dagordningen. Därmed skapas bättre förutsättningar för att resurser avsätts för utbildning, träning, mätning av kvalitetsindikatorer samt uppföljning och återkoppling av resultat.

Att i framtiden helt eliminera vårdskador må vara en utopi, men denna studie har identifierat flera viktiga områden att gå vidare med. Sveriges patientsäkerhetsexperter ser helt klart en förbättringspotential och möjligheter att uppnå en säkrare vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats av Sveriges Kommuner och landsting (SKL).*

## REFERENSER

1. Soop M, Fryksmark U, Köster M, et al. Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. Läkartidningen. 2008;105:1748-52.
2. Sveriges Kommuner och landsting (SKL). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om förbättrad patientsäkerhet 2012 [citerat 29 jan 2012]. [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/nyheter-2011/fortsattsatsning-pa-patientsakerhet](http://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2011/fortsattsatsning-pa-patientsakerhet)
3. Nilsen P, Nygren M, Öhrn A, et al. Patientsäkerhet svårt att uppnå, svårt att värdera. Landstingens patientsäkerhetsberättelser granskas och diskuteras. Läkartidningen. 2012;109:1028-31.
4. Vincent C. Patient safety. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
5. Pukk-Härenstam K, Elg M, Svensson C, et al. Patient safety as perceived by Swedish leaders. Int J Health Care Qual Assur. 2009; 22(2):168-82.
6. Öhrn A, Nilsen P. Implementering av patientsäkerhetsdialoger. I: Nilsen P, redaktör. Implementering – teori och tillämpning i hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 197-218.
7. Katz-Navon T, Naveh E, Stern Z. Safety climate in healthcare organizations: a multidimensional approach. Acad Manage J. 2005;48 (6):1075-89.
8. Hofmann DA, Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. Pers Psychol. 2006;59 (4):847-69.
9. Neal A, Griffin MA. A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. J Appl Psychol. 2006;91(4):946-53.
10. Singer S, Lin S, Falwell A, et al. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Serv Res. 2009;44 (2 Pt 1):399-421.
11. Öhrn A. Measures of patient safety – studies of Swedish reporting systems and evaluation of an intervention aimed at improved patient safety culture [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet; 2012. Dissertation no 1267.
12. Braaf S, Manias E, Riley R. The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. Int J Nurs Stud. 2011;48(8):1024-38.
13. Sveriges Kommuner och landsting (SKL). Riskområden 12 dec 2011 [citerat 4 feb 2012]. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsa-ochvard/patientsakerhet/riskomraden](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsa-ochvard/patientsakerhet/riskomraden)