

Skador inom psykiatrisk vård, 2019

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING



Förord

Under 2018 togs beslut i psykiatrichefnätverket på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) att påbörja en nationell 2-årig granskning med hjälp av markörbaserad journalgranskning (MJG) i psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. I denna delrapport redovisas nationella resultat när det gäller förekomst av skador och vårdskador inom allmän psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård. Granskning genomfördes under 2019 i 20 av 21 regioner i samarbete med SKR. Undersökningen omfattar 4 573 vårdperioder och är internationellt sett den största journalgranskningsstudie inom psykiatrisk vård som genomförts på nationell nivå.

Ett stort tack till alla de 67 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 patient-säkerhetsförbättrande insatser. I och med denna mätning vet vi alltmer 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 SKR samt Urban Nylén på Socialstyrelsen. Madeleine Borgstedt-Risberg vid Folkhälso- och statistikenheten Region Östergötland har bidragit med statistisk kompetens.

Stockholm, januari 2021

Fredrik Lennartsson

Direktör för Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
De viktigaste fynden inom allmän vuxenpsykiatrisk vård	5
De viktigaste fynden inom rättspsykiatrisk vård	6
Vilka lärdomar kan dras av undersökningen?	6
Bakgrund	8
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	13
Resultat	14
Resultat inom allmän vuxenpsykiatrisk vård	15
Kön och ålder	15
Skador och typ av skador	15
Undvikbarhet	17
Könsskillnader vid skador i allmän vuxenpsykiatrisk vård	18
Jämförelse mellan slutenvård och öppenvård	20
Skador i detalj	21
Kvalitetsbristmarkörer inom allmänpsykiatrisk vård	26
Sambandet mellan kvalitetsbristmarkörer och identifierade skador	29
Resultat inom rättspsykiatrisk vård	32
Kön och ålder	32
Typ av skador	33
Allvarlighetsgrad och undvikbarhet	34
Kvalitetsbristmarkörer inom rättspsykiatrisk vård	37
Referenser	39

Sammanfattning

De viktigaste fynden inom allmän vuxenpsykiatrisk vård

- I 15,5 procent av 4 073 granskade journaler inom allmän vuxenpsykiatrisk vård i 20 regioner identifierades skador. Totalt identifierades 982 skador varav 37 procent bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara.
- En signifikant skillnad sågs mellan könen. Kvinnor hade den högsta andelen skador och i 18,3 procent av granskade journaler hittades en skada. För män var motsvarande siffra 12,6 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen, 8,2 procent hos kvinnor respektive 4,9 procent hos män. Liknande fynd noterades vid den nationella granskningen 2017.
- ”Avsiktligt självdestruktiv handling” var den vanligaste typen av skada. Cirka 20 procent av dessa skador bedömdes som undvikbara.
- Andra vanliga skador var ”förlängt sjukdomsförlopp”, ”psykisk skada” och ”läkemedelsrelaterad skada”. År 2017 var ”förlängt sjukdomsförlopp” den vanligaste typen av skada.
- Skadepanoramata skilde sig åt mellan psykiatrisk öppen- och slutenvård. ”Avsiktligt självdestruktiv handling” 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.
- Drygt 90 procent av skadorna bedömdes som mindre eller måttligt allvarliga. Närmare 9 procent av skadorna bedömdes som betydande och 0,4 procent bedömdes som katastrofala.
- I 68 procent av alla granskade journaler identifierades kvalitetsbristmärkörer. År 2017 var motsvarande andel 78 procent. Denna skillnad är signifikant och fynden indikerar en något förbättrad följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.
- De vanligaste kvalitetsbristmärkörerna var *Avsaknad av vårdplan* följt av *Avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård*.
- De vanligaste skadorna för patienter som saknade vårdplan var ”förlängt sjukdomsförlopp” och ”psykisk skada”.
- 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.

- Ingen signifikant skillnad sågs mellan de olika åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador, förutom att en signifikant lägre skadenivå sågs i åldersgruppen 45-64 år jämfört med åldersgruppen 26-44 år.

De viktigaste fynden inom rättspsykiatrisk vård

- Inom rättspsykiatrisk vård granskades 500 vårdperioder. I 25 procent av dessa identifierades skador. Totalt identifierades 356 skador varav 33 procent bedömdes som undvikbara.
- Inom rättspsykiatrisk vård var könsfördelningen i det granskade materialet 15 procent kvinnor respektive 85 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 41 år och för män 40 år.
- Av skadorna var ”läkemedelsrelaterad skada” den vanligaste typen av skada. Andra vanliga skador var ”psykisk skada” och ”övriga skador”.
- Hos kvinnor var det mycket vanligare med skadorna ”avsiktlig självdestruktiv handling” och ”psykisk skada”.
- 11 procent av skadorna bedömdes ge betydande konsekvenser för patienten. I övriga fall bedömdes konsekvensen som mindre eller måttlig.
- 85 procent av de rättspsykiatriska journalerna innehöll minst en kvalitetsbristmarkör. För allmänpsykiatri var motsvarande siffra 68 procent
- 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?

Det faktum att man i närmare 16 procent av de slumpvis utvalda journalerna inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierade skador och att närmare 40 procent 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 diskussioner kring könsskillnader, både när det gäller diagnostik och behandling.

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.

Resultaten av MJG-granskningen visar att antalet skador i de olika skadeområdena är vanligare när andelen kvalitetsbristmarkörer är hög, det vill säga när riktlinjer inte följs. De vårdperioder där vårdplan saknades hade signifikant fler skador, 21 procent jämfört med 13 procent för vårdperioder med vårdplan.

Fyndet att *Dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård* ofta saknas är också oroande. Prognosen för patienter med somatiska sjukdomar är sämre för dem som också har psykiatrisk sjukdom och denna kvalitetsbrist kan peka mot att somatiska sjukdomar och ogynnsamma hälsofaktorer förbises.

Inom somatisk vård har SKR beräknat, att kostnaden, förutom mänskligt lidande, för de extra vård dagarna som vårdskador leder till, ligger på cirka 7-8 miljarder kr per år. En liknande beräkning går inte att göra för psykiatrisk vård då granskade vårdperioder innehåller både öppenvård och slutenvård och då vårdtidens längd inte registreras för den slutenvård som förekommit, men det faktum att patienter inom psykiatrisk vård är yngre och många gånger i arbetsför ålder gör att vanliga vårdskador som till exempel "*Förlängt sjukdomsförlopp*" kan innebära stora samhällskostnader.

Journalgranskning i sig förbättrar inte patientsäkerheten om inte fynden analyseras, åtgärder vidtas och uppföljning sker. Genom att med hjälp av kvalitetsbristmarkörer se hur följsamheten till vårdprogram, lokala och nationella riktlinjer förändras över tid skapas förutsättningar för att minska skadenivån inom den psykiatriska vården. Det är därför viktigt att journalgranskningen inom den psykiatriska vården fortsätter, så att händelseutvecklingen och effekten av insatta åtgärder kan bedömas.

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. Att det föreligger ett stort behov av att mäta skador och kvalitetsbrister inom psykiatrisk vård, precis som inom övrig vård (1-5) har uppmärksammats internationellt.

I Sverige finns många källor som beskriver de problem som finns inom den psykiatriska vården, som till exempel IVO:s årliga tillsynsrapporter (6,7,8) och IVO:s riktade tillsynsrapporter från psykiatriska akutmottagningar och missbruksvård (9,10). Vidare har klagomål som skickats till IVO från patienter och närstående inom psykiatrisk vård sammanställts och analyserats (11).

Folkhälsomyndigheten ger årligen ut "Folkhälsan i Sverige" där området psykisk ohälsa belyses (12). Man har därifrån också publicerat skrifter i ämnet suicidprevention (13, 14).

Inom ramen för Öppna jämförelser gav Socialstyrelsen 2010 ut rapporten "Psykiatrisk vård – ett steg på vägen för Säker vård" (15) samt "Sex frågor om vården" 2020 (16).

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.

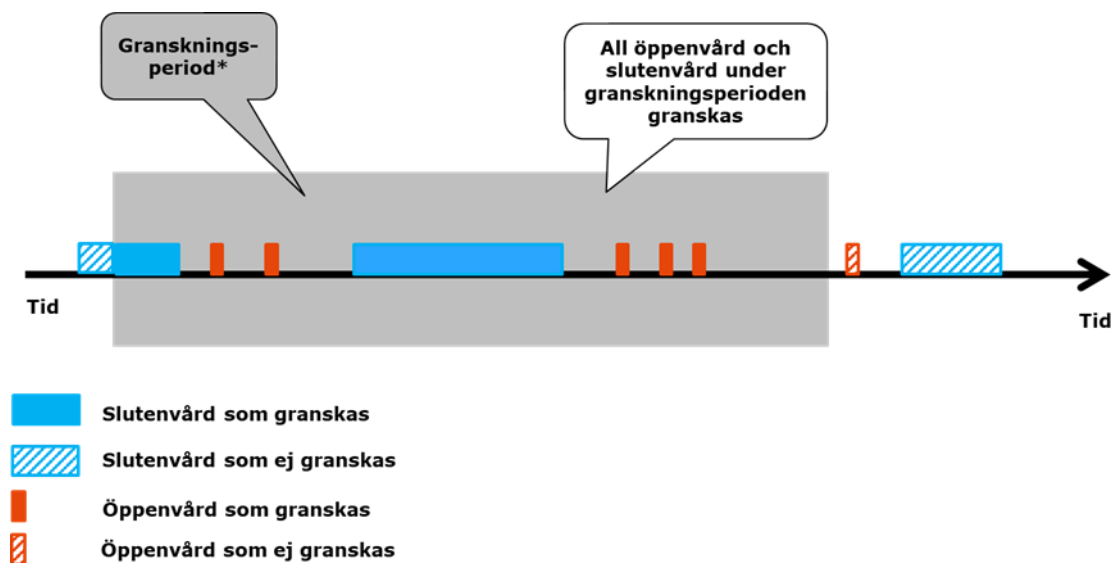
Ingen av dessa källor kan dock användas för att bedöma skadefrekvens inom psykiatrisk vård, utan då måste andra metoder användas. För att kartlägga förekomsten av skador och vårdskador vid psykiatrisk vård används i Sverige sedan 2017 metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). I de ovan refererade 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.

Metod

Inom somatisk vård har sammanlagt närmare 100 000 vårdtillfällen granskats med MJG under perioden 2013-2019, vilket internationellt sett är den största journalgranskningsundersökning som genomförts. I en serie av rapporter har SKR 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. Andra skillnader är att inom MJG psykiatri granskas både öppen- och slutenvård under en 3-månadersperiod för allmän vuxen psykiatrisk vård och en 6-månadersperiod inom rättspsykiatrisk vård. Därmed kan även öppenvård och sambandet mellan vårdformerna granskas. Skalan för att ange skadors allvarlighetsgrad har också anpassats.

Figur 1. Granskningsperiod



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

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.

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.

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*.

Den som vill veta mer om metoden hänvisas till [Handboken och markörbilagan på SKR:s hemsida](#).

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 är negativt för patienten bedöms som 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	Otrygghet, rädsla efter hot/våld, obehag, stigmatisering, sexuellt ofredande och andra otillbörliga kontakter
Förlängt sjukdomsförlopp	3. Obehandlat sjukdomstillstånd 4. Otillräcklig behandlingseffekt 5. Avbruten behandling 6. Försämring av sjukdom	Oönskad effekt vid psykoterapi, ofullständig utredning med felaktig diagnos, otillräcklig bedömning under pågående behandling
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	Hjärtrytmrubbning, akut dystoni, njurfunktionspåverkan, benmärgshämning, kognitiv påverkan, sedering, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom, överdosering
Åtgärd utan laga stöd	15. Olaga frihetsberövad 16. Olaga tvångsåtgärd	Frihetsberövad efter administrativt misstag, tvångsåtgärd hos icke tvångsvårdad
Kroppslig skada	17. Anestesirelaterad skada 18. Fallskada 19. Trycksår kategori 2-4 20. Kognitiv störning 21. Övrig kroppslig skada	Tandskada, andnings- och/eller cirkulationssvikt, hudskada eller yttlig kärlskada, fraktur, blödning, infektion, minnesstörning efter ECT
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](#).

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.

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 det i första hand går att förhindra.

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. Ett slumpmässigt urval av journaler har gjorts ur det totala antalet journaler i varje region. Antalet är beräknat utifrån volymen på den psykiatriska verksamheten i varje region och med hänsyn till att det ska finnas en god möjlighet att följa förändringar i skadenivån. I de regioner där den psykiatriska verksamheten är fördelad på flera olika vårdgivare har granskningsuppdraget fördelats på dessa i proportion till storleken i respektive verksamhet.

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) och Fischers exakta 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 1 januari 2019 och 31 december 2019. Uttag av de data från databasen som sammanställningen bygger på gjordes 2020-10-01. Alla regioner förutom Uppsala har deltagit i den nationella datainsamlingen. 67 enheter har granskat och rapporterat in data till SKR:s databas.

Sammanlagt ingår 4 573 granskade vårdperioder i sammanställningen, varav 4 073 inom allmän vuxenpsykiatri och 500 inom rättspsykiatri.

Könsfördelningen i de granskade vårdperioderna var 46,4 procent kvinnor och 53,6 procent män. Som jämförelse är könsfördelningen 52 procent kvinnor och 48 procent män i materialet från granskning inom somatisk vård för år 2019.

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. Totalt är 13 procent av patienterna inom psykiatrisk vård 65 år eller äldre. I somatisk vård är nästan 67 procent av patienterna 65 år eller äldre.

En förklaring till skillnaden i ålder kan vara att psykiatriska sjukdomar debuterar i genomsnitt tidigare än somatiska, vilket till en del förklarar åldersskillnaden mot somatisk vård. Ytterligare en förklaring till att få äldre patienter ingick i granskningen kan vara det som Socialstyrelsen påpekar i en rapport om psykisk sjukdom hos äldre (17). *”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 psyko-farmaka 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 övriga.

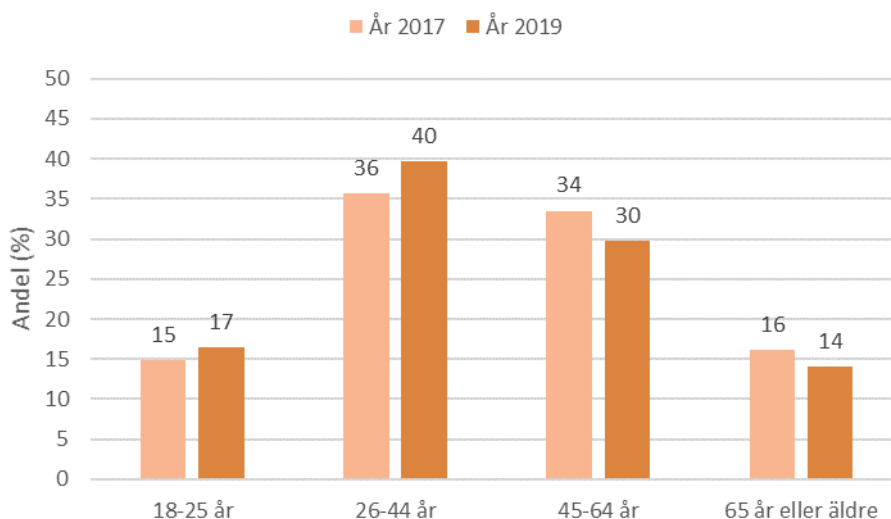
Resultat inom allmän vuxenpsykiatrisk vård

Sammanlagt granskades 4 073 vårdperioder inom allmän vuxenpsykiatri.

Kön och ålder

Könsfördelningen i de 4 073 granskade vårdperioderna inom allmänpsykiatri var 50,2 procent kvinnor och 49,8 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 42,9 år (18-96 år) och för män 44,1 år (18-94 år). Medianålder för kvinnor var 39 år och för män 42 år. Andelen som är 44 år eller yngre är högre än 2017 (figur 2). I de två yngsta åldersgrupperna är det fler kvinnor än män.

Figur 2. Andel granskade vårdperioder inom olika ålderskategorier per år



Skador och typ av skador

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

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

Vid 15,5 procent av vårdperioderna identifierades skador och i 6,6 procent vårdskador (tabell 4). Vid 631 vårdperioder kunde en eller flera skador (både undvikbara och ej undvikbara) identifieras. Det totala antalet identifierade skador var 982, vilket innebär att antalet skador i genomsnitt var 1,6 per skadad patient.

Skillnaden mellan skador respektive vårdskador 2017 och 2019 är inte signifikant.

Tabell 4. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador

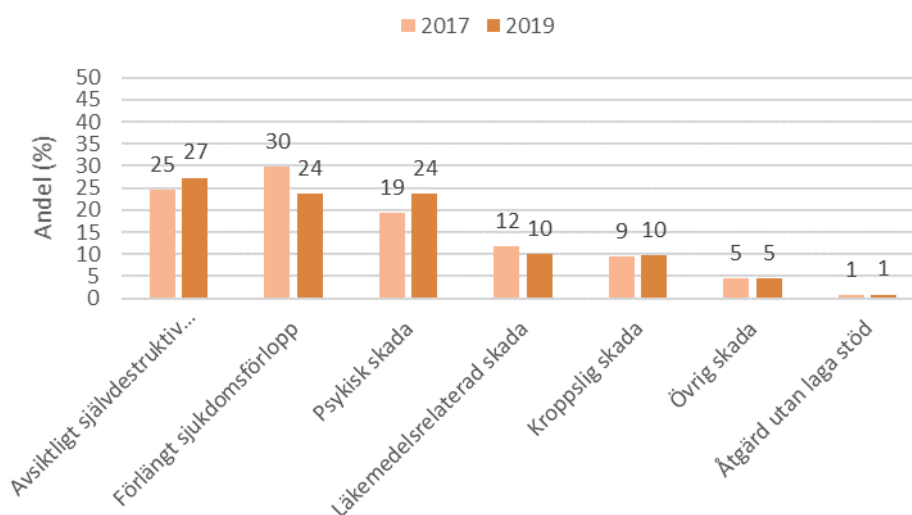
Allmän vuxenpsykiatri	2017	2019
Vårdperiod med skador	17,2 (15,7–18,6)	15,5 (14,4-16,6)
Vårdperiod med vårdskador	8,0 (7,0–9,1)	6,6 (5,8-7,3)

Ingen signifikant skillnad sågs mellan åldersgrupperna när det gäller skador och vårdskador förutom att en signifikant lägre skadenivå sågs i åldersgruppen 45-64 år jämfört med åldersgruppen 26-44 år. Mellan de två åldersgrupperna sågs en signifikant skillnad när det gäller ”avsiktligt självdestruktiv handling”. Åldersgruppen 26-44 år (5,5 % av granskade journaler) och 45-64 år (2,7 % av granskade journaler).

Detta fynd skiljer sig från resultaten från 2017 då inga skillnader sågs mellan åldersgrupperna.

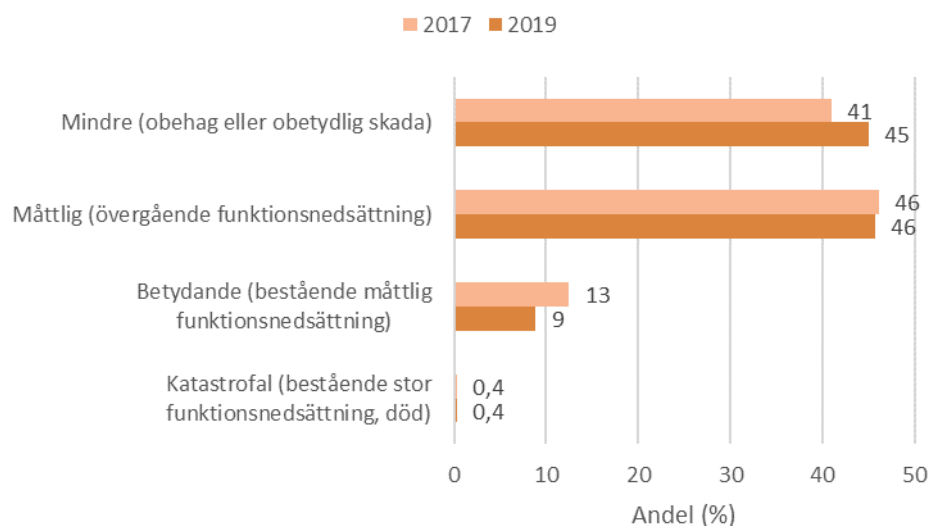
Den vanligaste skadetyper var ”avsiktligt självdestruktiv handling” 2019 medan ”förlängt sjukdomsförlopp”, som var den vanligaste typen av skada år 2017, har minskat något (figur 3). Andra vanliga skador var ”psykisk skada” och ”läkemedelsrelaterad skada”.

Figur 3. Skadornas fördelning i olika skadeområden per år



Av de 982 skadorna bedömdes 90,7 procent som mindre eller måttligt allvarliga. I närmare 9 procent bedömdes allvarlighetsgraden som betydande. 0,4 procent av skadorna bedömdes som katastrofala (figur 4).

Figur 4. Skadornas fördelning på allvarlighetsgrad

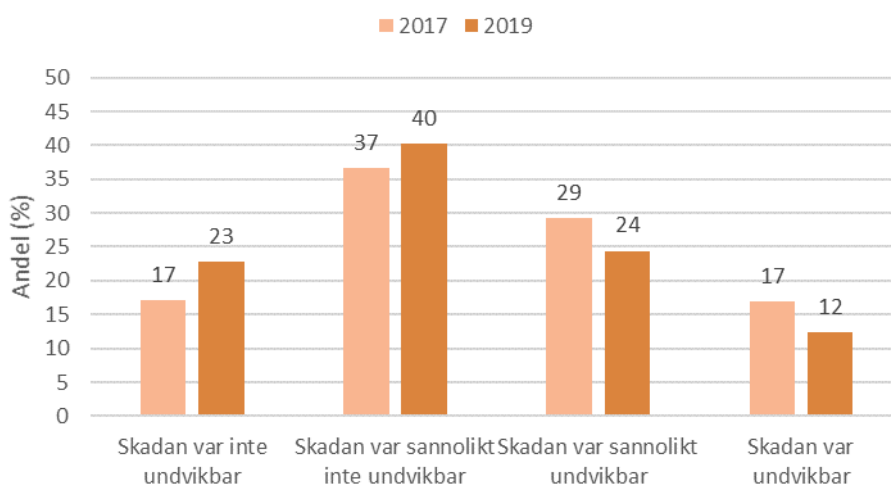


Undvikbarhet

Av skadorna bedömdes 362 vara undvikbara (skadan bedömdes som sannolikt undvikbar eller undvikbar). Sammanlagt bedömdes 36,8 procent av skadorna som undvikbara eller sannolikt undvikbara (figur 5). År 2017 bedömdes drygt 46 procent av skadorna vara undvikbara.

Färre skador inom allmänpsykiatrisk vård bedöms som undvikbara än inom den somatiska vården där cirka 60 procent av skadorna uppskattas kunna undvikas.

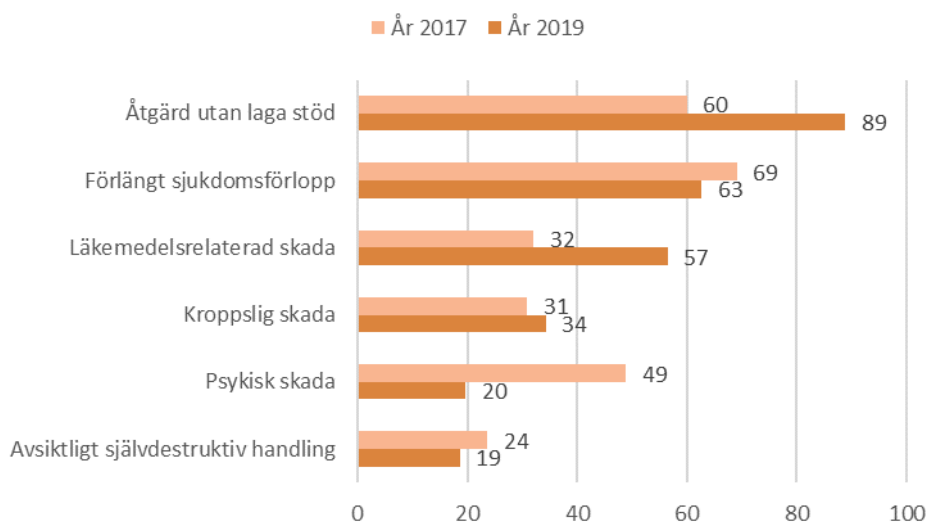
Figur 5. Antal och andel skador fördelade efter grad av undvikbarhet



Antalet skador av skadetyper ”åtgärder utan laga stöd” är lågt (9 av 982) varav alla utom en bedömts som undvikbara. Dessa skador borde alla vara undvikbara eftersom de orsakas av rent administrativa brister.

För skadeområdet ”förlängt sjukdomsförlopp” bedömdes 63 procent av skadorna som undvikbara och för ”läkemedelsrelaterad skada” bedömdes 57 procent som undvikbara. För ”avsiktligt självdestruktiv handling” bedömdes bara 19 procent av skadorna som undvikbara (figur 6).

Figur 6. Andel (%) av skador som bedöms som undvikbara per år



När det gäller skador i 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 vilket är i överensstämmelse med fynden i denna studie 2019 (1).

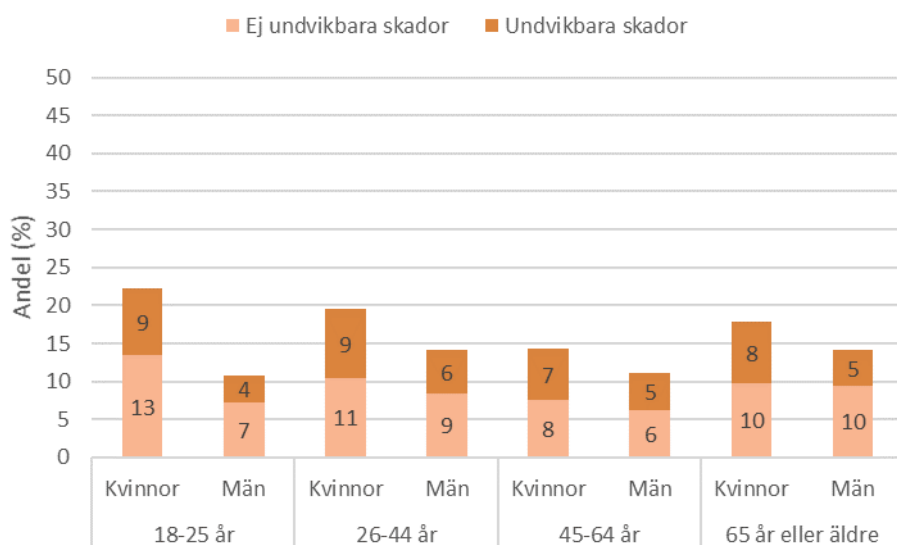
Könsskillnader vid skador i allmän vuxenpsykiatrisk vård

Inom allmän vuxenpsykiatrisk vård sågs en signifikant skillnad mellan könen, där kvinnor hade den högsta andelen vårdperioder med skador. För kvinnor var andelen 18,3 procent, jämfört med 12,6 procent för männen. Även för vårdskador sågs en signifikant skillnad mellan könen med en andel på 8,2 procent för kvinnorna och 4,9 procent för männen. Denna stora könsskillnad sågs även 2017.

För kvinnor identifieras en eller flera skador vid 375 vårdperioder och för män vid 256 vårdperioder. Det totala antalet skador för kvinnor var 622 och för män 360, vilket innebär att i genomsnitt var antalet skador för kvinnor 1,7 och för män 1,4.

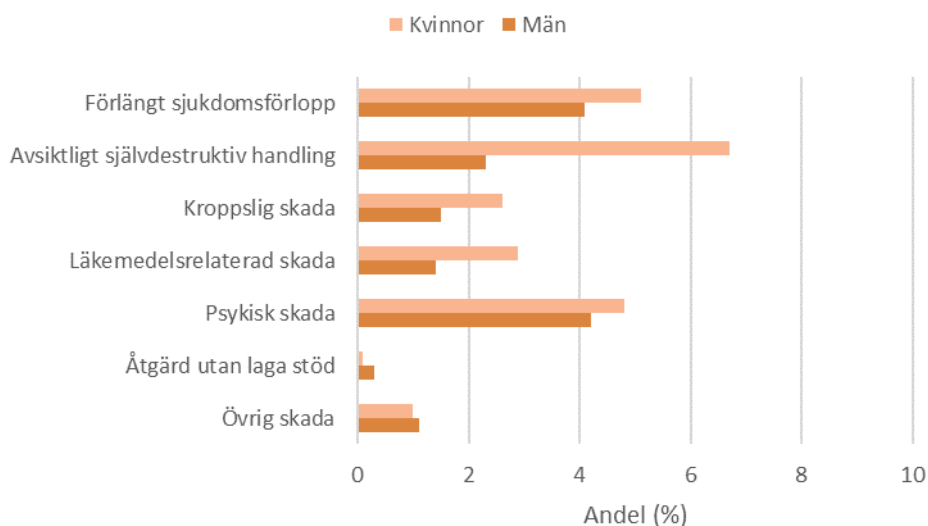
I de två yngsta åldersgrupper (18-25 år och 26-44 år) är andelen skador och vårdskador i psykiatrisk vård signifikant högre för kvinnor jämfört med män (figur 7). Även detta sågs 2017.

Figur 7. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador (undvikbara skador) per kön och åldersgrupp



Signifikant högre andel skador hos kvinnor sågs för ”avsiktligt självdestruktiv handling”, ”kroppslig skada” och ”läkemedelsrelaterad skada” (figur 8). De största skillnaderna mellan könen sågs inom skadeområdet ”avsiktligt självdestruktiv handling”. Även om man bortser från detta skadeområde kvarstår dock könsskillnaderna för vårdskador fortfarande.

Figur 8. 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 5). Samma fynd sågs 2017.

Tabell 5. Andel (%) granskade vårdperioder med skador fördelade på allvarlighetsgrad och kön

	Kvinnor n=2 046	Män n=2 027
Mindre (obehag eller obetydlig skada)	10,2%	6,1%
Måttlig (övergående funktionsnedsättning)	8,8%	6,4%
Betydande (bestående måttlig funktionsnedsättning)	1,9%	1,3%
Katastrofal (bestående stor funktionsnedsättning, död)	0,0%	0,1%

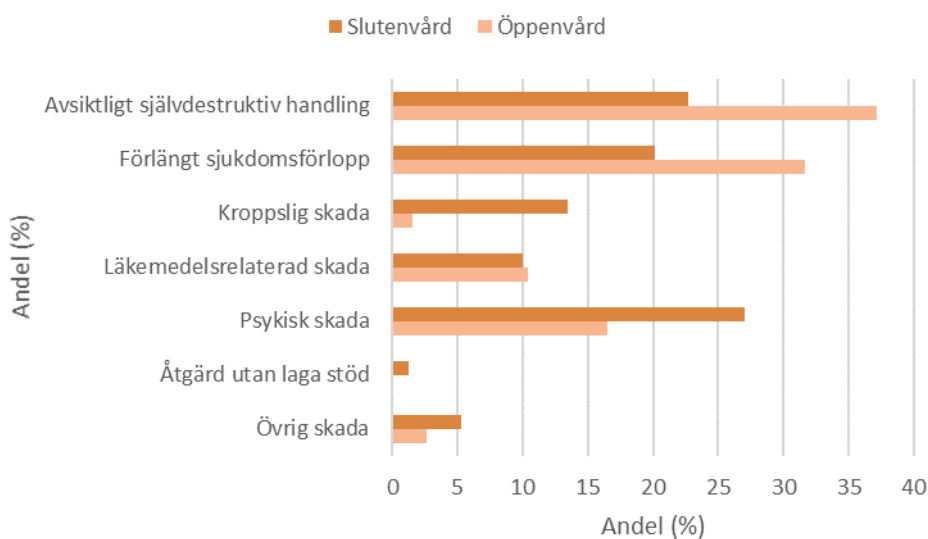
Jämförelse mellan slutenvård och öppenvård

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 982 skador som registrerats i allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierades 309 i öppenvård och 673 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 9.

Figur 9. Skadornas fördelning på olika skadeområden inom slutenvård respektive öppenvård



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.

Avsiktligt självdestruktiv handling

”Avsiktligt självdestruktiv handling” var det vanligaste skadeområdet 2019. Denna skada är signifikant vanligare hos kvinnor än hos män och här ses de största könsskillnaderna (tabell 6). Vi skiljer 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. Den vanligaste skadetyper är ”avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt”. Skadetyper är signifikant vanligare hos kvinnor och även ”suicidförsök” är signifikant vanligare bland kvinnor.

Detta mönster sågs även 2017 och överensstämmer med vad Folkhälso-myndigheten rapporterade 2016 (12). Det är inte ett oväntat resultat utan en känd företeelse inom psykiatrisk vård.

Tabell 6. Andel (%) granskade vårdperioder med avsiktligt självdestruktiv handling fördelat på kön

Vårdperioder	Kvinnor	Män	Totalt
Avsiktligt självdestruktiv handling	6,7%	2,3%	4,5%
- Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	4,9%	1,2%	3,1%
- Suicidförsök	2,4%	1,0%	1,7%
- Suicid	0,05%	0,05%	0,05%

”Avsiktligt självdestruktiv handling” är vanlig i både öppen- och slutenvård (tabell 7) men förekomsten är större i öppenvården. Bland de olika skadeområdena var skillnaden mellan öppen och slutenvård störst inom detta skadeområde.

Risk för suicid är en vanlig inläggningsorsak, kanske den vanligaste. Avsikten med inläggning är då suicidprevention. Det finns skillnader i öppenvård och slutenvård vad gäller suicidförsök som talar för att slutenvården har den suicidpreventiva effekten man eftersträvar med en inläggning. År 2019 registrerades 4 suicidfall, 2017 inga.

Tabell 7. Andel (%) skador inom skadeområdet ”avsiktligt självdestruktiv handling inom öppen- och slutenvård

	Öppenvård n=309 skador	Slutenvård n=673 skador
Avsiktligt självdestruktiv handling	37,2%	22,7%
- Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	21,0%	17,8%
- Suicidförsök	15,5%	4,9%
- Suicid	0,6%	0,0%

Förlängt sjukdomsförlopp

”Förlängt sjukdomsförlopp” är det näst vanligaste skadeområdet och det skadeområde som har de flesta undvikbara skadorna. ”Försämring av sjukdom” är den vanligaste skadetyper inom skadeområdet och denna skadetyper är signifikant vanligare hos kvinnor.

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 vanligare 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). Vanligaste kvalitetsbristen för detta skadeområde är att det saknas vårdplan.

I IVO:s granskning av klagomål *Enskildas klagomål enligt PSL* från 2018 (11) 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 i praktiken tillämpade befintliga kunskapsstöd, vårdprogram och nationella riktlinjer skulle troligtvis antalet bristfälliga utredningar, felaktiga diagnoser och inadekvata behandlingar minska.

Psykisk skada

Förekomsten av ”psykisk skada” är något vanligare hos kvinnor, dock ses ingen signifikant skillnad mellan könen. ”Psykisk skada” är vanligare i slutenvården än i öppenvården.

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 eller ”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.

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

Även om det bara är 9 patienter (6 män och 3 kvinnor) som är drabbade av denna skada så är detta ett viktigt område då samtliga identifierade skador får anses undvikbara.

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).

Läkemedelsrelaterade skador

Skadeområdet är signifikant vanligare hos kvinnor än hos män. Den största könsskillnaden ses i skadetyper ”övrig läkemedelsrelaterad skada”, vilket sannolikt rör sig om oväntade eller oväntat kraftiga biverkningar. ”Läkemedelsrelaterade skador” är ungefär lika vanliga i öppen- som i slutenvård.

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 negativa effekter orsakade av läkemedel.

I IHI:s publikation *Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events in a Mental Health Setting* (18) 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 (15) 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, olämpliga kombinationer 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 signifikant vanligare hos kvinnor än hos män. Kroppsliga skador är också vanligare i slutenvård. Skadetyperna "Fallskador" är vanligast.

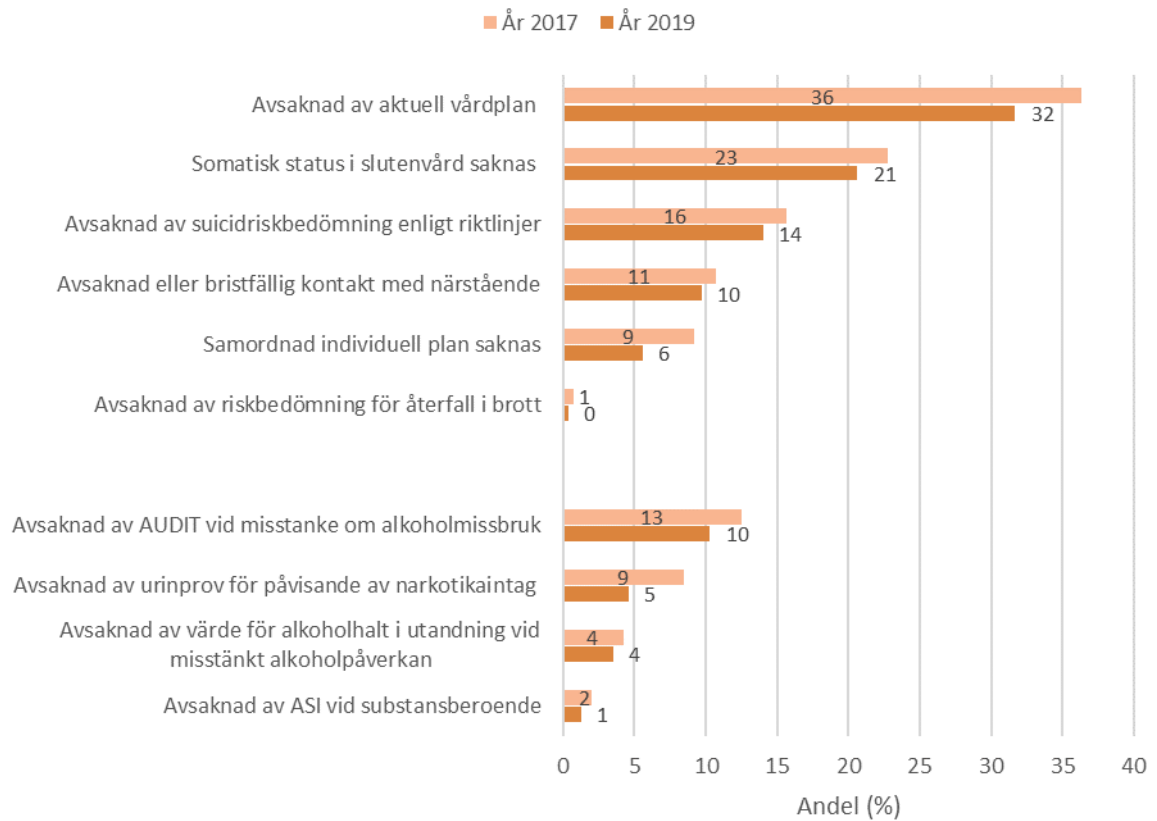
Fallskador kan inträffa i samband med sedering och till följd av alltför höga läkemedelsdoser. Kognitiv störning kan till exempel förekomma i samband med elektrokonvulsiv terapi (ECT) och olika typer av medicinering. Detta kan inverka menligt på patientens övriga behandling, till exempel samtalsterapi.

Kvalitetsbristmarkörer inom allmänpsykiatrisk vård

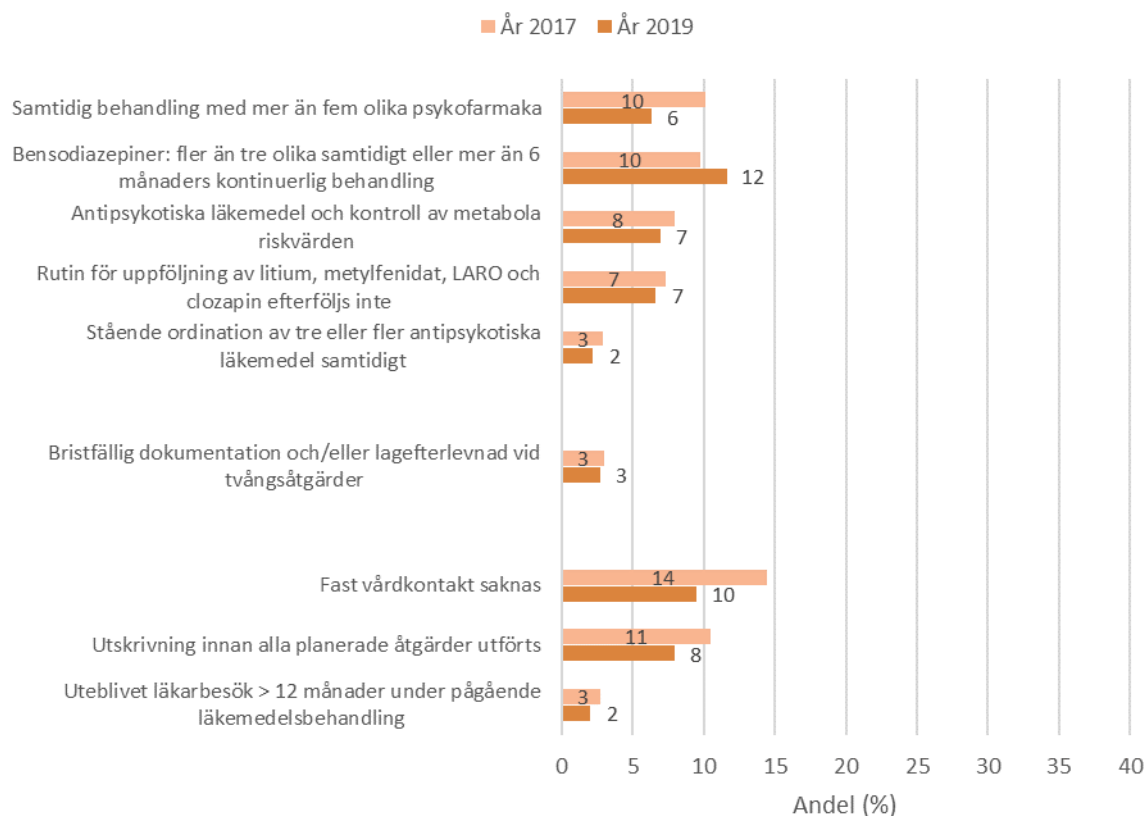
En markör är en uppgift i journalen som pekar på ett riskområde där skador kan förekomma. När en markör förekommer ska journalen granskas noga för att se om skador inträffat. Av de 36 markörerna i handboken för MJG i psykiatri har 19 stycken en utformning som gör dem lämpade att också användas som kvalitetsbristmarkörer.

Kvalitetsbristmarkörer är mycket vanligt förekommande i det granskade materialet. 68 procent av alla granskade journaler hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer. Detta är en signifikant minskning gentemot 2017 då 78 procent av alla granskade journaler hade en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Den vanligaste kvalitetsbristmarkören nu liksom 2017 är *Avsaknad av vårdplan* följt av *Avsaknad av dokumentation om somatiskt status i samband med slutenvård* (figur 10).

Figur 10. Andel (%) granskade vårdperioder med kvalitetsbristmarkörer. Allmänpsykiatrisk vård



Figur 10 (forts.) 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 (15) 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 (19,20) 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 (21,22).

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 (23).

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

Sambandet mellan kvalitetsbristmarkörer och identifierade skador

Markörer är journaluppgifter som används för att identifiera skador. I psykiatrisk MJG utnyttjas markörer inte enbart för detta utan också för att kartlägga brister i följsamhet till riktlinjer och överenskomna arbetssätt, *kvalitetsbristmarkörer*. I detta avsnitt av rapporten har vi försökt att identifiera hur utfallet av kvalitetsbristmarkörer ser ut inom några av de olika skadeområdena. Vi har fastlagt att antalet skador i vissa skadeområden är vanligare när andelen kvalitetsbristmarkörer är hög, det vill säga när riktlinjer inte följs. Exempelvis saknades vårdplan vid 1 290 vårdperioder. För patienter som saknade vårdplan fick 21 procent en skada. Skadenivån var signifikant lägre, 13 procent, för de 2 783 vårdperioder som inte saknar vårdplan. Nedan följer en mer detaljerad redovisning:

Förlängt sjukdomsförlopp

Sammanlagt identifierades 118 vårdperioder med ”förlängt sjukdomsförlopp” som enda skadetyper. (56 män och 62 kvinnor). Av skadorna bedömdes allvarlighetsgraden i 73 procent vara måttlig eller betydande. 65,3 procent av vårdperioderna bedömdes ha skador som var undvikbara.

Signifikant fler patienter med skadetyper ”förlängt sjukdomsförlopp” hade en eller flera identifierade kvalitetsbristmarkörer, 90 procent jämfört med 68 procent i hela materialet. Nästan hälften av patienterna med skadan ”förlängt sjukdomsförlopp” saknar *aktuell vårdplan*, vilket är signifikant mer än i hela materialet där en tredjedel saknar vårdplan. Signifikant fler män saknade vårdplan, 53,6 procent jämfört med 41,9 procent hos kvinnor.

Vid var femte vårdperiod med skadan ”förlängt sjukdomsförlopp” saknas *AU-DIT vid misstanke om alkoholmissbruk* medan det i hela materialet är var tionde som saknar. Nästan 20 procent av patienterna med skador inom skadeområdet ”förlängt sjukdomsförlopp” saknar *fast vårdkontakt* mot 10 procent i hela materialet.

Avsiktligt självdestruktiv handling

Sammanlagt identifierades 134 vårdperioder med ”avsiktligt självdestruktiv handling” som enda skadetyper, 96 kvinnor och 38 män. 80 procent av kvinnorna och 63 procent av männen var 44 år eller yngre. Av skadorna allvarlighetsgrad bedömdes 48 procent vara måttliga, 5 procent vara betydande och 2 procent vara katastrofala. 22,4 procent av skadorna bedömdes vara undvikbara.

72 procent av vårdperioder med skadetyper ”avsiktligt självdestruktiv handling” hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer. I hela materialet var motsvarande siffra 68 procent, skillnaden är inte signifikant. Vid cirka 20 procent av vårdperioderna identifierades kvalitetsbristmarkören *Samtidig behandling med tre eller fler olika bensodiazepiner eller behandling med bensodiazepiner mer än 6 månader*. I hela materialet var motsvarande andel 10 procent. En signifikant skillnad sågs mellan könen: nästan var fjärde kvinna men bara var tjugonde man hade markören som rör bensodiazepiner.

Psykisk skada

Bland de patienter med skadetyper ”psykisk skada” med eller utan någon annan skadetyper var majoriteten kvinnor. Av de 111 vårdperioder med ”psykisk skada” som enda skadetyper var majoriteten män. Skadornas allvarlighetsgrad bedömdes i 65 procent vara mindre och i 36 procent måttlig. Endast 1 procent bedömdes som katastrofal.

Närmare 20 procent av vårdperioderna bedömdes ha skador som var undvikbara. Bland kvinnorna bedömdes 30 procent ha skador som var undvikbara vilket är signifikant högre än bland männen där motsvarande siffra är 10 procent.

71 procent av vårdperioder med skadetyper ”psykisk skada” hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer. I hela materialet var motsvarande siffra 68 procent. Nästan hälften av vårdperioder med ”psykisk skada” saknar *aktuell vårdplan*, vilket är mer än i hela materialet där det är en cirka en tredjedel som saknar *aktuell vårdplan*.

Läkemedelsrelaterad skada

Sammanlagt identifierades 54 vårdperioder med ”läkemedelsrelaterad skada” som enda skadetyper, 33 kvinnor och 21 män. Av skadorna bedömdes allvarlighetsgraden i 44 procent vara måttlig och i 13 procent betydande. 63 procent av vårdperioderna bedömdes ha skador som var undvikbara.

81 procent av vårdperioder med skadetyper ”läkemedelsrelaterad skada” hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer. Vid 32 procent av vårdperioderna identifierades kvalitetsbristmarkören *Samtidig behandling med tre eller fler olika bensodiazepiner eller behandling med bensodiazepin mer än 6 månader*. I hela materialet var motsvarande andel 10 procent. Nästan var fjärde vårdperiod saknar *AUDIT vid misstanke om alkoholmissbruk* och i hela materialet är det var tionde som saknar.

Kroppslig skada

Sammanlagt identifierades 59 vårdperioder med ”kroppslig skada” som enda skadetyper, 30 kvinnor och 21 män. Ingen var mellan 18-25 år och 39 procent var 26-44 år. Av skadorna bedömdes allvarlighetsgraden i 31 procent vara måttlig och i 5 procent betydande. 39 procent av vårdperioderna bedömdes ha skador som var undvikbara.

64 procent av vårdperioder med skadetyper ”kroppslig skada” hade en eller flera positiva kvalitetsbristmarkörer. Vid 36 procent av vårdperioderna saknas aktuell vårdplan och vid 27 procent saknas *somatiskt status i slutenvård*.

Resultat inom rättspsykiatrisk vård

Under 2019 granskades 500 vårdperioder inom rättspsykiatrisk vård. Längden på den vårdperiod som granskas inom rättspsykiatrisk vård är 6 månader jämfört med 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 för att undvika överlappande vårdperioder i granskningen.

Kön och ålder

Könsfördelningen bland patienterna i de 500 granskade vårdperioderna var 15 procent kvinnor och 85 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 40,5 år (19-73 år) och för män 40,3 år (19-85 år). Medianåldern för kvinnor var 39 år och för män 38 år.

Tabell 8. Antal granskade vårdperioder i olika ålderskategorier

	Kvinnor	Män	Totalt
18-25 år	7	45	52
26-44 år	41	232	273
45-64 år	23	123	146
65 år eller äldre	5	24	29
Totalt	76	424	500

Det rättspsykiatriska materialet är avsevärt mindre än det allmänpsykiatriska men ändå unikt stort och underlag för intressanta iakttagelser.

Vid 25,2 procent av vårdperioderna identifierades skador (tabell 9), vilket är mer än inom allmänpsykiatri där andelen var 15,5 procent. Vid 13,2 procent av vårdperioderna identifierades vårdskador vilket är högre jämfört med 6,6 procent inom allmänpsykiatri. Både andelen skador och vårdskador är högre än 2017. Jämförelser med resultaten från 2017, då endast 127 vårdperioder granskades och 23 skador identifierades, blir därmed dock osäkra.

Vid 126 vårdperioder kunde en eller flera skador (både undvikbara och ej undvikbara skador) identifieras. Det totala antalet identifierade skador var 356, vilket innebär att antalet skador i genomsnitt var 2,8 per skadad patient.

Tabell 9. Andel (%) vårdperioder med skador respektive vårdskador

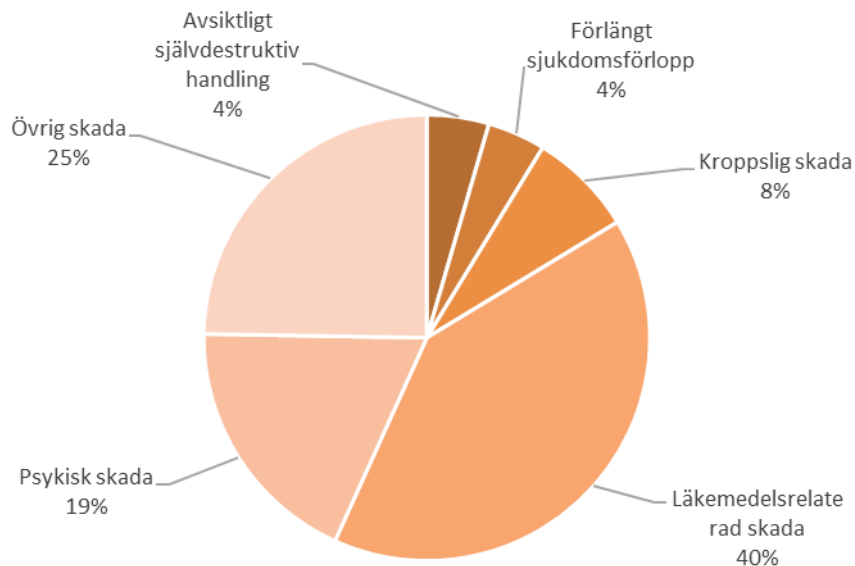
	2017	2019
Vårdperiod med skador	11,8 (6,1–17,5) %	25,2 (21,4-29,0)
Vårdperiod med vårdskador	9,5 (4,3–14,6) %	13,2 (10,2-16,2)

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

Typ av skador

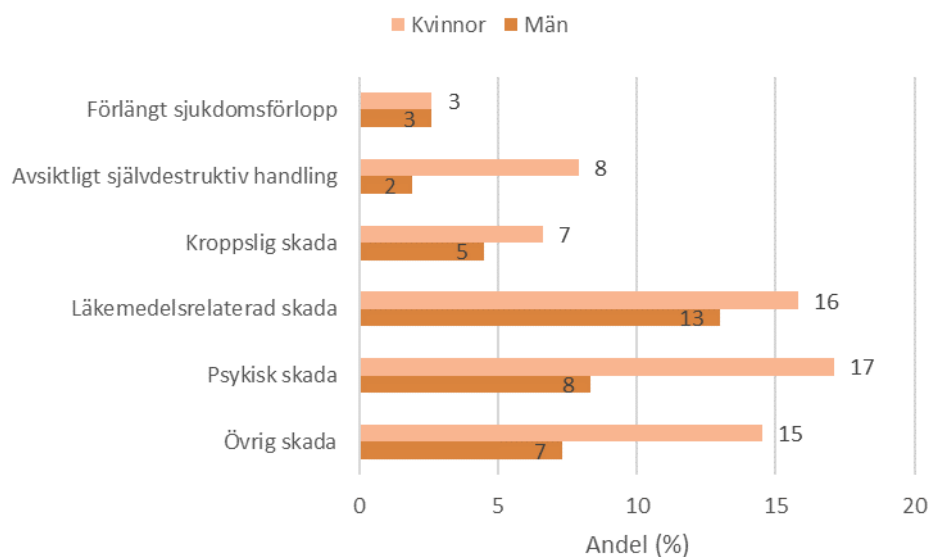
Av de 356 skadorna var ”Läkemedelsrelaterad skada” den vanligaste typen av skada (figur 11). Andra vanliga skador var ”Psykisk skada” och ”Övriga skador”. Den andel av samtliga skador som utgörs av ”läkemedelsrelaterade skador” inom rättspsykiatrisk vård är mycket högre än inom allmänpsykiatrisk vård, 40 procent jämfört med 10 procent.

Figur 11. Skadornas fördelning på olika skadeområden, andel av alla skador



Inom rättspsykiatrisk vård har 13 procent av patienterna ”läkemedelsrelaterad skada” och 10 procent ”psykisk skada”. Signifikant högre andel skador hos kvinnor sågs för ”avsiktligt självdestruktiv handling” och ”psykisk skada”. De största skillnaderna mellan könen sågs inom skadeområdet ”psykisk skada” (figur 12). Inom allmän psykiatri är andelen vårdperioder med ”läkemedelsrelaterad skada” 2,2 procent och ”psykisk skada” är 4,5 procent.

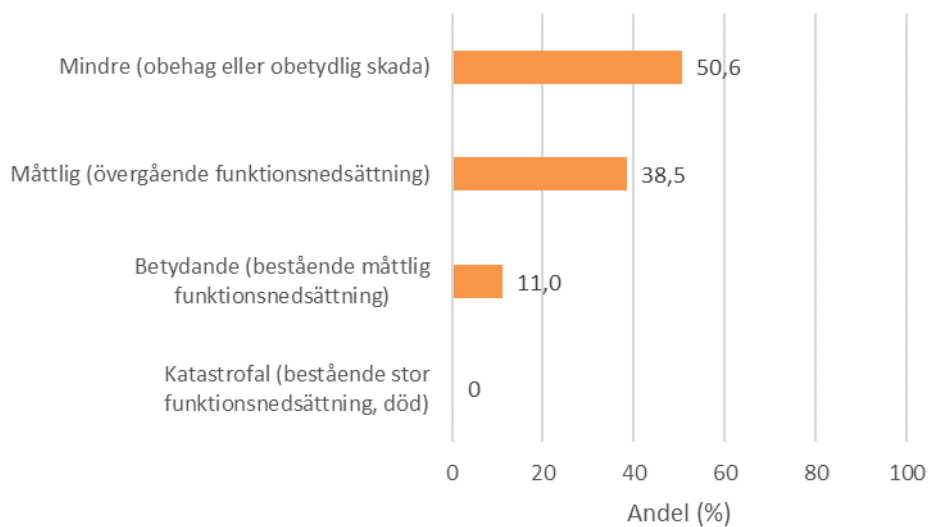
Figur 12. Andel granskade vårdperioder med skador fördelade på skadeområde och kön



Allvarlighetsgrad och undvikbarhet

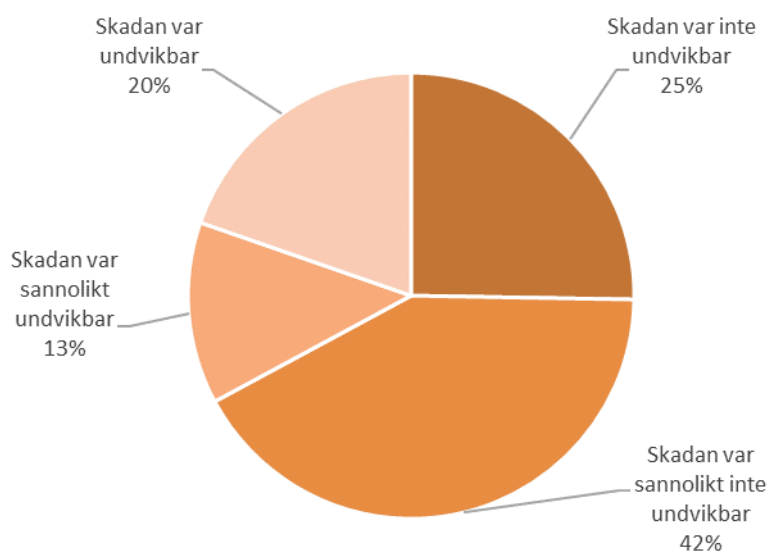
För 180 av skadorna (50,6 %) bedömdes konsekvensen för patienten vara mindre (obehag eller obetydlig skada), för 137 av skadorna (38,5 %) var konsekvensen måttlig (övergående funktionsnedsättning). 39 skador (10,9 %) bedömdes vara betydande (bestående måttlig funktionsnedsättning) för patienten (figur 13).

Figur 13. Andel skador och allvarlighetsgrad inom rättspsykiatrisk vård



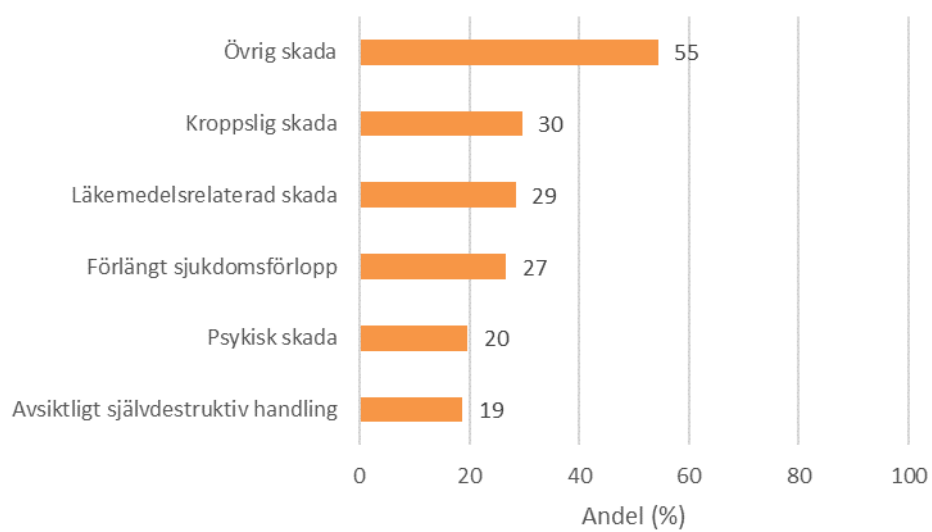
Om skadan är undvikbar eller inte bedöms enligt en fyrgradig skala. Av de 356 skadorna bedömdes 20 procent vara undvikbara och 13 procent vara sannolikt undvikbara (figur 14). 25 procent av skadorna bedömdes vara inte undvikbara och 42 procent vara sannolikt inte undvikbara.

Figur 14. Skadornas fördelning efter undvikbarhet inom rättspsykiatrisk vård



För skadeområdet ”övrig skada” bedömdes 55 procent av skadorna som undvikbara och för ”läkemedelsrelaterad skada” bedömdes 29 procent som undvikbara. För ”avsiktligt självdestruktiv handling” bedömdes 19 procent av skadorna som undvikbara (figur 15).

Figur 15. Andel (%) av skador som är undvikbara

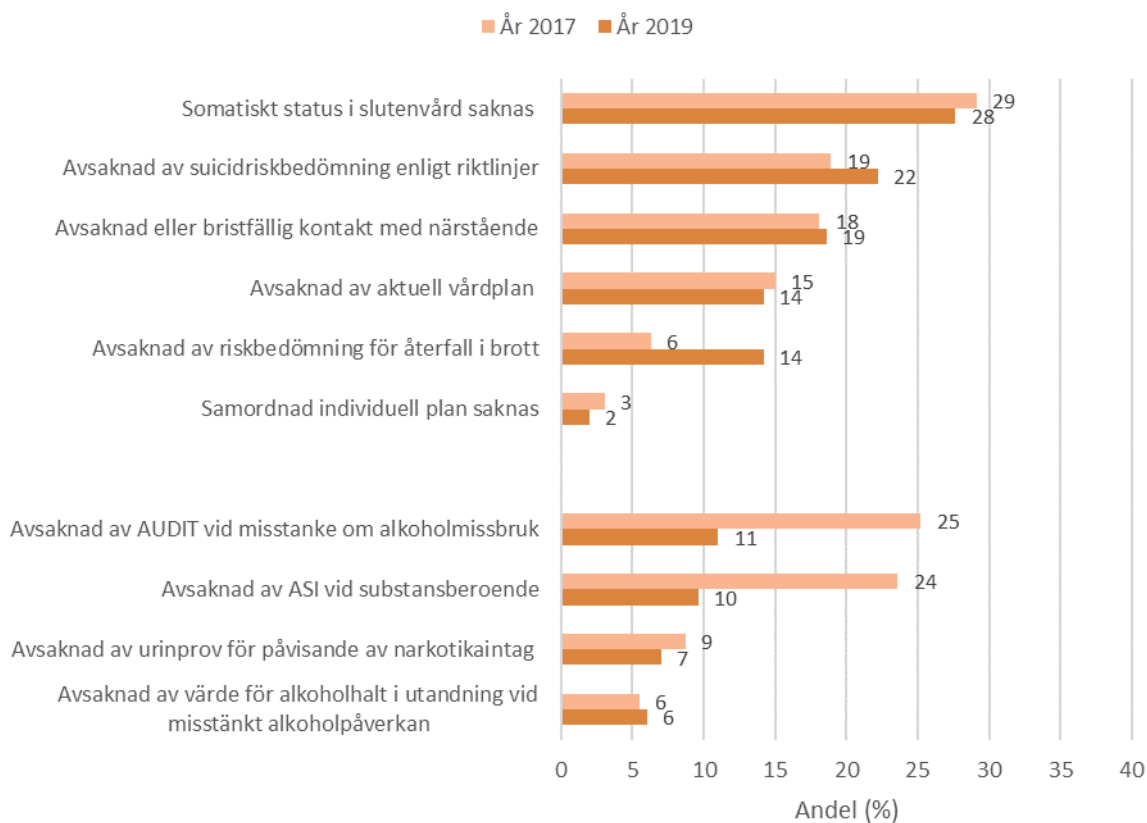


Kvalitetsbristmarkörer inom rättspsykiatrisk vård

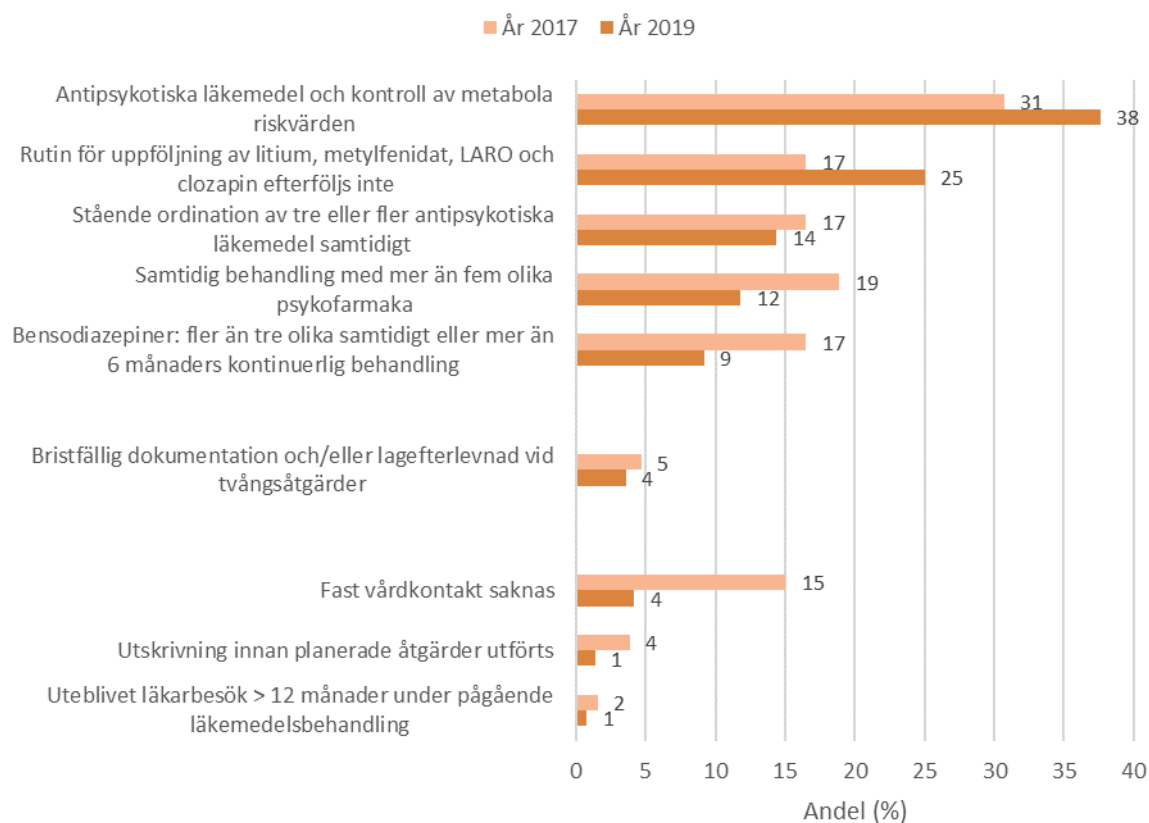
Precis som inom allmän vuxenpsykiatrisk vård var frekvensen identifierade kvalitetsbristmarkörer hög inom rättspsykiatrisk vård. De förekom i 85 procent av de granskade vårdperioderna, vilket ska jämföras med 68 procent inom allmänpsykiatrisk vård.

En journal kan innehålla flera kvalitetsbristmarkörer. De vanligaste markörerna var *bristande följsamhet till riktlinjer för kontroll av metabola riskvärden* följt av *att somatiskt status i slutenvård saknas* (figur 16).

Figur 16. Andel (%) granskade vårdperioder med påträffade kvalitetsbristmarkörer, vårdmarkörer och beroendemarkörer per år. Rättspsykiatrisk vård



Figur 16 (forts). Andel (%) granskade vårdperioder med påträffade kvalitetsbristmarkörer, läkemedelsmarkörer och kontinuitets- och övergångsmarkörer. Rättspsykiatrisk vård



I jämförelse med allmänpsykiatrisk vård är andelen kvalitetsbristmarkörer inom området läkemedel mycket högre. Många markörer är utformade på så sätt att de hänvisar till verksamhetens egna rutiner och belyser om man följt dem eller ej. Kvalitetsbristmarkörer som identifieras bidrar till att identifiera skador men pekar också på kvalitetsbrister i verksamheten. Ju fler kvalitetsbristmarkörer, desto större risk för skador och vårdskador.

Andelen ”läkemedelsrelaterade skador” inom rättspsykiatrisk vård är mycket hög och finns i 13 procent av granskade vårdperioder. Andelen kvalitetsbristmarkörer inom läkemedelsområdet är också hög (61 % av granskade vårdperioder). Inom allmänpsykiatrisk vård är andelen ”läkemedelsrelaterade skador” lägre med 2 procent av granskade vårdperioder och andelen kvalitetsbristmarkörer inom läkemedelsområdet är också lägre (23 % av granskade vårdperioder).

Utifrån markörutfallet som indikerar brister när det gäller rutiner inom olika områden bör inom rättspsykiatrisk vård mer fokus läggas på patienternas somatiska hälsa och läkemedelsbehandling.

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 tillståndsprovning för verksamhetsåret 2016. Utgiven februari 2017. Artikelnummer 2017-8
7. Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprovning för verksamhetsåret 2017. Utgiven februari 2018. Artikelnummer IVO 2018-8
8. Vad har IVO sett 2019, iakttagelser och slutsatser omvårdens och omsorgens brister för verksamhetsår 2019, IVO 2020-5
9. När ledningen inte tar sitt ansvar... Tillsyn av psykiatriska akutmottagningar. Utgiven februari 2016. Artikelnr IVO 2016-15
10. Samverkan för patienters och brukares välbefinnande - missbruks- och beroendevården. Utgiven december 2016. Publikationsnummer IVO 2016-19
11. Enskildas klagomål enligt PSL. Slutredovisning av regeringsuppdraget (dnr S2016/07779/RS). Utgiven februari 2018. Artikelnummer IVO 2018-1
12. Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten, 2016. Artikelnummer 16005
13. Händelseanalyser av suicid inom hälso-och sjukvård, Folkhälsomyndigheten 2019
14. Vilken sjukvård har unga och unga vuxna som tagit sitt liv fått, Folkhälsomyndigheten 2020
15. Öppna jämförelser och utvärdering 2010. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86585-26
16. Öppna jämförelser 2020 Sex frågor om vården Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat
17. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen 2013 Artikelnummer 2013-6-22
18. Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events in a Mental Health. Setting Version 2, 2008. Institute for Healthcare Improvement Cambridge, MA

19. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen 2011
20. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Socialstyrelsen 2011
21. Psykiatrin har ansvar för att upptäcka somatisk ohälsa. Läkartidningen 42/2014
22. Lindh et al. Högre dödlighet och somatisk sjuklighet vid psykossjukdom. Läkartidningen. 2015;112:DHD4
23. Danielsson M et al. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. J Patient Saf 2017

Skador inom psykiatrisk vård, 2019

I rapporten redovisas nationella resultat av den markörbaserade journalgranskning (MJG) inom allmän psykiatrisk- och rättspsykiatrisk vård som genomfördes i 20 av 21 regioner i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) under 2019. Undersökningen omfattar 4 573 journaler och är internationellt sett den största 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 sluten respektive öppen 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
Charlotta Brunner, charlotta.brunner@regionkalmar.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN: 978-91-7585-858-6