

Aktuellt och på gång

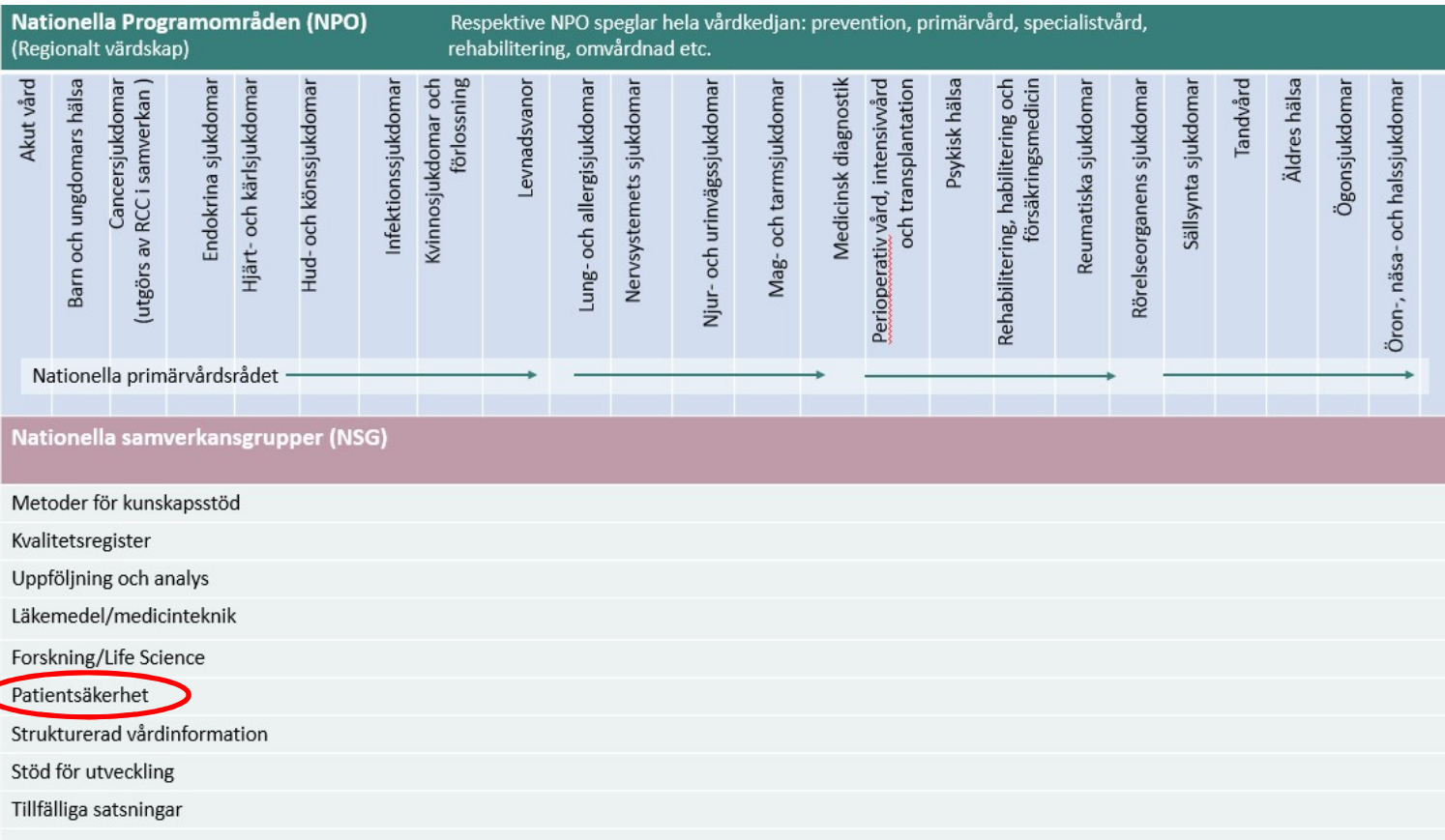
NSG patientsäkerhet 240515

Var finns och verkar NSG Patientsäkerhet?

- Kunskapsstyrningssystemet
 - Överenskommelse mellan samtliga regioner
 - Samarbete med kommunerna
 - Stöd från SKR
 - Partnerskap med myndigheter
 - Samverkan med patient- och professionsföreningar



Kunskapsstyrningssystemet



MÅL – Jämlig vård.
Bästa möjliga kunskap tillgänglig och enkel att använda, vid varje patientmöte



NSG Patientsäkerhet

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Kunskapsstyrningens struktur/organisation



Samverkan med kommunerna



- 1(2) kommunrepresentanter med i NSG Patientsäkerhet
- Kommunal representant i flera NAG:ar
- Några RSG patientsäkerhet har kommunrepresentant(er)
- Många LSG (eller motsvarande) har kommunal representation

Avsiktsförklaring - gemensam inriktning för kunskapsstyrning i sjukvården

Överenskommelse mellan SKR och staten

- En gemensam och långsiktig målbild
 - Patienten ska erbjudas bästa möjliga hälso- och sjukvård
- En sammanhållen kunskapsstyrningskedja med tydlig ansvarsfördelning
 - Gemensam planering, samverkan mellan kunskapsstyrningen och myndigheter, prioritering av frågor och behov
- Fokus på implementering av kunskapsstöd
- Ändamålsenlig uppföljning och analys
- Årlig uppföljning
 - Årligen till Socialdepartementet och SKR:s styrelse



På gång NSG patientsäkerhet



- Gemensam planeringsdag 21/5 NSG PS + Socialstyrelsen + LÖF
 - Fortsatt arbete utifrån genomförd kartläggning 2023
- LÖF adjungerade till NSG patientsäkerhet
- Planering nationell patientsäkerhetsdag
- Bearbetning av inkomna remissvar "Vägledning Patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet"
- Uppdaterad uppdragsbeskrivning till NAG Vårdhygien
- Vården i Siffror

MJG som metod för att hitta vårdskador

Urban Nylén och Anne Lybeck

Socialstyrelsen

2024-05-15

Vad är en vårdskada?

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som **hade kunnat undvikas** om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakt med hälso- och sjukvården

Patientsäkerhetslagen 2010:659

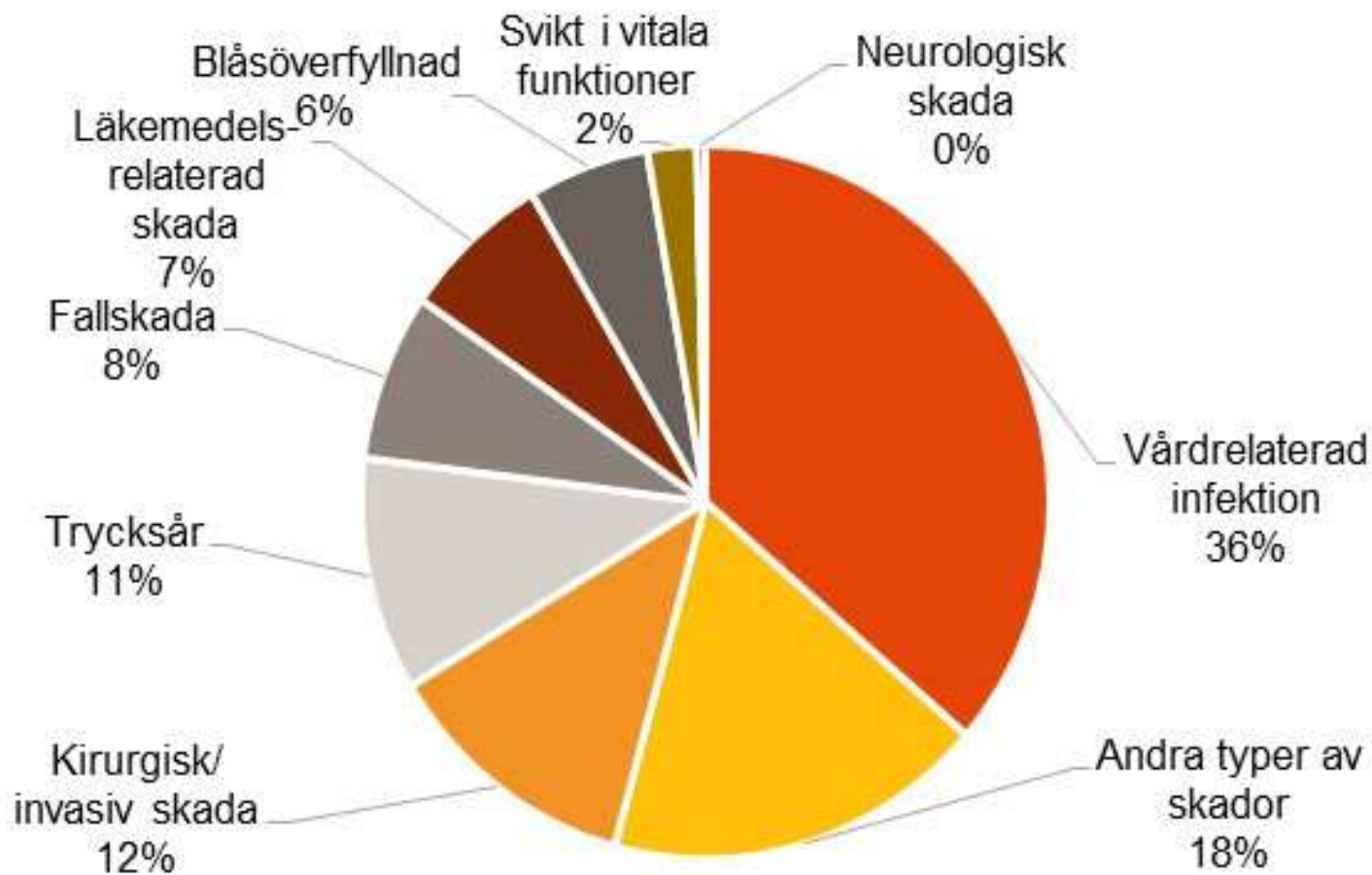
MJG – Varför?

- Enda sättet att systematiskt identifiera vårdskador
- Skador och kvalitetsbrister identifieras
- Utmaning av "komplikation" och "känd biverkan"
- Patientperspektiv på vården
- Överblick – förbättrings- och riskförebyggande arbete
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete och egenkontroll

Markörbaserad journalgranskning (MJG) i Sverige

- Global Trigger Tool (GTT) internationellt
- Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2011-14
- Utveckling av MJG i Sverige
- Nationell granskning i somatisk sjukhusvård sedan 2013
- Utveckling och granskning i vuxen- & rättspsykiatri sedan 2017
- Utveckling för barnsjukvård o hemsjukvård
- Utbildning för barn och ungdomspsykiatri sedan 2021 (SoS)

Skadetyper i somatisk sjukhusvård 2022



Källa:
Markörbaserad
journalgranskning
Skador i somatisk
vård 2013–2022
på nationell nivå
(SKR)

Medelvårdtid för vårdtillfällena utan skada, med skada respektive med vårdskada år 2015-2022



Källa: Markörbaserad journalgranskning – Skador i somatisk vård 2013–2022 på nationell nivå (SKR)

Andel vårdperioder med skador respektive vårdskador vuxenpsykiatri

År	Vårdperioder med skador	Vårdperioder med vårdskador
2017 (n=2 552)	17,2	8,0
2019 (n=4 073)	15,5	6,6
2020 (n=3 341)	11,4	4,6
2021 (n=3 633)	11,0	3,9
2022 (n=3 257)	9,8	2,1

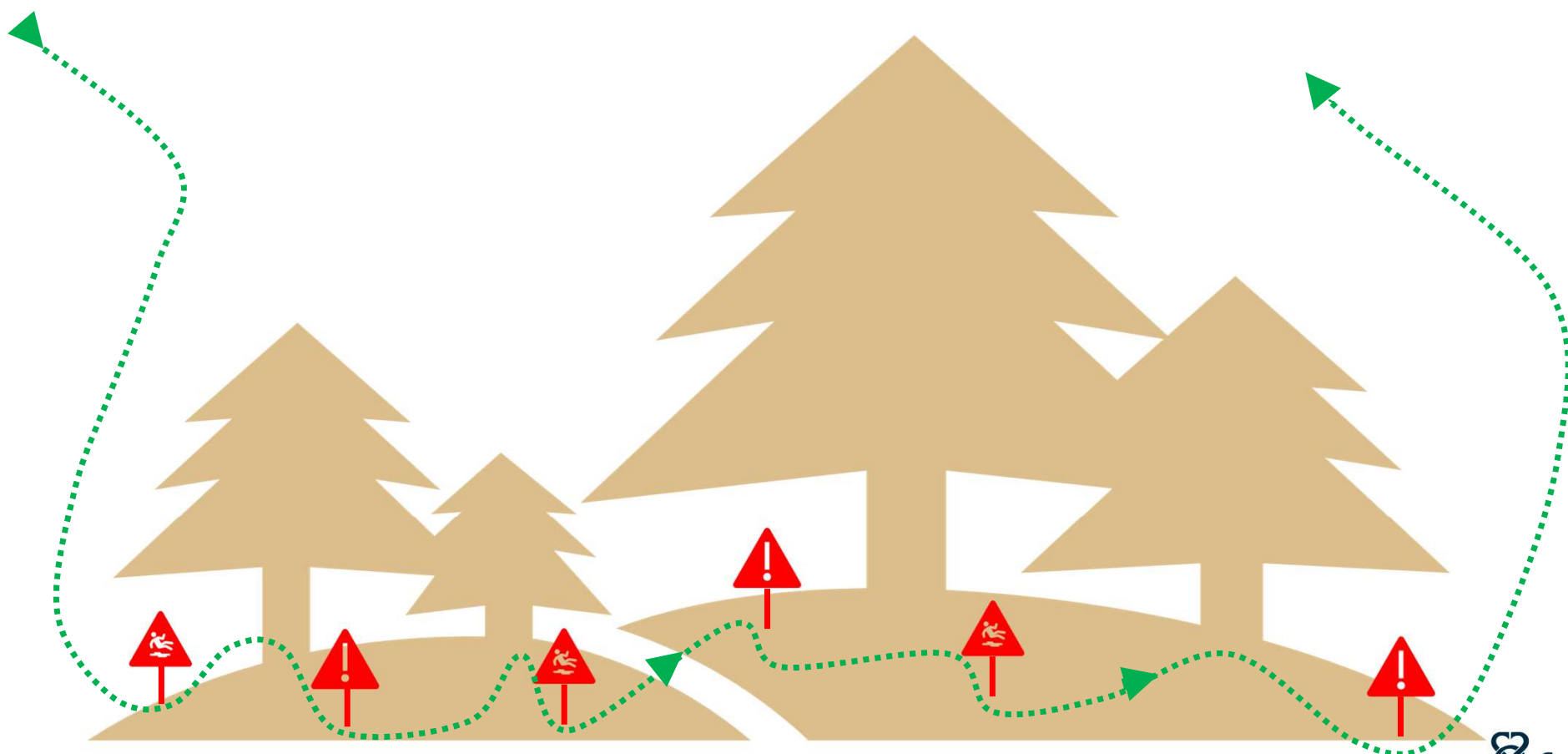
Källa: Markörbaserad journalgranskning 2022 - Skador inom psykiatrisk vård 2022 nationell nivå (SKR)

Hur går MJG till?

- Slumpmässigt urval journaler
- Systematisk retrospektiv analys av patientjournaler
- Sjuksköterska letar markörer i journalen
- Sjuksköterska och läkare i team bedömer
 - Skada?
 - Allvarlighet/konsekvens
 - Undvikbar?



Markörer är riskflaggor i terrängen



2024-05-15

MJG i hemsjukvården

2024-05-15

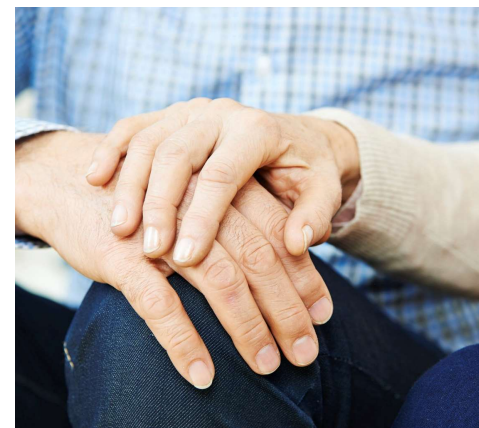
Varför MJG i hemsjukvård



- Andra förutsättningar för vård än på sjukhus
- Medicinsk och teknisk utveckling
 - avancerad sjukvård kan ges i hemmet
- Komplex vårdkedja med många olika aktörer
- Nationella handlingsplanen för patientsäkerhet
- Riksrevisionen rekommenderar Socialstyrelsen att utveckla uppföljningen av patientsäkerhet och vårdskador i vården och omsorgen om äldre

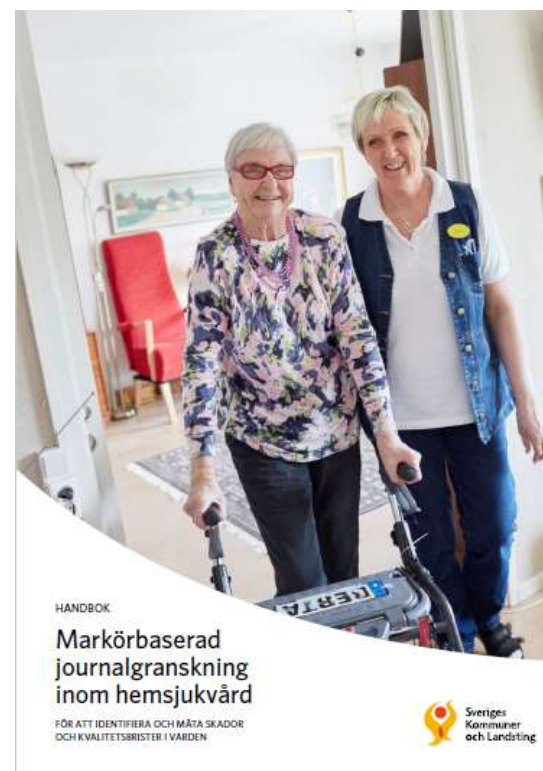
Patientsäkerhetsrisker i hemsjukvård

- Riskområden:
 - Läkemedelsbehandling, nutrition och munhälsa
 - Delegering, bemanning och kompetens
 - Informationsöverföring, kommunikation
 - Överflyttning mellan vårdenheter
 - Följsamhet till hygienrutiner och klädregler
 - Användning av medicinsk teknik



Aktuellt

- Vanliga skador: Fallskador, trycksår och vårdrelaterade infektioner
- Metodhandbok för hemsjukvård togs fram 2019
- Håller på att ta fram utbildningsmaterial



Tre utbildningsomgångar i höst

- I. 25 september och 10 oktober
- II. 15 oktober och 7 november
- III. 13 november och 25 november

- 2 gånger à tre timmar per deltagare

Anmälan skickas till anne.lybeck@socialstyrelsen.se

MJG i hemsjukvård – hur går det till?

- Retrospektiv journalgranskning: 3 månader bakåt
- 5-10 journaler per månad
- Markörsökning och bedömning
- Teamarbete
- Ca 5-8 timmar/månad sjuksköterska och 1-2 timmar/månad läkare
- Underlag för förebyggande arbete för att minska risken för vårdskador

Vinst / Kostnad

Vinst

- Minimera undvikbara skador
- Mätning över tid ger överblick
- Underlag för diskussion om patientsäkerhet
- Patientperspektiv på vården



Kostnad

- Tid för utbildning: 1 dag per person
- 5 -10 timmar/månad i granskningstid för hela teamet

Att fundera på

- Finns intresse? - tid för utbildning och journalgranskning?
- Hur kan läkare involveras i granskningsarbetet?

Läget för MJG

- Socialstyrelsen stödjer metoden - även fortsättningsvis
- Vi undersöker möjligheten att tillgängliggöra metodhandböckerna och utbilda
- Vi fortsätter utbilda granskningsteam inom BUP
- Nu startar vi MJG utbildning också inom hemsjukvård
- SKR publicerar i augusti resultat för 2023 inom somatisk sjukhusvård och psykiatri



MJG

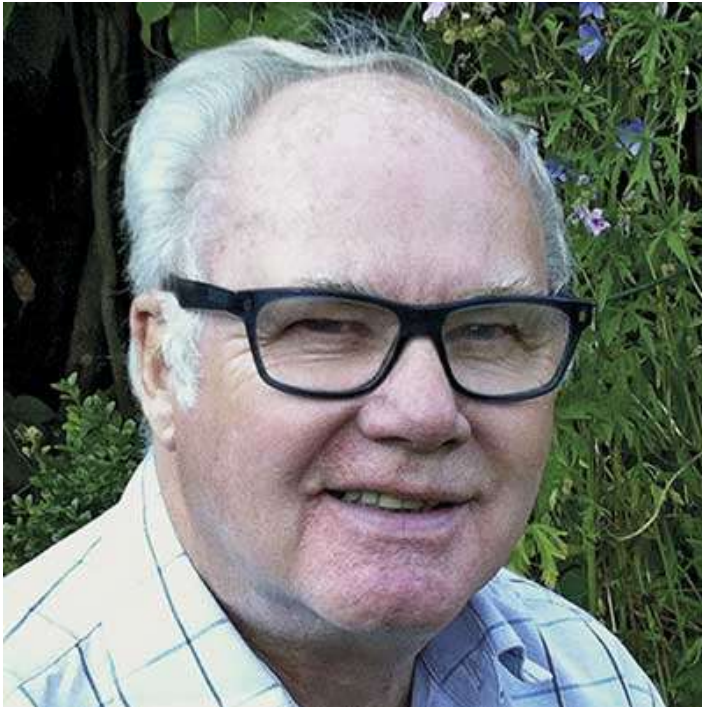
exempel på riktad analys

14 maj 2024

MJG i Östergötland

- Lång tradition
- Tidig ambition att sprida riktade granskningar som metod

Äras de som äras bör...



Rune Sjö Dahl, senior professor



Christer Andersson, tidigare chefläkare

Tidigare granskningar

ORIGINALSTUDIE

Mortalitet bland sjukhusvårdade tycktes inte öka under sommaren

Analys från Universitetssjukhuset i Linköping

Christer Andersson, med dr, f d chefläkare, Universitetssjukhuset, Linköping

christer.andersson@regionostergotland.se

Martin Magnusson, med dr, vårddirektör, Region Östergötland

Rune Sjädh, senior professor, institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet

 LÄS ARTIKEL SOM PDF

CITERAS SOM:

Läkartidningen. 2019;116:FMX6

Läkartidningen 24/2019

Lakartidningen.se 2019-06-11

 4 KOMMENTARER | KOMMENTERA



BMC GERIATRICS (APR 2021)

COVID-19 as the sole cause of death is uncommon in frail home healthcare individuals: a population-based study

Lena Nilsson, Christer Andersson, Rune Sjädh

AFFILIATIONS +

DOI

<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02176-z>

Journal volume & issue

Vol. 21, no. 1

pp. 1 - 7

Sommaren 2023

Dödsfall inom slutenvården Region
Östergötland sommaren 2023

Dödsfall inom 30 dagar efter sluten-
vård i Region Östergötland sommaren
2023

Uppdrag

Dels att analysera dödligheten under sjukhusvård, dels dödligheten 30 dagar efter sjukhusvård

Bakgrund

2 Bakgrund

En ansträngd platssituation på sjukhusen under sommartid skulle kunna medföra att patienter skrivs ut så tidigt att patientsäkerheten hotas. En journalgranskning har därför gjorts med avsikt

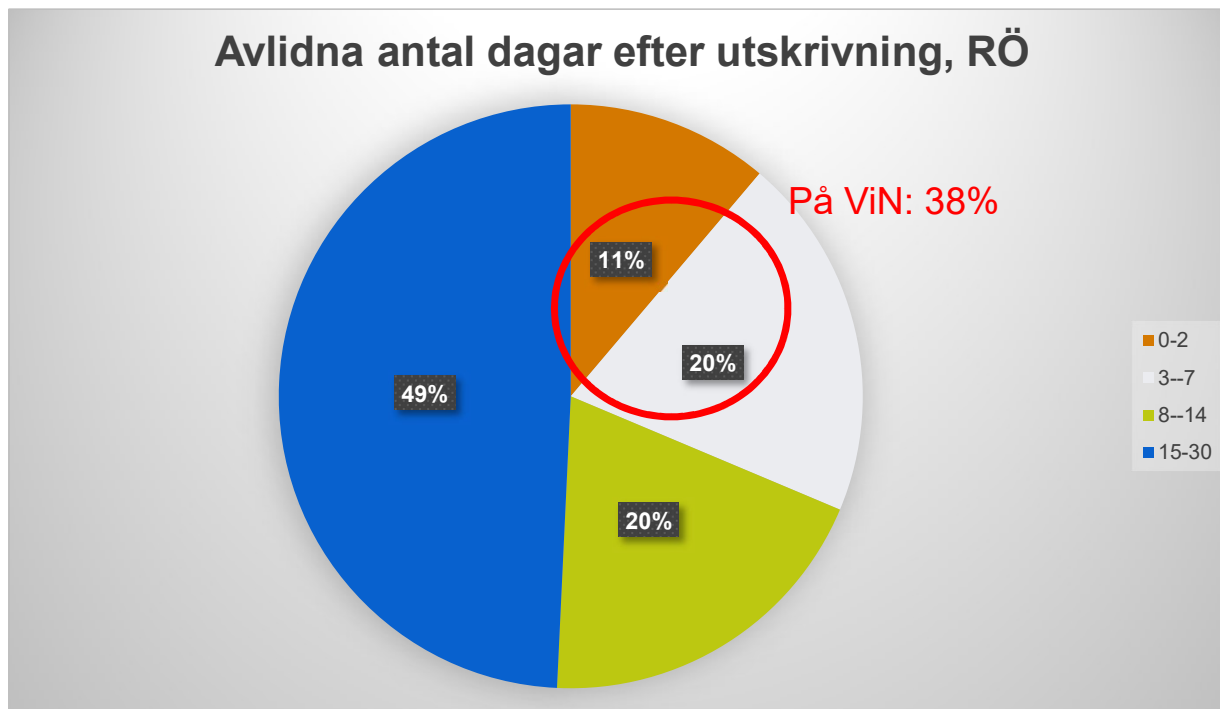
Sammanfattning, dödsfall i slutenvård

- Totalt kunde 17 vårdskador upptäckas hos 15 patienter, varav fyra var vårdrelaterad infektion. Åtta av vårdskadorna bedömdes vara sannolikt undvikbara eller undvikbara. Inget dödsfall bedömdes vara tydligt undvikbart men i två fall som sannolikt undvikbart vilket var i nivå med utfallet 2017 och 2018.
- Sammanfattningsvis kunde denna **genomgång inte påvisa några systematiska brister i patientsäkerheten** hos de 134 patienter som avled på sjukhusen i Östergötland under en 7-veckorsperiod sommaren 2023. Journalgranskningen visade att inga undvikbara dödsfall förekom medan två dödsfall sannolikt var undvikbara. Så många som 87 procent (n=117) av dödsfallen var inte undvikbara och 11 procent (n=15) sannolikt inte undvikbara

Sammanfattning dödsfall inom 30 dgr efter slutet vård

- Antalet personer som avled inom 30 dagar efter utskrivningen från sjukhuset kan tyckas vara högt i jämförelse med antalet som avled på sjukhus (81 jämfört med 134). Många avled en kort tid efter utskrivningen. Hälften av personerna avled inom två veckor, men då bör betonas att uppföljningen endast omfattar personer som avlidit inom 30 dagar efter utskrivningen. Hälften **av alla som avled hade en långt framskriden tumörsjukdom och föredrog att tillbringa sina sista dagar i hemmet** där man ofta fått tillgång till stödinsatser. Detta talar framför allt för att de var i slutet av sin levnad vilket även belyses av deras höga ålder och allvarliga skörhet. Det höga antalet dödsfall kan således inte användas som ett uttryck för att de skrivits ut för tidigt. Underlaget för bedömning av undvikbarheten av dödsfallet har varit sämre än för dem som avled på sjukhus eftersom tillgång saknas till journalhandlingar från boenden och att anteckningarna från dödsfall i eget hem är sparsamma. Trots denna begränsning är det lite som talar för att dödsfallen efter utskrivningen varit undvikbara, men det kan noteras att ett fall är under rättsmedicinsk utredning. **Skillnaden mellan US och ViN för dödsfall på sjukhuset och efter utskrivningen är svår att tolka och kräver en mer ingående analys**, vilket inte legat inom uppdraget. Man kan spekulera om det finns skillnader avseende eftervården som haft genomslag. Sammanfattningsvis ger denna journalgranskning inte något stöd för att patienterna skrivits ut från sjukhuset för tidigt eller att dödsfallen i denna sköra grupp kunnat undvikas

Avlidna antal dagar efter avslutat vårdtillfälle RÖ(n131)





Fokusområde patientsäkerhet 2024:

CLINICAL FRAILTY SCALE	
	1 VERY FIT People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2 FIT People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.
	3 MANAGING WELL People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4 LIVING WITH VERY MILD FRAILTY Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5 LIVING WITH MILD FRAILTY People who often have more evident slowing, and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.
	6 LIVING WITH MODERATE FRAILTY People who need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7 LIVING WITH SEVERE FRAILTY Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8 LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9 TERMINALLY ILL Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise living with severe frailty. (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.

Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2023/12/22/bmjqs-2023-016809?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_campaign=bmjqs&utm_content=latest&utm_term=26122023

In order to deliver care that meets individual patients' needs, health services must, first, be able to identify those with additional needs and, second, **be able to mobilise an appropriate response to these**

NYHETER

Stor ökning av hemvårdade patienter på Sahlgrenska universitetssjukhuset

Allt fler patienter vid Sahlgrenska universitetssjukhuset erbjuds specialistsjukvård i hemmet. Förra året ökade antalet personer som fått hembesök av sjukhusets närsjukvårdsteam med 56 procent.

Lisa Castilla

lisa.castilla@lakartidningen.se

Debatt

»Sjukhus i hemmet« är slutenvård och ska ägas av sjukhusen

januari 23, 2024

Vårdplatsbristen i Sverige är ett faktum, och en rapport visar att Sverige inom ett år måste tillhandahålla 15 procent fler slutenvårdsplatser för att möta behovet [1]. God och nära vård är ett mål för hälso- och sjukvården [2], och utgångspunkten är patientens behov. Hemsjukvård har identifierats som ett verktyg i denna

<https://lakartidningen.wordpress.com/2024/01/24/mobila-team-blir-permanenta-i-vastmanland-efter-goda-resultat/>

<https://lakartidningen.wordpress.com/2024/01/23/sjukhus-i-hemmet-ar-slutenvard-och-ska-agas-av-sjukhusen/>

https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/01/stor-okning-av-hemvardade-patienter-pa-sahlgrenska-universitetssjukhuset/?utm_source=Paloma&utm_medium=Newsletter&utm_campaign=B%c3%a4ttre+efterv%c3%a5rd+ett+utpekad+m%c3%a5l+i+Socialstyrelsens+nya+f%c3%b6rlossningsplan

PUBLICERAD:

Lakartidningen.se 2024-01-29

0 KOMMENTARER | KOMMENTERA



Nyheter

Mobila team blir permanenta i Västmanland efter goda resultat

januari 24, 2024

Antalet sjukhusinläggningar har halverats och vårddygnen har minskat med 60 procent för patienterna i Region Västmanlands mobila närvårdsteam. Nu blir arbetssättet permanent. »Teamen är

Reflektioner

- Allvarliga medicinska felbedömningar finns ej vid journalgranskning
- "Klumpig process" för en del patienter i livets slutskede, svårt för MJG att identifiera
- "LAH/ Hemsjukvård" har ett för snävt uppdrag/ resurs?
- SÄBO behöver bättre stöd kring medicinskt fattade beslut

Tack.

MJG TRAUMA

- Eva Karlsson -sjuksköterska akutsjukvård/analysledare
- Marianne Halvarsson - sjuksköterska IVA/analysledare



² MJG

Markörbaserad Journal Granskning

- för att mäta skador i vården



Inledning till MJG Trauma

- Under hösten 2022 har analysledare vid centrala patientsäkerhetsteamet genomfört markörbaserad journalgranskning (MJG) i syfte att identifiera vårdskador hos traumapatienter
- Journalgranskningen är en del i ett större projekt gällande traumakedjan i Region Västmanland



⁴Tillvägagångssätt och Urval

- Patientjournaler hämtades från Traumaregistret och analysledarna erhöll patient ID via en lista på papper. Delegering för uppdraget erhöles. ID-Listan återlämnades efter slutfört uppdrag
- 100 journaler granskades, tidsåtgång ca 15 minuter/journal (genomsnitt)
- Journalerna benämndes **T:1 - T:101**. Data fördes in i ett granskningsdokument på papper för varje journal samt i en granskningsmall med rubriker i enlighet med metod MJG. Resultatet är avidentifierat
- En patient exkluderades för granskning pga. skyddad identitet (T:27), men ersattes av en ny från registret (T:101)

Fakta från granskning

- Genusfördelning i urval: 23 kvinnor, 77 män
- 26 patienter av 100 överfördes till högre vårdnivå. Endast vårdtiden i egna regionen granskades
- Antal vårddagar har varierat mellan 2-194 dagar.

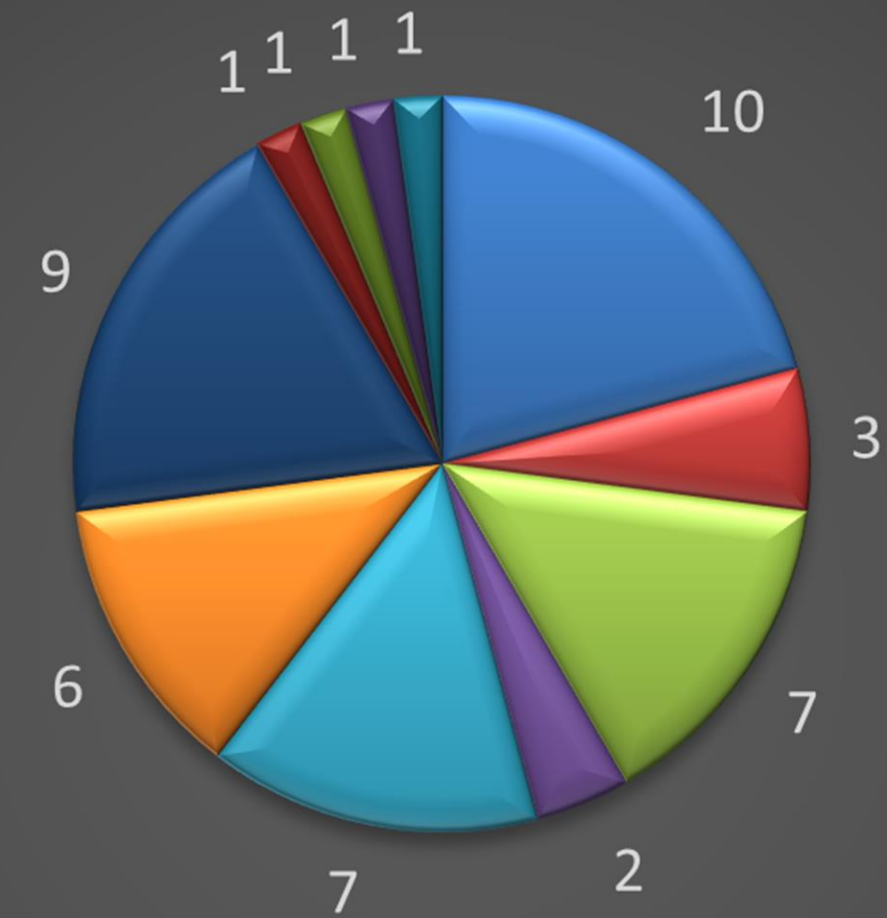


Resultat MJG Trauma

Fördelning av skador

- Fördelning av skador: 25 patienter av 100 hade skador. 17 av dessa 25 patienter hade en eller flera vårdskador.
- Antal skador = 48
varav vårdskador = 36
- Pneumoni, VAP, trycksår och UVI vanligaste skadorna
- 10 patienter hade >1 skada
- En patient hade 11 skador

Fördelning av skador



Trycksår

Hudskada

UVI

Postoperativ sårinfektion

VAP

Infektion övrig

Pneumoni

Blåsöverfyllnad

Trombos

Övriga skador

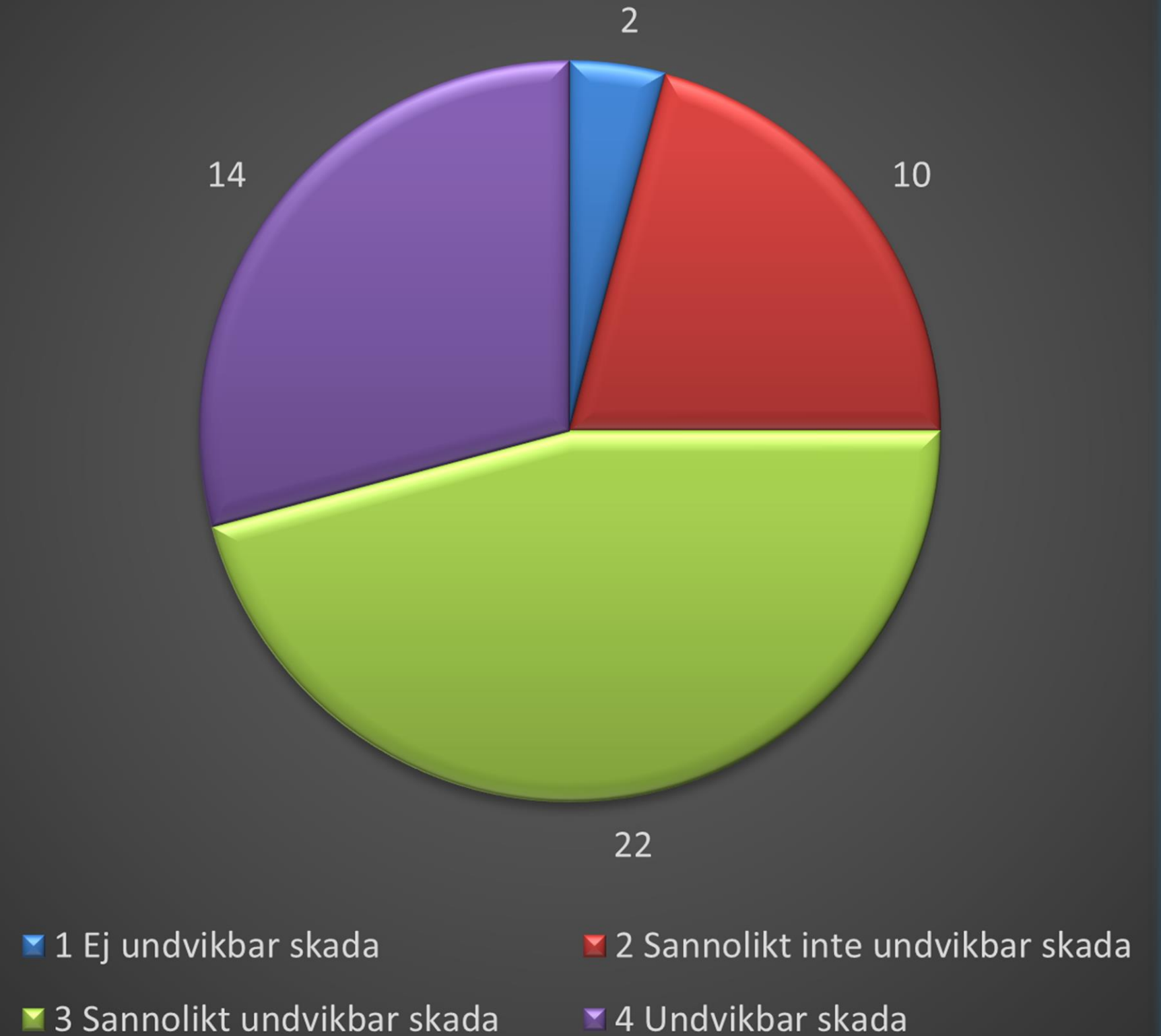
Svikt i vitala funktioner

Resultat MJG Trauma

Skadornas undvikbarhet

- 17 patienter hade undvikbara skador.
- Antal skador =48
- Vårdskador=36

Skadornas undvikbarhet



Resultat MJG Trauma

Skadornas allvarlighetsgrad

- 25 skador bedöms som kategori E
- 23 skador bedöms som kategori F

Kategori E: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd

Kategori F: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård



Reflektioner

- Alla patienter riskerar att få trycksår
- Viktigt med tidiga insatser för att motverka pneumoni
- Information/kontakt med närstående dokumenteras inte alltid
- Munvård viktigt för att motverka svamp
- Patienter med alkohol- eller annat substansbruk kan behöva erbjudas hjälp/stöd
- Kompetens/resurser för omhändertagande på vårdavdelning av vårdkrävande patienter saknas ibland



Fortsättning...

- Projekt traumakedjan pågår för att säkerställa en god vård för traumapatienter samt identifiera vilka utbildningsinsatser som behövs
- Styrgrupp/projektgrupp multiprofessionell för att tillgodose patientens hela vårdbehov samt det preventiva arbetet för att minska risken för de vårdskador som identifierats i granskningen



MJG NYHETSBRÄV 2024

Hej!

Vi vänder oss till alla MJG granskare inom somatisk och psykiatrisk vård.

Vi vill tacka er alla för insatserna med journalgranskningar 2023 och åren dessförinnan. Utan er skulle Sverige inte ha det kunskapsläge som vi har kring vårdskador inom den svenska sjukvården!

Som ni säkert känner till kommer Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) arbete med stöd för den nationella journalgranskningen nu avslutas. Även om alla granskningsteam inte haft möjlighet att granska vården under hela 2023 är det glädjande att journalgranskningen ändå har kunnat genomföras i så stor omfattning.

Det betyder att det finns underlag för att även för 2023 sammanställa resultaten i två rapporter. 2023 års somatik- och psykiatrirapporter kommer att publiceras i slutet av augusti.

- Både rapporterna med resultaten från granskning av vården 2023 och rapporter från tidigare år finns att ladda ned från SKR MJG Rapporter. [Rapporter och skrifter | SKR](#) (Ange markör i sökfältet så kommer rapporterna upp).
- Databasen är nu stängd för inrapportering av data men fram till 30 juni är det möjligt för varje sjukhus och region att ta ut egna data från databasen.
- Metodhandböckerna för MJG finns fram till sommaren att ladda ned från SKR [MJG Handböcker](#)

Ta vara på erfarenheten och fortsatt granska

Det är nu viktigt att ta vara på all den erfarenhet och kunskap som finns i granskningsteamerna och fortsätta med MJG lokalt och regionalt även om det fortsättningsvis inte är möjligt att samla resultaten nationellt. Kunskap om vilka vårdskador som inträffar och vilka konsekvenser de ger för patienterna är ett viktigt underlag för att förstå var risker finns i verksamheten och var åtgärder behövs för att minska risker och förhindra skador. Markörbaserad journalgranskning, MJG, är det enda verktyg i Sverige, som idag kan bidra till att vårdskador och skador systematiskt kan identifieras och mätas.

I flera regioner har det bestämts att den regelbundna journalgranskningen ska fortsätta inom både den psykiatriska och den somatiska vården. Förhoppningen är nu att den lokala och regionala journalgranskningen kommer att fortsätta i de flesta regioner så att resultaten kan bidra till patientsäkerhetsarbetet också i fortsättningen.

Mer information framöver

Socialstyrelsen undersöker nu hur arbetet med MJG kan stödjas framöver och kommer med mer information. Anmäl dig till sändlistan för information genom att skicka namn och e-postadress till anne.lybeck@socialstyrelsen.se. Ange "MJG info sändlista" på ämnesraden. Din mailadress kommer då att sparas i detta syfte.

Den nationella arbetsgruppen för MJG