



### Bilaga 3.

## Återföringen av allvariga vårdhändelser i Region Östergötland – preliminära forskningsresultat

Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? (RiR 2015:12)

## Bilaga 3

### Återföringen av allvarliga vårdhändelser i Region Östergötland – preliminära forskningsresultat

I en pågående forskningsstudie<sup>1</sup> analyseras nyttan av avvikelshanteringssystemet inom den somatiska vården inom Region Östergötland. Studien ska värdera om systemet har haft effekt i form av ett organisatoriskt lärande och lett till en säkrare vård. Processen med avvikelshantering beskrivs i fem steg:

1. identifiering
2. rapportering
3. analys och bearbetning
4. genomförande och uppföljning
5. återföring av erfarenheter.

Studien fokuserar på uppföljning och återföring av de mest allvarliga händelserna, det vill säga de som också ledde till dödsfall, totalt 226 händelser 2004–2012.<sup>2</sup> I 185 fall (82 procent) fanns inga vidtagna åtgärder enligt den dokumentation som fanns i avvikelssystemet. I 10 fall hade ändringar i rutiner genomförts och i 8 fall fanns en registrering om ett massivt engagemang och fokus på patientsäkerhet från ledningens sida. Av samtliga händelser som ledde till dödsfall har 100 fall valts ut för en fördjupad analys. Av dessa fanns en mer noggrann dokumentation för 77 av dödsfallen, i 44 fall fanns en notering om att en händelseanalys utförts men resultatet redovisades inte, i 22 av fallen gjordes rutinändringar och i 8 fall fördes en diskussion om händelsen på aktuell avdelning eller klinik.

Studiens preliminära resultat visar att antalet åtgärder som sattes in vid de allvarligaste vårdhändelserna för att förbättra patientsäkerheten var mycket lågt och att uppföljningen var begränsad. Enligt studien väcker detta frågan huruvida nuvarande avvikelssystem leder till ett organisatoriskt lärande ens för de allvarligaste vårdskadorna.

Parallellt med denna studie pågår i samma landsting en kvalitativ studie, bland annat med intervjuer i syfte att analysera åtgärders effekter. En preliminär slutsats är att intervjuade verksamhetschefer upplever att det är svårt att dokumentera händelser, informera vårdpersonal och utvärdera genomförda åtgärder, det vill säga lära av misstagen. Det är oklart om genomförda åtgärder leder till bättre patientsäkerhet.

---

<sup>1</sup> Studien genomförs av Annica Öhrn, med. dr och chef vid Centrum för hälso- och vårdutveckling (CHV) i Region Östergötland. Preliminära resultat presenterades vid ett seminarium på en nationell patientsäkerhetskonferens i Älvsjö den 24 september 2014.

<sup>2</sup> Drygt 60 800 rapporterade avvikelser fanns i avvikelssystemet för 2004–2012 inom den somatiska vården i Region Östergötland. Av dessa definierades cirka 4 470 som negativa händelser, närmare 28 000 som tillbud och drygt 27 800 som risker. Övriga (cirka 550) saknade klassificering.

Eftersom den medicinska forskningen ständigt utvecklas förändras även standarden för acceptabel vård och följaktligen även standarden för oacceptabel vård. Inom till exempel vägtrafiken är däremot olycksbegreppet relativt stabilt över tid, även om säkerhetsstandarderna successivt höjs. Amalberti (2013) menar därför att det inte är särskilt relevant att följa antalet oönskade händelser i vården över tid.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ödegård (red.) (2013), s. 202.