

En rapport om

Patientsikkerhed

Rapportens formål er at fremme kundskabsbaseret patientsikkerhedsarbejde med patientens behov og nordisk merværdi i centrum, gennem at udvikle, udveksle og dokumentere erfaringer.

Tre bidrag til styrkelsen af patientsikkerhed

Obstetriske indikatorer
Struktureret journalgranskning
Patientsikkerhedskultur

Januar 2016

Arbejdsgruppe under Nordisk Ministerråd om patientsikkerhed

Bidragydere til rapporten:

Island, Sverige, Norge, Finland, Danmark, Færøerne og Grønland


STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

 **norden**

Indhold

INDHOLD	0
FORORD	3
RESUMÉ	4
1. ARBEJDSGRUPPERNES MANDAT	8
1.1 Baggrund	8
1.2 Mandat	8
1.3 Arbejdets organisering	8
2. ARBETET MED OBSTETRISKA INDIKATORER	10
2.1 Sammanfattning	10
2.2 Nordiska sakkunnigruppen	10
2.3 Forslag på nordiska indikatorer for kvalitet- og patientsikkerhed inden obstetrik på basis af tilgængelige registerdata	12
2.4 Slutsatser	31
2.5 Perspektiv, inklusive fra måtning till förbättring	31
2.6 Referenser	32
3. ARBETET MED STRUKTURERAD JOURNALGRANSKNING (GTT)	34
3.1 Introduktion	34
3.2 Syfte	35
3.3 Representanter i ekspertgruppen	35
3.4 Arbetsgång	35
3.5 Resultat	36
3.6 Från måtning till förbättring – Erfarenheter från Norge og Sverige	40
3.7 Slutsatser	43
3.8 Fortsättning	45
3.9 Referenser	46

4.	ARBEJDET MED PATIENTSIKKERHEDSKULTUR	48
4.1	Introduktion.....	48
4.2	Formål.....	50
4.3	Sammensætning af og repræsentation i ekspertgruppen.....	50
4.4	Ekspertgruppens arbejdsproces	52
4.5	Resultater	53
4.6	Fra måling til forbedring - Erfaringer fra Danmark, Finland, Norge og Sverige	63
4.7	Konklusion	64
4.8	Perspektiver	65
4.9	Referencer	65
5.	APPENDIKS - NORDISKE REFERENCER OM PATIENTSIKKERHEDSKULTUR.....	68

Forord

Vi har i de nordiske lande mange lighedspunkter i opbygningen af vores sundheds- og socialvæsen. Vi kan derfor med stor fordel dele vores viden og erfaringer for eksempel på sundhedsområdet og i fællesskab se på, hvordan vi kan gøre tingene bedre på udvalgte områder.

I 2012 blev der i regi af Nordisk Ministerråd nedsat tre arbejdsgrupper, der skulle se nærmere på forskellige aspekter af patientsikkerhed på tværs af de nordiske lande. Arbejdsgruppernes emner blev valgt på baggrund af landenes ønsker og prioriteter, og med mulighed for at det enkelte land kunne prioritere sin deltagelse. De tre arbejdsgrupper har fokuseret på obstetriske patientsikkerhedsindikatorer, struktureret journalgranskning og patientsikkerhedskulturmåling.

Nærværende rapport er resultatet af arbejdsgruppernes arbejde. Fællesnævneren for de tre grupper er udvikling af måleparametre og indikatorer, som kan anvendes i kortlægning og forbedring af patientsikkerheden, dels inden for obstetrikken, dels inden for sundhedsvæsenet generelt.

Formålet har været at fremme et vidensbaseret patientsikkerhedsarbejde med patientens behov og nordisk merværdi i centrum. Resultatet af gruppernes arbejde er først og fremmest tiltænkt de fora, som i de enkelte lande arbejder med patientsikkerhed. Det er vores håb, at rapporten kan anvendes i det praktiske arbejde med patientsikkerhed.

God læselyst!

Anne-Marie Vangsted
Direktør
Styrelsen for Patientsikkerhed

Resumé

Baggrund, formål og organisering

Patientsikkerhed er et prioriteret område i de nordiske lande, og med Nordisk Ministerråds støtte startede i 2007 et treårigt fællesnordisk samarbejde, der specifikt fokuserede på patientsikkerhed. Arbejdet var baseret på tidligere samarbejde inden for kvalitetsarbejdet. Dette var også støttet af ministerrådet. I 2010 udkom den afsluttende rapport fra arbejdet vedrørende måling af patientsikkerhed. Heri blev det anbefalet at fortsætte samarbejdet. På denne baggrund nedsatte Nordisk Ministerråd en ny arbejdsgruppe til at arbejde med specifikke aspekter af patientsikkerhed for perioden 2013 – 2015. Arbejdsgruppens mandat var at udveksle viden og læring landene imellem, specifikt skulle samarbejdet fokusere på:

1. obstetriske patientsikkerhedsindikatorer
2. struktureret journalgranskning (Global Trigger Tool)
3. patientsikkerhedskultur.

De nordiske lande udnævnte hver 1-2 eksperter til deltagelse i arbejdsgruppen, og der blev nedsat tre ekspertgrupper til at udmønte mandatet. Gruppen for obstetriske patientsikkerhedsindikatorer blev ledet af Finland ved Mika Gissler, Institutet för hälsa och välfärd. Gruppen for struktureret journalgranskning blev ledet af Sverige ved Hans Rutberg, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet og Sveriges Kommuner och Landsting. Gruppen for patientsikkerhedskultur blev ledet af Danmark ved Solvejg Kristensen, Databasernes Fællessekretariat og Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. Landene har selv valgt ekspertgruppemedlemmerne, ligesom landene har prioriteret forskelligt i forhold til aktiv deltagelse i de tre grupper.

Alle tre grupper har arbejdet på et sæt specifikke formål inden for deres område. Arbejdet er sket via face to face møde, telefonkonferencer og mailkorrespondance. Grupperne for Global Trigger Tool og patientsikkerhedskultur afholdt sammen en to dages workshop i september 2015 med henblik på at kvalificere arbejdet i hver af de to grupper og komme fællestemaet "Fra måling til forbedring" nærmere. Der deltog i alt 30 inviterede eksperter i workshoppen, der blev afholdt i Oslo.

Obstetriske patientsikkerhedsindikatorer

Der er udviklet mange indikatorer til at måle kvalitet og patientsikkerhed inden for obstetrik. Der er for nuværende ingen universelt accepteret liste over relevante obstetriske indikatorer, der kan anvendes i alle lande og i forskellige sundhedssystemer. Forskere og eksperter har forskellige opfattelser af, hvilke patientsikkerheds- og kvalitetsindikatorer, der bedst måler på sundhedsfaglige ydelser i forbindelse med fødsler. Der mangler fælles grundlæggende definitioner og terminologi.

Det er således vanskeligt at opnå pålidelige data på tværs af sundhedssystemer om sjældne begivenheder. Derfor efterspørges fælles nordiske indikatorer baseret på fælles definitioner, terminologi og indikatoralgoritmer til at stimulere overvågning af kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser og til gensidig læring og sparring i forbindelse med implementering af forbedringsinitiativer.

Ekspertgruppen anbefaler regelmæssig indsamling af følgende indikatorer for kvalitet og patient-sikkerhed:

Proces- og strukturindikatorer: ikke planlagte fødsler uden for hospitalerne; kejsersnit under general anæstesi; andelen af kvinder, der fik blodtransfusion; tredje eller fjerde grads bristninger; akut indlæggelse grundet obstetriske årsager inden for 30 dage efter fødsel; og andelen af børn hvor navlestrengs-pH måles

Resultatindikatorer for mødre: mødre dødelighed, fjernelse af livmoderen lige efter fødslen, bristning af livmoderen under fødslen; og blødning under fødslen med koagulationsforstyrrelser.

Resultatindikatorer nyfødte: perinatal dødelighed, arteriel navlestrengs pH <7,05, Apgar score på 0-6 ved 5 minutter efter fødsel; Apgar score på 0-3 ved 5 minutter efter fødsel, og en samlet værdi af lav arteriel navlestrengs pH og Apgar score på 0-6 ved 5 minutter efter fødsel.

Gruppen foreslår, at NOMESKO (Nordisk Medicinalstatistisk Komite) indsamler og offentliggør disse indikatorer årligt i samarbejde med NOMBIR (samarbetsorganet för nordiska födelseregister). Ekspertgruppen anbefaler også udviklingen af indikatorer for neonatal pleje.

Struktureret journalgranskning (Global Trigger Tool)

Grundlaget for forbedring er at identificere uønskede hændelser, klarlægge deres årsag, træffe forebyggende foranstaltninger og vurdere deres effekt. Struktureret journalgranskning indebærer at man systematisk gennemgår patientjournaler ved hjælp af foruddefinerede triggere, for at kategorisere og kvantificere skade som patienterne har pådraget sig. Den mest udbredte metode til struktureret journalgranskning i de nordiske lande er Global Trigger Tool (GTT). GTT-metoden er oversat til dansk, norsk og svensk. I årene 2007-2010 pågik et nordisk samarbejde om GTT på initiativ af Nordisk Ministerråd. Dette samarbejde fremmede brugen af GTT, især i Norge og Sverige, hvor metoden anvendes integreret i nationale initiativer til forbedring af patientsikkerheden.

Ekspertgruppen har arbejdet med fire specifikke formål, og den konkluderer og anbefaler følgende:

1. GTT-metoden anvendes bedst i den enkelte klinik som grundlag for forbedringsarbejdet
2. Med hensyn til årsagerne til variationen i forekomsten af personskader mellem sygehuse, er det fundet, at en lang række faktorer påvirker forekomsten af personskader. Antallet af personskader stiger med alderen af patienterne, skader opstår oftere i kirurgiske end i medicinske aktiviteter, skader er mere almindelige på universitetshospitaler (Sverige) og små landlige sygehuse (Norge) end på amtslige/regionale sygehuse. Forskelle i forekomsten af skader kan også være forårsaget af forskellig vurdering af journalerne og forskellig journalføringspraksis. Dette gælder især dokumentation af kvaliteten af mindre skader, som min-

dre tryksår og milde infektioner. Både norske og svenske resultater viser, at der ikke er sæsonvariation i skaderne.

3. Med hensyn til om GTT metoden kan anvendes til internationale sammenligninger, viser de norske og svenske resultater, at struktureret journalgranskning kan bruges til internationale sammenligninger af patientsikkerhed. De nationale resultater fra Norge og Sverige viser, at andelen af indlæggelser med skader var stort set den samme, fordelingen af sværhedsgraden af skaderne var ligeså sammenlignelig. De norske og svenske resultater taler for at struktureret journalgranskning også kan bruges til at måle effekten af de nationale initiativer til at forbedre patientsikkerheden.
4. Metoden skal udvikles og tilpasses yderligere til nordiske forhold forud for en fælles nordisk skadesklassifikation, hvilket er muligt at gøre. Imidlertid kan enhver ændring i metoden påvirke resultaterne. Da Norge følge udviklingen i skader over tid er det vanskeligt at ændre i GTT metoden for nuværende.

Patientsikkerhedskultur

Patientsikkerhedskultur repræsenterer sundhedsprofessionelles delte antagelser, værdier, attituder og adfærd i forhold til patienternes sikkerhed i sundhedsvæsnet. Der er dokumenteret en sammenhæng mellem en positiv udvikling af patientsikkerhedsklimaet og en reduktion af specifikke patientsikkerhedsproblemer, hvorfor patientsikkerhedskultur er et emne, som politikere, administratorer, kvalitetskonsulenter og ledere i sundhedsvæsnet, samt frontlinje personale tillægger mere og mere betydning og arbejder mere og mere med som en løftestang til en sikker daglig praksis.

I Norden er det i dag anerkendt, at hvor mennesker arbejder sammen om komplekse og risikofyldte opgaver, som kan have konsekvenser for andre mennesker, eksisterer der en sikkerhedskultur. I Norge og Sverige er overvågning af kvaliteten af patientsikkerhedskulturen en integreret del af nationale tiltag, mens et tilsvarende arbejde i Danmark, Finland og Island har sin oprindelse på klinisk niveau.

Ekspertgruppen har arbejdet med fem specifikke formål, og den konkluderer og anbefaler følgende:

1. Patientsikkerhedskulturinstrumenter til anvendelse på hospitaler er hyppigst oversat/udviklet, valideret og anvendt i forhold til instrumenter til brug i primær sektor. Patientsikkerhedskulturspørgeskemaer er hyppigere end kvalitative metoder. De hyppigst oversatte/udviklede, validerede og anvendte spørgeskemaer er: Safety Attitude Questionnaire og Hospital Survey on Patient Safety Culture.
2. En lang række "Tips og Tricks" i forbindelse med planlægning, gennemførelse samt afrapportering af patientsikkerhedskulturmålinger og opfølgende forbedringsinitiativer er beskrevet. Listen af "Tips og Tricks" er ikke udtømmende, dog er det et gennemgående tema, at patientsikkerhedskulturmålinger kræver at ledelserne anerkender deres rolle i forbindelse med at skabe patientsikkerhedskulturen. Ledelserne bør kende kulturen inden for deres ledelsesområde, vide hvornår, der er behov for forbedringsinitiativer, og hvordan de iværk-

- sættes. Det anses tillige for essentielt, at ledelsen aktivt støtter, er engageret og involveret i patientsikkerhedskulturen.
3. Kontekstfaktorer med indflydelse på måling af patientsikkerhedskultur er beskrevet i en videnskabelig artikel, som ved denne rapport afslutning er i peer-review proces.
 4. Et lille udsnit af undersøgelser med fokus på forbedring af patientsikkerhedskultur er beskrevet. De kan anvendes som grundlag for inspiration og planlægning af lignende initiativer.
 5. Ekspertgruppen har stillet forslag om otte nye dimensioner af patientsikkerhedskultur. Det anbefales at anvendelse af disse uddybes yderligere.

Ekspertgruppens erfaringsudveksling har været givende for arbejdet med patientsikkerhedskultur i de respektive nordiske lande. Patientsikkerhedskultur er et område med udviklingsperspektiver, det gælder både i forhold til validering af instrumenter, udbredelsen af måle- og forbedringsaktiviteter til primær sektor og undersøgelse af associationen mellem patientsikkerhedskultur og kliniske effektmål. Der bør arbejdes videre med disse udfordringer i Nordisk regi. Ligesom det anbefales, at der gennemføres nordiske undersøgelser af ledelsens rolle i forbindelse med patientsikkerhedskultur. De nationale programmer i Norge og Sverige, inkluderer måling og forbedring af patientsikkerhedskultur, og disse har fungeret som en løftestang for at skabe bevidsthed om kulturens betydning for patientsikkerheden og forbedring af kulturen over tid; lignende nationale tiltag i de øvrige nordiske lande kan anbefales.

1. Arbejdsgruppernes mandat

1.1 Baggrund

Patientsikkerhed er et prioriteret område i de nordiske lande, og med Nordisk Ministerråds støtte startede i 2007 et treårigt fællesnordisk samarbejde, der specifikt fokuserede på patientsikkerhed. Arbejdet var baseret på tidligere samarbejde inden for kvalitetsarbejdet. Dette var også støttet af ministerrådet.

I 2010 udkom den afsluttende rapport fra arbejdet vedrørende måling af patientsikkerhed, heri blev det anbefalet at fortsætte samarbejdet. På denne baggrund nedsatte Nordisk Ministerråd en ny arbejdsgruppe til at arbejde med specifikke aspekter af patientsikkerhed for perioden 2013 – 2015.

1.2 Mandat

Arbejdsgruppens mandat var at udveksle viden og læring landene imellem, specifikt skulle samarbejdet fokusere på:

1. obstetriske patientsikkerhedsindikatorer
2. struktureret journalgranskning (Global Trigger Tool)
3. patientsikkerhedskultur.

De konkrete formål for hvert af de tre områder er specificeret i de respektive kapitler, der afrapporterer arbejdet nedenfor.

1.3 Arbejdets organisering

De nordiske lande udnævnte hver 1-2 eksperter til deltagelse i arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen blev ledet af det land, der havde formandskabet i Nordisk Ministerråd. Arbejdsgruppens sammensætning ses i tabel 1.1 nedenfor. Arbejdsgruppemedlemmerne har mødtes i alt 4 gange og afholdt et antal telefonkonferencer for at koordinere arbejdet mellem ekspertgrupperne, samt opdatere hinanden på arbejdet med patientsikkerhed og udveksle erfaringer med patientsikkerhedsarbejdet.

Tabel 1.1 Arbejdsgruppens sammensætning

Danmark	
Jan Mainz	Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien og Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Paul Bartels	Databasernes Fællessekretariat og Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Finland	
Mika Gissler	Institutet för hälsa och välfärd
Petri Volmanen	Institutet för hälsa och välfärd
Pia Maria Jonsson	Institutet för hälsa och välfärd
Island	
Leifur Bardarson	Medicinal direktoratet
Norge	
Oystein Flesland	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Anne Karin Lindahl	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Universitetet i Oslo
Sverige	
Michael Soop	Socialstyrelsen
Eva Estling	Sveriges Kommuner och Landsting

Arbejdsgruppemedlemmerne fordelte ledelsen af de tre ekspertgrupper mellem sig, og hvert land udnævnte 1-3 eksperter til ekspertgrupperne.

Gruppen for obstetriske patientsikkerhedsindikatorer blev ledet af Finland ved Mika Gissler, Institutet för hälsa och välfärd. Gruppen for struktureret journalgranskning blev ledet af Sverige ved Hans Rutberg, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet og Sveriges Kommuner och Landsting. Gruppen for patientsikkerhedskultur blev ledet af Danmark ved Solvejg Kristensen, Databasernes Fællessekretariat og Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. Medlemmerne af de tre ekspertgrupper er specificeret i de respektive kapitler, der afrapporterer arbejdet nedenfor.

2. Arbetet med obstetriska indikatorer

2.1 Sammanfattning

Många indikatorer har utvecklats för att mäta kvalitet och patientsäkerhet inom förlossningsvården. Det finns idag ingen allmänt vedertagen lista över lämpliga indikatorer som skulle kunna användas i alla länder och i olika system. Forskare och sakkunniga har olika uppfattningar om vilka indikatorer som bäst mäter förlossningsverksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Problemen med de befintliga kvalitetsindikatorerna för förlossningsvården är bristen på exakta definitioner och gemensam terminologi samt svårigheter att få tillförlitlig data om sällsynta händelser, såsom dödsfall bland föderskor och allvarliga komplikationer relaterade till förlossning.

Det nordiska samarbetet för att utveckla och förbättra indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet är mycket viktigt. Gemensamma indikatorer på nordisk nivå, skulle möjliggöra både nationella och internationella jämförelser. Detta kan stimulera till åtgärder för att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten inom förlossningsvården.

Den nordiska expertgruppen med representanter för fem nordiska länder rekommenderar regelbunden insamling av följande indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet:

1. Process- och strukturella indikatorer: oplanerade förlossningar utanför sjukhus, kejsarsnitt under generell anestesi, andelen kvinnor som fått blodtransfusion, bristningar av tredje eller fjärde graden, akut återinläggning på vårdavdelning på grund av obstetriska orsaker inom 30 dygn efter förlossningen och andelen barn på vilka navelsträngsartärens pH har uppmätts.
2. Utfallsindikatorer för mödrar: mödradödlighet, avlägsnande av livmodern i anslutning till förlossning, bristningar i livmoderväggen under förlossning och blödning i samband med förlossning med koagulationsstörning.
3. Utfallsindikatorer för nyfödda: perinatal dödlighet, navelsträngsartär pH < 7,05, Apgar-poäng 0–6 vid 5 minuters ålder, Apgar-poäng 0–3 vid 5 minuters ålder samt ett kombinerat värde på lågt pH i navelsträngsartär och Apgar-poäng 0–6 vid 5 minuters ålder.

Gruppen föreslår att Nomesko (Nordiska medicinalstatistiska kommittén) samlar in och publicerar dessa indikatorer årligen i samarbete med NOMBIR (samarbetsorganet för nordiska födelseregister).

Expertgruppen rekommenderar också att det utvecklas indikatorer för neonatal vård. Gruppen föreslår att indikatorer, som t.ex. respiratorvård och andel barn med låga Apgar-poäng som fått hypotermibehandling utvecklas tillsammans med neonatologer.

2.2 Nordiska sakkunniggruppen

Arbetet med obstetriska indikatorer har skett under ledning av forskningsprofessor Mika Gissler och överläkare Petri Volmanen (Institutet för hälsa och välfärd THL). Litteraturoversikten gjordes

av barnmorskan Sirpa Manninen som en del av hennes magisterstudier i hälsovetenskap vid Tammerfors universitet. En längre version av rapporten har publicerats tidigare på engelska (1).

Fem nordiska länder deltog i arbetet. Sakkunniggruppen ordnade ett möte i Helsingfors den 26 maj 2014 och en telefonkonferens den 13 mars 2015.

Följande personer deltog i sakkunniggruppen:

Danmark:

- Paul D. Bartels, De Kliniske Kvalitetsdatabaser (RKKP)
- Ulrik Schiøler Kesmodel, Aarhus Universitetshospital, Herlev Universitetshospital, Aarhus Universitet, Københavns Universitet
- Jens Langhoff-Roos, Rigshospitalet, Köpenhamn

Finland:

- Mika Gissler, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors
- Sirpa Manninen, Tammerfors universitet
- Anna-Maija Tapper, Helsingfors universitet och HNS Hyvinge sjukhus
- Petri Volmanen, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors

Island

- Ragnheiður Inga Bjarnadóttir, Nationella universitetssjukhuset, Reykjavík

Norge

- Bjørn Backe, St Olavs hospital, Trondheim
- Kari Klungøy, Nationell folkhälsoinstitut, Medicinsk födelseregister, Bergen
- Svein Rasmussen, Haukelands universitetssjukhus

Sverige

- Charlotta Grunewald, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
- Karin Gottvall, Socialstyrelsen, Stockholm
- Olof Stephansson, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Expertgruppen föreslog preliminära indikatorer i maj 2014 efter en grundlig diskussion om litteraturoversikten och de befintliga indikatorerna och deras lämplighet. Dessa testades med hjälp av befintliga ordinära datakällor, främst från nationella register över mödrar och nyfödda från åren 2008–2012. Följande förslag lämnades på basis av testningen.

2.3 Förslag på nordiska indikatorer för kvalitet- och patientsäkerhet inom obstetrik på basis av tillgängliga registerdata

De valda indikatorerna indelas i tre grupper:

1. Processuella och strukturella indikatorer
2. Utfallsindikatorer för mödrahälsovård och förlossning
3. Utfallsindikatorer för vård av nyfödda.

De valda indikatorerna i varje grupp visas med data från fem nordiska länder. Endast indikatorer som mäter patientsäkerheten och kvaliteten har tagits med. Till slut beaktades även den nuvarande och den framtida tillgången på indikatorer i de nationella hälsodata registren. I princip borde de föreslagna indikatorerna vara tillgängliga redan nu eller inom en snar framtid i åtminstone tre av de fem nordiska länderna så att de kan införas i indikatorslistan.

Processuella och strukturella indikatorer

Oplanerade födslar utanför sjukhus

Syfte: Att mäta vårdens funktion och kvalitet avseende, centralisering av födslar, tillgång och distans till förlossningssjukvård, koordination av resurser, platstillgång och transport på väg till sjukhus samt kvaliteten på informationen till föderskor.

Definition: Antalet förlossningar utanför sjukhus, inklusive förlossningar under transport, per 1 000 födslar. Planerade förlossningar i hemmet och missfall ingår inte.

- Täljare: Oplanerade förlossningar utanför sjukhus. ICD-10-kod: Z38.1.
- Nämnare: Alla förlossningar (per kvinnor).

Notat:

- I Sverige anses diagnoskoden (Z38.1 vara underrapporterad eftersom flertalet förlossningar som sker oplanerat utanför eller på väg till sjukhus oftast avslutas och journalförs på ett sjukhus).

Tabell 1: Oplanerade födslar utanför sjukhus

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Oplanerade	Totalt	Oplanerade	Totalt	Oplanerade	Totalt	Oplanerade	Totalt	Oplanerade	Totalt
2008	11	63 272	126	58 925	..	4 783	377	60 368	149	106 679
2009	9	61 127	139	59 918	..	4 939	376	61 884	152	107 809
2010	11	61 645	138	60 422	..	4 834	393	61 542	173	113 339
2011	41	57 293	143	59 385	1	4 480	311	60 318	153	108 212
2012	52	56 206	126	59 038	3	4 517	327	60 319	159	108 312
Per 1 000										
2008	0,2		2,1		..		6,2		1,4	
2009	0,1		2,3		..		6,1		1,4	
2010	0,2		2,3		..		6,4		1,5	
2011	0,7		2,4		0,2		5,2		1,4	
2012	0,9		2,1		0,7		5,4		1,5	

Kejsarsnitt under generell anestesi

Syfte: Att beskriva klinisk praxis för kejsarsnitt.

Definition: Antalet kejsarsnitt under generell anestesi per 100 kejsarsnitt. Vaginala förlossningar ingår inte.

- Täljare: Kejsarsnitt under allmän anestesi. NCSP-koder: WX400, WX404, WX408, WX419.
- Nämnare: Alla kejsarsnitt (per kvinnor).

Notat:

- Finska tal har hämtats från patientregistret och de verkar inte jämförbara med data från andra länder.

Tabell 2: Kejsarsnitt under generell anestesi

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Allmän anestesi	Kejsarsnitt	Allmän anestesi	Kejsarsnitt	Allmän anestesi	Kejsarsnitt	Allmän anestesi	Kejsarsnitt	Allmän anestesi	Kejsarsnitt
2008	685	13 586	114	9 821	87	784	1 264	10 057	2 678	18 307
2009	765	13 537	118	9 526	104	813	1 205	10 155	2 506	18 827
2010	773	13 339	490	9 860	81	704	1 186	10 189	2 647	19 203
2011	759	12 285	383	9 715	90	661	1 095	9 955	2 548	18 360
2012	843	12 023	377	9 647	71	685	1 110	9 789	2 436	18 455
Per 100										
2008	5,0		1,2		11,1		12,6		14,6	
2009	5,7		1,2		12,8		11,9		13,3	
2010	5,8		5,0		11,5		11,6		13,8	
2011	6,2		3,9		13,6		11,0		13,9	
2012	7,0		3,9		10,4		11,3		13,2	

Andel föderskor som har fått åtminstone en blodtransfusion (alla föderskor)

Syfte: Indikatorn används som mått på blodförlust som är en allvarlig obstetrisk komplikation.

Definition: Antal föderskor som får blod under förlossningen per 100 förlossningar separat för kejsarsnitt och vaginala förlossningar.

- Täljare: Blodtransfusion under förlossning (per kvinnor).
- Nämnare: Alla förlossningar (per kvinnor).

Notat:

- Denna indikator borde ersättas med en som mäter mängden blodförlust när denna information insamlas i alla länder. Definitionen av massiv blodförlust borde fastställas innan indikatorn kan användas.

Tabell 3: Andel föderskor som har fått åtminstone en blodtransfusion

Kejsar- snitt	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Transfu- sioner	Kejsar- snitt	Transfu- sioner	Kejsar- snitt	Transfu- sioner	Kejsar- snitt	Transfu- sioner	Kejsar- snitt	Transfu- sioner	Kejsar- snitt
2008	102	13 586	404	9 821	25	784	326	10 057	377	18 307
2009	113	13 537	397	9 526	31	813	320	10 155	389	18 827
2010	128	13 339	395	9 860	17	704	337	10 189	453	19 203
2011	115	12 285	385	9 715	33	661	369	9 955	447	18 360
2012	98	12 023	388	9 647	21	685	451	9 789	312	18 455

Per 100

2008	0,8		4,1		3,1		3,2		2,1	
2009	0,8		4,2		3,8		3,2		2,1	
2010	1,0		4,0		2,4		3,3		2,4	
2011	0,9		4,0		4,9		3,7		2,4	
2012	0,8		4,0		3,1		4,6		1,7	

**Vaginala för-
lossningar**

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Transfusi- oner	Vaginala födslar	Transfu- sioner	Vaginala födslar	Transfu- sioner	Vaginala födslar	Transfu- sioner	Vaginala födslar	Transfu- sioner	Vaginala födslar
2008	378	49 686	932	49 102	47	3 999	811	50 311	789	88 372
2009	426	47 590	992	50 397	49	4 126	755	51 729	819	88 982
2010	421	48 306	977	50 576	40	4 130	920	51 353	970	94 136
2011	385	45 007	1 016	49 678	74	3 760	879	50 363	971	89 852
2012	355	44 183	1 063	49 401	68	3 765	1 096	50 530	651	89 857

Per 100

2008	0,8		1,9		1,2		1,6		0,9	
2009	0,9		2,0		1,2		1,5		0,9	
2010	0,9		1,9		1,0		1,8		1,0	
2011	0,9		2,0		2,0		1,7		1,1	
2012	0,8		2,2		1,8		2,2		0,7	

Tredje eller fjärde gradens perinealbristningar

Syfte: Att mäta vårdkvaliteten vid vaginala förlossningar.

Definition: Antalet tredje eller fjärde gradens perinealbristningar, separat för icke-instrumentella och instrumentella förlossningar (vakuumextraktor eller tång) per 100 vaginala förlossningar.

- Täljare: Tredje eller fjärde gradens perinealbristningar. ICD-10-koder: O70.2 eller O70.3.
- Nämnare: Antal vaginala förlossningar (per kvinnor).

Notat:

- Indikatorn insamlas av OECD som en kvalitetsindikator för hälsovården och av NOMBIR (det nordiska samarbetsorganet för födelseregister).

Tabell 4: Tredje eller fjärde gradens perinealbristningar

Med instrument	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar
2008	575	4 934	162	4 987	69	350	474	5 616	984	8 055
2009	510	4 647	178	5 115	65	354	513	5 831	911	7 993
2010	606	4 419	195	5 275	49	318	419	6 064	1 054	8 301
2011	537	4 110	175	5 109	46	323	369	6 000	976	7 673
2012	518	3 772	208	5 151	47	383	339	5 928	910	7 507
Per 100										
2008	11,7		3,2		19,7		8,4		12,2	
2009	11,0		3,5		18,4		8,8		11,4	
2010	13,7		3,7		15,4		6,9		12,7	
2011	13,1		3,4		14,2		6,2		12,7	
2012	13,7		4,0		12,3		5,7		12,1	

Utan instrument	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar
2008	666	44 752	275	44 138	164	3 656	842	44 696	1 943	80 317
2009	693	42 943	325	45 307	140	3 774	793	45 898	1 917	80 989
2010	760	43 887	339	45 327	153	3 820	742	45 289	2 209	85 835
2011	742	40 897	301	44 596	122	3 448	679	44 363	2 087	82 179
2012	758	40 411	392	44 283	100	3 397	719	44 602	2 105	82 350
Per 100										
2008	1,5		0,6		4,5		1,9		2,4	
2009	1,6		0,7		3,7		1,7		2,4	
2010	1,7		0,7		4,0		1,6		2,6	
2011	1,8		0,7		3,5		1,5		2,5	
2012	1,9		0,9		2,9		1,6		2,6	

Fjärde gradens perinealbristningar

Syfte: Att mäta vårdkvaliteten vid vaginala förlossningar.

Definition: Antalet fjärde gradens perinealbristningar, separat för icke-instrumentella och instrumentella förlossningar (vakuumextraktor eller tång) per 100 vaginala förlossningar.

- Täljare: Fjärde gradens perinealbristningar. ICD-10-kod: O70.3.
- Nämnare: Antal vaginala förlossningar (per kvinnor).

Notat:

- Data för Island och Norge blir tillgängliga snart.

Tabell 5: Fjärde gradens perinealbristningar

Med instrument	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar	Bristningar	Förlossningar
2008	61	4 934	19	4 987	26	350	..	..	96	8 055
2009	55	4 647	21	5 115	19	354	..	..	78	7 993
2010	67	4 419	25	5 275	14	318	..	..	99	8 301
2011	56	4 110	21	5 109	9	323	..	..	108	7 673
2012	48	3 772	20	5 151	12	383	..	..	92	7 507

Per 100					
2008	1,2	0,4	7,4	..	1,2
2009	1,2	0,4	5,4	..	1,0
2010	1,5	0,5	4,4	..	1,2
2011	1,4	0,4	2,8	..	1,4
2012	1,3	0,4	3,1	..	1,2

Utan										
instru- ment	Brist- ningar	För- lossningar	Brist- ningar	För- lossningar	Brist- ningar	För- lossningar	Brist- ningar	För- lossningar	Brist- ningar	För- lossningar
2008	36	44 752	36	44 138	..	..	..	..	167	80 317
2009	54	42 943	54	45 307	..	..	..	..	143	80 989
2010	46	43 887	46	45 327	..	..	..	..	196	85 835
2011	40	40 897	40	44 596	..	..	..	..	194	82 179
2012	48	40 411	48	44 283	..	..	..	..	200	82 350

Per 100					
2008	0,2	0,1	..	..	0,2
2009	0,2	0,1	..	..	0,2
2010	0,2	0,1	..	..	0,2
2011	0,2	0,1	..	..	0,2
2012	0,2	0,1	..	..	0,2

Akut återinläggning på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen

Syfte: Att mäta behovet av akut återinläggning på grund av obstetriska orsaker efter förlossning som ett kvalitetsmått på förlossnings- och BB-vård. Detta är allt viktigare eftersom den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus har minskat avsevärt.

Definition: Antal akuta återinläggningar på vårdavdelning med ICD-koder från O00 till O99 som huvuddiagnos inom 30 dagar efter förlossningen per 100 förlossningar.

- Täljare: Mödrars diagnoser, främst på obstetriska och gynekologiska vårdavdelningar inom 30 dagar efter förlossningen.
- Nämnare: Antal förlossningar (per kvinnor).

Notat:

- Information om den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus borde insamlas antingen som den totala genomsnittliga vistelsen eller vårdtid efter förlossningen.
- Tillgängliga data saknas för Danmark och Island.
- Data från Sverige för 2012 inkluderar inte förlossningar i Värmlands läns landsting.

Tabell 6: Akut återinläggning på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen

	Dan- mark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Intag- ningar	För- lossningar	Intag- ningar	För- lossningar	Intag- ningar	För- lossningar	Intag- ningar	För- lossningar	Intag- ningar	För- lossningar
2008	805	58 925	..	..	566	59 198	991	106 679
2009	789	59 918	..	..	579	60 616	1 175	107 809
2010	702	60 422	..	..	593	60 797	1 423	113 339
2011	901	59 385	..	..	582	59 364	1 795	108 212
2012	854	59 038	..	..	683	59 265	1 886	108 312
Per 100										
2008	..		1,4		..		1,0		0,9	
2009	..		1,3		..		1,0		1,1	
2010	..		1,2		..		1,0		1,3	
2011	..		1,5		..		1,0		1,7	
2012	..		1,4		..		1,2		1,7	

Andel nyfödda på vilka navelsträngs-pH mätts

Syfte: Att mäta rutinartad klinisk praxis med andel barn med uppmätt navelsträngs-pH för att kunna uppskatta andelen barn med asfyxi.

Definition: Antalet barn på vilka navelsträngs-pH mätts i parade prov per 100 levande födda.

- Täljare: Antal barn med uppmätt navelsträngs-pH i parade prov.
- Nämnare: Antal levande födda.

Notat:

- Endast rutiner på sjukhus och systematiskt insamlade registerdata borde inkluderas i statistiken.
- För närvarande är data endast tillgängliga i Danmark och Finland.
- Data för Norge blir snart tillgängliga. Data för Sverige finns i kvalitetsregistret (Graviditetsregistret) som idag omfattar region Stockholm-Gotland.

Tabell 7: Andel nyfödda på vilka navelsträngs-pH mätts och registrerats

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Tagna prover	Levande födda	Tagna prover	Levande födda	Tagna prover	Levande födda	Tagna prover	Levande födda	Tagna prover	Levande födda
2008	6 491	64 467	46 033	59 607	..	..	..	..	..	..
2009	9 675	62 269	47 669	60 583	..	..	..	..	..	..
2010	20 299	62 744	49 546	61 192	..	..	..	..	..	..
2011	36 707	58 324	48 892	60 094	..	..	..	..	..	..
2012	50 061	57 237	48 675	59 693	..	..	..	..	..	..
Per 100										
2008	10,1		77,2		..		..		..
2009	15,5		78,7		..		..		..
2010	32,4		81,0		..		..		..
2011	62,9		81,4		..		..		..
2012	87,5		81,5		..		..		..

-

Utfallsindikatorer för mödrar

Mödradödlighet

Syfte: Att mäta förekomsten av allvarliga obstetriska komplikationer före, i samband med eller efter förlossning.

Definition: Dödsfall bland mödrar innebär att en kvinna dör under graviditeten eller inom 42 dagar från slutet av graviditeten oberoende av graviditetens längd eller plats vid dödsfallet och på grund av vilken orsak som helst relaterad till eller förvärrad av graviditeten eller vården under densamma men inte på grund av olycksfall. Siffrorna relateras till 100 000 levande födda barn.

- Täljare: Mödradödsfall.
- Nämnare: Antal levande födda.

Notat:

- Data har hämtats från WHO:s statistiska databas Health for all: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
- Rekommendation: Gör en speciell studie om orsak till mödradödsfall (confidential enquiry), räkna inte bara siffrorna.
- Finland och Norge har erbjudit länkade data som tyder på underrapportering: I Finland från en specifik studie om graviditetsrelaterade dödsfall 2001–2012 (2) och i Norge en kvalitetsstudie med registersammankopplingar 1996–2011 (3).

- I Sverige saknas personuppgifter i hälsodataregistren för gravida kvinnor som inte fött barn (missfall, abort), vilket kan medföra bortfall i statistiken över graviditetsrelaterad mödradödlighet.

Tabell 8: Mödradödlighet

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Dödsfall	Levande födda	Dödsfall	Levande födda	Dödsfall	Levande födda	Dödsfall	Levande födda	Dödsfall	Levande födda
2008	4	65 308	5	59 607	0	4 835	3	61 177	6	109 301
2009	4	63 156	1	60 583	0	5 027	1	62 746	6	111 801
2010	2	63 697	3	61 192	0	4 907	3	62 347	3	115 641
2011	2	62 440	0	60 094	1	4 492	3	61 093	1	111 770
2012	1	58 277	2	59 693	0	4 533	0	61 141	5	113 177
2008–2012	13	312 878	11	301 169	1	23 794	10	308 504	21	561 690
Per 100 000	4,2		3,7		4,2		3,2		3,7	
Länkade data	2008–2012				1996–2011					
	4,0				7,3					

Peripartum hysterektomi

Syfte: Att mäta förekomsten av allvarliga obstetriska komplikationer.

Definition: Antalet peripartum hysterektomier inom sju dagar efter förlossning per 1 000 förlossningar.

- Täljare: Peripartum hysterektomier. Antalet kvinnor med hysterektomier per 1 000 förlossningar. NCSP-koder MCA30, MCA33, LCD10 och LCD00, ICD-10 kod: O82.2
- Nämnare: Antal förlossningar.

Notat:

- Data kommer från medicinska födelseregister och patientregister.

Tabell 9: Peripartum hysterektomi

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar
2008	12	63 272	48	58 925	1	4 783	22	60 368	18	106 793
2009	9	61 127	30	59 918	0	4 939	23	61 884	20	108 194
2010	12	61 645	29	60 422	0	4 834	20	61 542	27	113 504
2011	9	57 293	29	59 385	0	4 421	26	60 318	31	109 765
2012	7	56 206	30	59 038	1	4 450	20	60 319	25	110 754
Per 1 000										
2008	0,2		0,8		0,2		0,4		0,2	
2009	0,1		0,5		0,0		0,4		0,2	
2010	0,2		0,5		0,0		0,3		0,2	
2011	0,2		0,5		0,0		0,4		0,3	
2012	0,1		0,5		0,2		0,3		0,2	

Livmoderbristning under förlossning

Syfte: Att mäta förekomsten av allvarliga obstetriska komplikationer.

Definition: Antalet kompletta livmoderbristningar före eller under förlossning per 1 000 förlossningar.

- Täljare: Kompletta livmoderbristningar före eller under förlossning, ICD-10-kod: O71.1.
- Nämnare: Antal förlossningar.

Notat:

- Data kommer från medicinska födelseregister och patientregister.

Tabell 10: Livmoderbristning under förlossning

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar
2008	103	63 272	48	58 925	4	4 783	48	60 368	82	106 793
2009	107	61 127	51	59 918	5	4 939	43	61 884	87	108 194
2010	118	61 645	78	60 422	5	4 834	47	61 542	95	113 504
2011	83	57 293	55	59 385	6	4 421	56	60 318	101	109 765
2012	77	56 206	71	59 038	2	4 450	37	60 319	97	110 754
Per 1 000										
2008	1,6		0,8		0,8		0,8		0,8	
2009	1,8		0,9		1,0		0,7		0,8	
2010	1,9		1,3		1,0		0,7		0,8	
2011	1,4		0,9		1,4		0,9		0,9	
2012	1,4		1,2		0,4		0,6		0,9	

Blödning efter förlossning med koagulationsstörningar

Syfte: Att mäta förekomsten av allvarliga obstetriska komplikationer.

Definition: Antalet kvinnor med blödning efter förlossning med koaguleringsstörningar per 1 000 förlossningar.

- Täljare: Antalet kvinnor med blödning i samband med förlossning med koaguleringsstörningar. ICD-10-kod: O72.3
- Nämnare: Antal förlossningar.

Notat:

- Den exakta definitionen av koagulationsstörningar är oklar. ICD-koden ges på basis av kliniska intryck som borde vara de samma i alla länder. Den kliniska användningen av denna indikator borde undersökas.
- Finska data kommer från födelseregister och patientregister.
- Norska data kommer från patientregistret.

Tabell 11: Blödning efter förlossning med koagulationsstörningar

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar	Fall	Förlossningar
2008	1	63 272	14	58 925	1	4 783	1	60 368	24	106 793
2009	3	61 127	15	59 918	5	4 939	25	61 884	24	108 194
2010	1	61 645	7	60 422	1	4 834	16	61 542	42	113 504
2011	2	57 293	22	59 385	2	4 421	10	60 318	30	109 765
2012	0	56 206	21	59 038	1	4 450	20	60 319	50	110 754
Per 1 000										
2008	0,02		0,2		0,2		0,2		0,2	
2009	0,05		0,3		1,0		0,4		0,2	
2010	0,02		0,1		0,2		0,3		0,4	
2011	0,03		0,4		0,5		0,2		0,3	
2012	0,00		0,4		0,2		0,3		0,5	

Utfallsindikatorer för nyfödda

Perinatal dödlighet

Syfte: Att mäta kvaliteten på den obstetriska och neonatala vården.

Definition: Dödfödda och tidig neonatal död (0–6 dagar) per 1 000 födda, separat för dödfödda, dödfödda under förlossning, tidiga neonatala dödsfall (0-6 dagar efter förlossningen) och alla perinatala dödsfall exklusive dödfödda och levande födda med grava medfödda fosterskador enligt EUROCAT:s definition.

- Täljare: Dödfödda från och med 22+0 graviditetsveckor och tidiga neonatala dödsfall (0–6 dagar). Nämnare: Antal levande födda och dödfödda barn från och med 22+0 graviditetsveckor.

Notat:

- Information om perinatal dödlighet exklusive medfödda fosterskador och kromosomavvikelse är inte tillgänglig i Danmark och Island.
- För nämnare, antalet levandefödda hittas under punkten lågt pH i navelartären.

Tabell 12: Perinatal dödlighet

	Alla dödfödda					Exklusive grava medfödda fosterskador				
	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
2008	92	194	11	270	387	..	162	..	256	379
2009	114	207	21	248	444	..	173	..	227	436
2010	90	180	17	246	425	..	138	..	228	412
2011	92	164	7	228	437	..	131	..	200	425
2012	61	163	11	227	431	..	159	..	206	423
Per 1 000										
2008	1,4	3,2	2,3	4,4	3,6	..	2,8	..	4,3	3,6
2009	1,8	3,4	4,2	3,9	4,1	..	3,0	..	3,7	4,1
2010	1,4	2,9	3,5	3,9	3,7	..	2,4	..	3,7	3,7
2011	1,6	2,7	1,6	3,7	4,0	..	2,3	..	3,3	4,0
2012	1,1	2,7	2,4	3,7	3,9	..	2,8	..	3,4	4,0
	Dödfödda under förlossning					Exklusive grava medfödda fosterskador				
	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
2008	..	8	0	29	23	..	8	..	28	21
2009	..	13	0	17	35	..	10	..	17	35
2010	..	9	1	24	38	..	5	..	21	37
2011	..	3	0	18	42	..	2	..	13	40
2012	..	5	0	9	25	..	5	..	7	25
Per 1 000										
2008	..	0,1	0,0	0,5	0,2	..	0,1	..	0,5	0,2
2009	..	0,2	0,0	0,3	0,3	..	0,2	..	0,3	0,3
2010	..	0,1	0,2	0,4	0,3	..	0,1	..	0,3	0,3
2011	..	0,0	0,0	0,3	0,4	..	0,0	..	0,2	0,4
2012	..	0,1	0,0	0,1	0,2	..	0,1	..	0,1	0,2

	Tidiga neonatala dödsfall					Exklusive grava medfödda fosterskador				
	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
2008	170	96	8	82	128	..	55	..	61	98
2009	120	94	4	106	128	..	58	..	75	88
2010	145	68	5	71	132	..	40	..	50	105
2011	136	78	2	76	93	..	37	..	54	77
2012	151	71	2	79	102	..	45	..	51	78

Per 1 000

2008	2,6	1,6	1,6	1,3	1,2	..	1,0	..	1,0	0,9
2009	1,9	1,5	0,8	1,7	1,2	..	1,0	..	1,2	0,8
2010	2,3	1,1	1,0	1,1	1,1	..	0,7	..	0,8	0,9
2011	2,3	1,3	0,4	1,2	0,8	..	0,6	..	0,9	0,7
2012	2,6	1,2	0,4	1,3	0,9	..	0,8	..	0,9	0,7

	Alla perinatala dödsfall					Exklusive grava medfödda fosterskador				
	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
2008	262	290	19	352	515	..	217	..	317	477
2009	234	301	25	354	572	..	231	..	302	524
2010	235	248	22	317	557	..	178	..	278	517
2011	228	242	9	304	530	..	168	..	254	502
2012	212	234	13	306	533	..	204	..	257	501

Per 1 000

2008	4,0	4,8	3,9	5,7	4,8	..	3,8	..	5,3	4,6
2009	3,7	5,0	5,0	5,6	5,2	..	4,0	..	4,9	5,0
2010	3,7	4,0	4,5	5,1	4,8	..	3,0	..	4,6	4,7
2011	3,9	4,0	2,0	5,0	4,8	..	2,9	..	4,2	4,7
2012	3,7	3,9	2,9	5,0	4,9	..	3,6	..	4,3	4,7

Lågt pH i navelartär

Syfte: Att estimeras förekomsten av asfyxi.

Definition: Antal levande födda barn med pH-värde i navelartär på under 7,05 per 1 000 levande födda vars pH har uppmätts.

- Täljare: Antal levande födda med pH-värde i navelartär på under 7,05.

- Nämnare: Antal levande födda med uppmätt pH-värde i navelartär och ven (skillnad mer än 0,03), eller enkel mätning exklusive levande födda utan pH-resultat.

Notat:

- Endast rutinerade sjukhus och systematiska register borde inkluderas i statistiken.
- För närvarande är data endast tillgängliga i Finland. Data för Norge är snart tillgängliga.
- Data för Sverige är tillgängliga i kvalitetsregistret som omfattar huvudstadsregionen.

Tabell 13: Lågt pH i navelartär

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda
2008	584	46 033	..	..	..	..	..	..
2009	624	47 669	..	..	..	..	..	..
2010	618	49 546	..	..	..	..	..	..
2011	618	48 892	..	..	..	..	..	..
2012	654	48 675	..	..	..	..	..	..
Per 1 000										
2008	12,7	..	..	..	..	..	..	..
2009	13,1	..	..	..	..	..	..	..
2010	12,5	..	..	..	..	..	..	..
2011	12,6	..	..	..	..	..	..	..
2012	13,4	..	..	..	..	..	..	..

Apgar-poäng 0–6 vid 5 minuter

Syfte: Att mäta nyfödda barns hälsa i allmänhet.

Definition: Nyfödda med Apgar poäng 0–6 vid 5 minuter per 1 000 levande födda.

- Täljare: Nyfödda med Apgar-poäng på 0–6 vid 5 minuter
- Nämnare: Antal levande födda med kända Apgar-poäng.

Notat:

- Data för Apgar-poäng mellan 0 och 3 kan vara mer jämförbara. Instruktionerna på isländska hade ett översättningsproblem som nu har korrigerats. De finska instruktionerna för Apgar-poäng är föråldrade.

Tabell 14: Apgar-poäng 0–6 vid 5 minuter

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda
2008	516	65 380	1 137	59 607	112	4 835	853	61 177	1 283	107 300
2009	461	63 257	1 193	60 583	109	4 973	902	62 746	1 301	108 454
2010	550	63 749	1 237	61 192	97	4 869	836	62 347	1 423	113 985
2011	545	59 391	1 159	60 094	91	4 466	883	61 093	1 370	108 923
2012	537	58 291	1 265	59 693	104	4 495	908	61 141	1 413	108 928
Per 1000										
2008	7,9		19,1		23,1		13,9		12,0	
2009	7,3		19,7		21,9		14,4		12,0	
2010	8,6		20,2		19,9		13,4		12,5	
2011	9,2		19,3		20,4		14,5		12,6	
2012	9,2		21,2		23,1		14,9		13,0	

Apgar-poäng 0–3 vid 5 minuter

Syfte: Att mäta nyfödda barns hälsa i allmänhet.

Definition: Nyfödda med Apgar-poäng 0–3 vid 5 minuter per 1 000 levande födda.

- Täljare: Nyfödda med 5 minuters Apgar-poäng på 0–3.
- Nämnare: Antal levande födda med kända Apgar-poäng.

Tabell 15: Apgar-poäng 0–3 vid 5 minuter

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda
2008	179	65 380	222	59 607	21	4 835	248	61 177	260	107 300
2009	137	63 257	216	60 583	11	4 973	218	62 746	253	108 454
2010	195	63 749	215	61 192	16	4 869	210	62 347	295	113 985
2011	199	59 391	207	60 094	11	4 466	185	61 093	276	108 923
2012	206	58 291	227	59 693	9	4 495	219	61 141	306	108 928
Per 1 000										
2008	2,7		3,7		4,3		4,1		2,4	
2009	2,2		3,6		2,2		3,5		2,3	
2010	3,1		3,5		3,3		3,4		2,6	
2011	3,4		3,4		2,5		3,0		2,5	
2012	3,5		3,8		2,0		3,6		2,8	

pH-värde i navelartär på under 7,05, eller om värdet saknas 5 min Apgar-poäng på 0–6

Syfte: Att estimeras förekomsten av asfyxi.

Definition: Antal levande födda barn med pH-värde i navelartär på under 7,05 eller när data inte är tillgängliga, för levande födda med 5 minuters Apgar-poäng på 0–6 minuter per 100 levande födda med uppmätt pH.

- Täljare: Antal levande födda med pH-värde i navelartären på under 7,05 eller när data inte är tillgängliga, för levande födda med 5 minuters Apgar-poäng på 0–6.
- Nämnare: Antal levande födda barn.

Notat:

- Endast sjukhus som rutinerat och systematiskt registrerar pH-värden borde inkluderas i statistiken.
- För närvarande är data endast tillgängliga i Finland.
- Data för Norge är snart tillgängliga.
- Data för Sverige är tillgängliga i kvalitetsregistret som omfattar huvudstadsregionen.

Tabell 16: pH-värde i navelartär på under 7,05, eller om värdet saknas 5 min Apgar-poäng på 0–6

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda	Fall	Levande födda
2008	151	46 033	..	..	..	..	..	..
2009	131	47 669	..	..	..	..	..	..
2010	166	49 546	..	..	..	..	..	..
2011	133	48 892	..	..	..	..	..	..
2012	148	48 675	..	..	..	..	..	..
Per 1 000										
2008	..		3,3		..		..		..
2009	..		2,7		..		..		..
2010	..		3,4		..		..		..
2011	..		2,7		..		..		..
2012	..		3,0		..		..		..

Expertgruppen diskuterade också behovet att få information om neonatal vård. Beslut om att i framtiden inkludera dessa två föreslagna indikatorer efter diskussion med neonatologer.

Respiratorvård

Definition: Antalet nyfödda som får respiratorvård under den tidiga neonatala perioden (0–6 dagar efter födelsen) per 100 levande födda.

- Täljare: Levande födda barn som får respiratorvård under den tidiga neonatala perioden.
- Nämnare: Antal levande födda barn.

Hypotermibehandling bland barn med låga Apgar-poäng

Definition: Antalet nyfödda som hypotermibehandlas under den tidiga neonatala perioden (0–6 dagar) per 100 levande födda med låga 5 minuters Apgar-poäng (0–6).

- Täljare: Levande födda vars hjärna kyls ner under den tidiga neonatala perioden.
- Nämnare: Antal levande födda med låga 5 minuters Apgar-poäng.

2.4 Slutsatser

De nordiska registren över graviditeter, förlossningar och nyfödda barn samlar in omfattande data om obstetrisk och neonatal vård och dess resultat (4). De flesta av de föreslagna indikatorerna samlas redan in och sprids nationellt. Statistiken från Danmark var mindre komplett än från andra nordiska länder. Mellan 2012 och 2015 var Statens Serum Institut ansvarig för det danska födelseregistret, som blev omstrukturerat för ökad datahantering. Därför var det svårt att hämta danska uppgifter om relevanta indikatorer för en viss tid. Sedan dess har tillgång stabiliserats och vi kan räkna med ett fortsatt nordiskt samarbete med mera fullständig statistik från Danmark. Kvaliteten på de flesta variabler är god. Vi upptäckte att vissa variabler hade osäkra eller ofullständiga data, till exempel så ifrågasattes den låga andelen generell anestesi vid kejsarsnitt i Finland. Endast tillförlitliga indikatorvärden borde publiceras, och därför är det viktigt att indikatorvärdena valideras av nationella sakkunniga innan de offentliggörs.

Insamlingen av pilotdata visade jämförbara värden mellan länderna för de flesta indikatorer, t.ex. för mödradödlighet, perinatal dödlighet och andelen nyfödda barn med låga Apgar-poäng på 0–3 vid 5 minuter. Det fanns dock tydliga variationer för vissa indikatorer. Enligt pilotstudien är dessa avvikande värden verkliga, och sådana exempel hittades i alla nordiska länder. Danmark hade en högsta antalet livmoderbristningar. Finland hade en ökad grad av blodtransfusioner, peripartum hysterektomier och livmoderbristningar samt låga 5 minuters Apgar-poäng på 0–6. Island hade en stor andel tredje eller fjärde gradens bristningar och låga 5 minuters Apgar-poäng på 0–6. Norge hade en stor andel oplanerade födslar utanför sjukhus och blodtransfusioner. Sverige rapporterade en hög grad av tredje eller fjärde gradens bristningar vid vaginal förlossning.

Data om pH-värde i navelartär samlas inte in av alla nordiska födelseregister över nyfödda. Detsamma gäller den estimerade blodförlusten vid förlossning, och därför föreslår sakkunniggruppen indikatorn för blodtransfusion tills indikatorn för blodförlust är i bruk och tillgänglig i åtminstone tre nordiska länder. Indikatorerna för neonatalt utfall måste diskuteras och slutgiltigt bestämmas efter diskussion med neonatologer.

2.5 Perspektiv, inklusive från mätning till förbättring

Riktvärden och kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården har visat sig vara effektiva när det gäller att förbättra hälso- och sjukvårdstjänster både lokalt och nationellt. Det norska exemplet visade att förekomsten av tredje eller fjärde gradens bristningar vid vaginala förlossningar kunde halveras efter lanseringen av ett nationellt program med lokal träning (5-6). Publiceringen av nordiska indikatorer för patientsäkerhet borde uppmuntra alla nordiska länder att jämföra sina data med referensländerna, identifiera förbättringsområden och förbättra kvaliteten av förlossningsvården tillsammans med olika aktörer, t.ex. läkare, barnmorskor och myndigheter.

Ett viktigt krav är att endast indikatorer med tillförlitlig information borde publiceras. Kvaliteten på alla register bör valideras regelbundet. I allmänhet är registren över födda barn mycket kompletta och valida, men studier har visat att registreringen av sällsynta fall såsom svåra komplikationer hos

mödrar inte nödvändigtvis är kompletta (7-8). Rutinmässiga länknings mellan register över mödrar och nyfödda barn och patientregister kan förbättra vårdens kvalitet. Samkörning mellan reproduktionsregister och special datainsamling om mödradödsfall (confidential enquiry) tenderar också att förbättra data om mödradödligheten, såsom kopplingsstudierna i Finland och Norge visar (Gissler et al. 1997, Vangen et al. 2014). Inga registerdata är bra om registreringen av diagnoser och ingrepp inte är komplett och tillförlitlig. Registreringsprocessen borde vara enkel och klar, och information bör endast registreras en gång i en allmän elektronisk patientjournal på ett strukturerat sätt.

2.6 Referenser

1. Gissler M, Manninen S, Tapper A-M, Volmanen P with the Nordic expert group. Quality and Patient Safety Indicators in Obstetrics – A review on how quality and patient safety have been measured in high-income countries with a recommendation on a core set of indicators for the Nordic countries. THL Discussion Paper 23/2015. Available at: www.julkari.fi/handle/10024/127024.
2. Gissler M, Kauppila R, Meriläinen J, Toukomaa H, Hemminki E. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-1994--definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997 Aug;76(7):651-7.
3. Vangen S, Ellingsen L, Andersgaard AB, Jacobsen AF, Lorentzen B, Nyfløt LT, Rygh AB, Skulstad SM, Tappert C, Øian P. Mødredødsfall i Norge 2005–09. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014 Apr 29;134(8):836-9.
4. Langhoff-Roos J, Krebs L, Klungsoyr K, Bjarnadóttir RI, Källén K, Tapper AM, Jakobsson M, Børdahl PE, Lindqvist PG, Gottvall K, Colmorn LB, Gissler M. The Nordic medical birth registers--a potential goldmine for clinical research. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Feb;93(2):132-7. doi: 10.1111/aogs.12302.
5. Hals E, Oian P, Pirhonen T, Gissler M, Hjelle S, Nilsen EB, Severinsen AM, Solsletten C, Hartgill T, Pirhonen J. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol*. 2010 Oct;116(4):901-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181eda77a.
6. Stedenfeldt M, Øian P, Gissler M, Blix E, Pirhonen J. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG*. 2014 Jan;121(1):83-91. doi: 10.1111/1471-0528.12274.
7. Colmorn LB, Petersen KB, Jakobsson M, Lindqvist PG, Klungsoyr K, Källén K, Bjarnadóttir RI, Tapper AM, Børdahl PE, Gottvall K, Thurn L, Gissler M, Krebs L, Langhoff-Roos J: The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015 Jul;94(7):734-44. doi: 10.1111/aogs.12639.
8. Jakobsson M, Tapper AM, Colmorn LB, Lindqvist PG, Klungsoyr K, Krebs L, Børdahl PE, Gottvall K, Källén K, Bjarnadóttir RI, Langhoff-Roos J, Gissler M. Emergency peripartum hyster-

ectomy: results from the prospective Nordic Obstetric Surveillance Study (NOSS). *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Jul;94(7):745-54. doi: 10.1111/aogs.12644.

3. Arbetet med strukturerad journalgranskning (GTT)

3.1 Introduktion

Grunden för förbättringsarbete är att upptäcka oönskade utfall, att identifiera orsakerna till dessa, att vidta åtgärder och att utvärdera åtgärdernas effekt. Strukturerad journalgranskning innebär att patientjournaler granskas på ett systematiskt sätt för att kvantifiera och kategorisera skador som drabbat patienterna. Att bara mäta antalet skador genom att använda journalgranskning förbättrar inte patientsäkerheten. Metoden behöver kompletteras med andra mätmetoder men framför allt behöver fynden analyseras, åtgärdas och följas upp.

Den mest använda metoden för strukturerad journalgranskning i de nordiska länderna är Global Trigger Tool (GTT) (1,2). Metoden utvecklades av Institute for Healthcare Improvement i USA för användning inom somatisk slutenvård och används internationellt i ökande omfattning. Flera framstående sjukvårdsorganisationer i USA som exempelvis Mayo-kliniken och Baylor Health Care System har publicerat resultat från användningen av GTT (3,4). I en nyligen publicerad systematisk review från Nya Zeeland konstateras att GTT är en bra metod för att mäta och följa antalet patienter som skadas på sjukhus (5).

GTT-metoden har översatts till danska, norska och svenska. Under åren 2007-2010 pågick ett nordiskt samarbete kring GTT på initiativ från Nordiska Ministerrådet, TemaNord 2010:572 (6). Detta samarbete främjade användningen av GTT, särskilt i Norge och Sverige. Att det fanns erfarenheter av att använda GTT i Norge bidrog till att journalgranskning med hjälp av GTT blev obligatorisk inom ramen för den Norska patientsäkerhetskampanjen (7). På motsvarande sätt bidrog erfarenheterna av GTT i Sverige till att användningen av metoden främjades inom ramen för överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet 2011- 2014 (8). I Sverige modifierades GTT-metoden under år 2012. Syftet med metodrevisionen var att ge en tydlig bakgrund till arbetet med strukturerad journalgranskning, att uppdatera metodbeskrivningen till dagens svenska sjukvård samt att ge tydligare anvisningar för bedömning av skador och undvikbarhet (9).

Arbetet med journalgranskning på nationell nivå har lett till att ett av världens största material om skador inom somatisk slutenvård nu har insamlats i Norge och Sverige.

Danmark valde att inte delta i expertgruppens arbete. Men de danska erfarenheterna av GTT redovisas i detta avsnitt. Deltagandet från Finland och Island har varit begränsat. Det nordiska samarbetet har varit inriktat på att sammanställa, analysera, dra lärdom av och sprida kunskap om resultaten och erfarenheterna av att använda GTT metoden i stor skala i Sverige och Norge.

3.2 Syfte

Syftet med arbetet i expertgruppen för strukturerad journalgranskning var att undersöka:

1. hur metoden bäst kan användas i den enskilda klinikkens förbättringsarbete.
2. orsaker till variation i förekomsten av skador mellan sjukhus.
3. om metoden kan användas för internationella jämförelser.
4. om det är möjligt att ta fram en gemensam nordisk skadeklassifikation.

3.3 Representanter i expertgruppen

Arbetet i gruppen har ledd av Hans Rutberg, Sverige.

Finland	
Persephone Doupi	Institutet för hälsa och välfärd, THL
Island	
Leifur Bardarson	Medicinal direktoratet
Norge	
Öystein Flesland	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
EllenTvester Deilkås	Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, Helsedirektoratet och Akershus universitetssjukhus
Sverige	
Michael Soop	Socialstyrelsen
Hans Rutberg	Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet och Sveriges Kommuner och Lands-ting

3.4 Arbetsgång

Expertgruppens arbete har genomförts med hjälp av mejl, fyra telefonmöten och tre fysiska möten. Vid gruppens första fysiska möte i början av 2014 redovisade deltagarländernas representanter sina länders erfarenheter av GTT och fastställdes syftet med expertgruppens arbete. Vid några möten deltog inbjudna experter från Danmark (Brian Bjørn) och Finland (Karolina Peltomaa). Expertgruppens arbete har gett stöd åt och samordnat det nationella utvecklings- och analysarbete avseende GTT som bedrevs i Norge respektive Sverige.

I september 2015 genomfördes ett tvådagars symposium på initiativ av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, för att utbyta erfarenheter och sprida de nordiska erfarenheterna av GTT och patientsäkerhetskulturmätning till en vidare krets. De två expertgrupper som arbetat med respektive område ville framförallt fokusera på problemställningen från mätning till förbättring. Det tidigare arbetet i grupperna hade fokuserat på metodernas validitet och hur de användes i de olika nordiska länderna. Erfarenheterna från symposiet har integrerats i resultatredovisningen i detta kapitel.

Dagen efter symposiet höll Helsedirektoratet ett möte där de norska och svenska erfarenheterna och resultaten av GTT diskuterades med experter från Institute for Healthcare Improvement.

För att ytterligare sprida de norska och svenska erfarenheterna och resultaten, arbetar expertgruppen med en vetenskaplig publikation.

3.5 Resultat

Förekomsten av skador inom somatisk slutenvård i Norge och Sverige år 2013

Under år 2013 granskades 10 986 journaler i Norge motsvarande 1,9 procent av alla vårdtillfällen och 19 141 journaler i Sverige motsvarande 1,4 procent av alla vårdtillfällen.

I Norge drabbades patienterna av skador vid 13,0 procent av vårdtillfällena och i Sverige vid 14,4 procent av vårdtillfällena. Skillnaden är inte signifikant. I Sverige bedömdes att 62 procent av skadorna var undvikbara.

Förekomsten av skador som bedömdes som mindre allvarliga var i Norge 5,4 procent och i Sverige 6,7 procent. Förekomsten av allvarligare skador som resulterade i temporär skada som krävde vård eller bidrog till permanent skada eller krävde livsuppehållande åtgärder inom 60 minuter eller bidrog till patientens död var 7,6 procent i Norge och 7,7 procent i Sverige.

I både Norge och Sverige bedömdes att skador, i varierande utsträckning, bidrog till att patienten avled vid 0,3 procent av vårdtillfällena. Vi vill framhålla att dessa resultat inte återspeglar om skadorna var undvikbara eller inte.

Antalet vårdtillfällen med skador varierade mellan 2,1 och 21,7 procent bland 23 akutsjukhus i Norge. Ett akut sjukhus deltog inte 2013. Motsvarande variation bland de 63 akutsjukhusen i Sverige var 3,6-31,1 procent.

Den vanligaste typen av skada i både Norge och Sverige var vårdrelaterade infektioner. Även skador vid kirurgiska och andra invasiva ingrepp och läkemedelsrelaterade skador var vanliga i båda länderna.

I tabell 1 redovisas frekvensen (%) av olika skadetyper vid vårdtillfällen i Norge och Sverige år 2013.

Tabel 1. Frekvensen av olika skadetyper vid vårdtillfällen i Norge och Sverige år 2013. * indikerar en statistisk signifikant skillnad.

Skadetyper	Norge (%)	Sverige (%)	Skadetyper	Norge (%)	Sverige (%)
Allergisk reaktion	0,31	0,26	Skadetyper endast i Sverige		
Infektion övrig	1,34	1,56	Anestesirelaterad skada		0,13
Reoperation	0,81	0,60	Blåsöverfyllnad	-	1,67
Postoperativ blödning/hematom	0,83	0,56	Blödning, inte i samband med operation	-	0,43
Organskada	0,41	0,29	Neurologisk skada	-	0,11
Förväxlingsingrepp*	0,00	0,02	Pneumoni	-	0,75
Kirurgisk komplikation*	1,89	0,89	Sepsis	-	0,62
Läkemedelsrelaterad skada	1,85	1,63	Hudskada eller yttlig kärlskada	-	1,13
Medicintekniskt orsakad skada	0,03	0,03	Svikt i vitala parametrar	-	0,44
Postpartumskada	0,25	0,40	Skadetyper endast i Norge		
Trombos/emboli	0,40	0,33	Pneumoni alla typer	1,28	
Trycksår*	0,60	1,29	Blödning alla typer	0,99	
Övriga skador*	0,44	1,04	Postoperativ respirator skada	0,22	
Fallskada*	0,37	0,76	Fraktur	0,07	
UVI*	2,12	1,55	Försämring av kroniskt tillstånd	0,18	
CVK-relaterad infektion*	0,07	0,16			
Postoperativ sårinfektion	1,62	1,59			
Ventilator-associerad pneumoni	0,084	0,14			

Danske erfaringer av GTT

I økonomi-aftalerne i 2013 mellem Danske Regioner og den danske regering blev det aftalt, at skader på patienter skulle reduceres med 20 % og man valgte GTT som målemetode. Det blev meldt ud til alle regioner, og der blev i løbet af foråret 2013 etableret GTT-grupper af klinikere på hvert hospital, som skulle gennemføre processen. Det tog et stykke tid at få organiseringen på plads, og derefter kom opstarten med uddannelse og kalibrering af grupperne. Der var stor skepsis over for metoden, både blandt kvalitetschefer og klinikere. Det har vist sig, at der har været meget store forskelle i vurderingerne, både lokalt og nationalt. Af publikationen "Indblik i Sundhedsvæsnets resultater 2015 fremgår følgende: – link(10).

"De væsentligste udfordringer er:

- Jo mere erfaring med at bruge GTT, jo flere skader bliver der fundet i journalerne
- GTT metoden beror på subjektive vurderinger, for eksempel om en komplikation er en skade eller et led i patientens grundlidelse.
- Resultater efter måling med GTT er ikke egnede til aggregering over hospitalsniveau. Dette skyldes, at resultaterne fra de enkelte sygehuse kan være sårbare for forskellige forhold, for eksempel organisatoriske ændringer, ændringer i patientsammensætning, lukning af afdelinger, ændringer i reviewteamet, introduktion af nyt personale, at man begynder at registrere skader, man ikke før har registreret eller lignende. Udsving i resultaterne kan derfor skyldes forhold, der ikke har med patientsikkerhed at gøre. Det er således vigtigt at undersøge udsving nærmere.
- GTT er meget ressourcekrævende at anvende, da det kræver mange mandetimer at fremfinde og behandle det nødvendige journalmateriale. Desuden bliver der ofte anvendt meget erfarne intensivsygeplejersker, som er en efterspurgt ressource i daglig klinisk praksis.
- Den anvendte stikprøvestørrelse er typisk ikke tilstrækkelig til, at man kan generere valide resultater.
- Det er ikke meningsfuldt at aggregere GTT på tværs af regioner. Dette skyldes de samme forhold, som gør, at resultater efter måling med GTT ikke kan aggregeres over sygehusniveau.

Udfordringerne med at anvende GTT viser sig i de afrapporteringer, regionerne har indsendt. Efter fastlæggelse af baseline for skadesniveauet har regionerne afrapporteret to gange, senest i februar 2015 (for andet halvår i 2014).

Som det fremgår af figur 105, svinger målinger med GTT meget fra måned til måned. Da den anvendte stikprøve er meget lille, er det vanskeligt at fastslå, om der er en statistisk signifikant udvikling i retning af et stabilt reduceret antal patientskader, selvom skadesmedianen har bevæget sig nedad fra 2013 til 2014."

Danske Regioner har nu besluttet at ophøre med denne form for registreringer og overlade det til sygehusene selv at beslutte, om de vil fortsætte med GTT. Det er der formentlig ikke ret mange,

der gør. På grund af ovenstående kritik har der ikke været basis for at gå ind i et nordisk samarbejde på området.

Finska erfarenheter av GTT

I Finland har GTT-metoden använts lokalt, men det finns inget nationellt initiativ för att utveckla eller använda metoden.

Åbo universitetssjukhus använder GTT i vissa verksamhetsområden, t.ex. stöd- och rörelseorganens sjukdomar, kvinnokliniken och det medicinska verksamhetsområdet. Även Tammerfors universitetssjukhus, Vasa centralsjukhus och Kuopio universitetssjukhus har använt metoden i viss mån. Vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt finns det intresse för att använda den automatiserade GTT-metoden för monitorering av patientsäkerhet. Manuell GTT är utesluten eftersom den anses vara för resurskrävande. Den automatiserade metoden har dock inte tagits i rutinbruk eftersom den inte anses vara tillräckligt validerad. Ett nytt beslut för dess användning kan göras när det finns ytterligare evidens för att bruk av det automatiserade systemet främjar och förbättrar patientsäkerheten i specialiserad hälso- och sjukvård.

Isländska erfarenheter av GTT

Sjukhusvård i Island utövas till ca 80 % av ett sjukhus, Landspítalinn. All specialiserad sjukhusvård utövas där. Två andra sjukhus i landet kan beskrivas som små länslasarett enligt svenska mått. Detta innebär att när Landspítalinn tar strukturerad journalgranskning i bruk för att ta reda på vilka typer av skador som förekommer i vården kan det statistiskt sett anses vara på nationell nivå även om ett formellt myndighetsbeslut om att införa metoden inte har fattats.

Landspítalinn har påbörjat arbetet med att införa GTT-metoden för systematisk granskning av förekomsten av vårdskador på sjukhuset. Arbetet har försenats avsevärt på grund av i stort sett oavbrutna strejker bland hälsovårdspersonal från november 2014 till oktober 2015 som har drabbat sjukhuset mycket hårt. Enligt verksamhetsplan skulle studien avslutas i december 2015 men på grund av alla strejker har arbetet försenats med ett år.

Sjukhuset har valt att inte översätta GTT till isländska efter som man har bedömt att engelska inte utgör hinder för metodens användning på sjukhuset. Undersökningens inklusionskriterier är: 1) Vårdtillfälle där patienten har vistats > 24 timmar. 2) > 30 dagar från utskrivning. 3) Patienters ålder: >18 år. 3) Epikris med ICD kodning föreligger. 4) Vårdtillfällets längd och patientens ålder skall rapporteras.

Landspítalinn har sedan år 2004 haft elektroniskt avvikelserapporteringsystem. Under de 11 åren som det har varit i bruk har man lyckats bygga upp rapporteringskultur bland personalen i sådan grad att dokumentation av avvikelser anses numera vara naturlig del av det kliniska arbetet.

För att ta reda på och få ännu klarare bild av vilka typer av skador som förekommer på sjukhuset har ovanbeskrivna GTT undersökning påbörjats.

Med undersökningen hoppas sjukhusledningen kunna utveckla sjukhusets elektroniska journalsystem på så sätt att det automatiskt innehåller den information som är nödvändig för systematisk granskning enligt GTT metoden. Sålunda är det Landspitalinns syfte att ha två elektroniska system vars uppgift är att göra vården för patienter som vistas där ännu säkrare.

3.6 Från mätning till förbättring – Erfarenheter från Norge och Sverige

Förändringar över tid i förekomsten av skador i Norge och Sverige

Att kvantifiera och karakterisera skador med hjälp av strukturerad journalgranskning leder inte i sig till att antalet skador minskar. För att att skadorna ska minska i antal krävs förstås att rätt åtgärder vidtas. Om vi inte har metoder för att ta reda på vilka typer av skador som förekommer i vården och hur vanliga de är, blir det svårare att vidta rätt åtgärder. Om vi inte har sådana metoder kan vi inte heller veta om utvecklingen går åt rätt håll eller inte. Då är det inte heller meningsfullt att sätta upp mål för utvecklingen.

I den norske pasientsikkerhetskampanjen ”I trygge hender” var et av hovedmålene å redusere forekomst av pasientskade. For å kunne beregne eventuell endring i pasientskade etter kampanjen som ble lansert i januar 2011, besluttet Styringsgruppen i september 2010 at alle sykehus skulle undersøke journaler fra opphold fra og med mars 2010 og senere. Undersøkelsen skulle foregå etter metoden Global Trigger Tool. Målingene skulle plottes i tidsserier lokalt, og analyseres med statistisk prosesskontroll på det enkelte foretak. I tillegg skulle data fra hvert helseforetak aggregeres til en nasjonal årlig beregning av pasientskade, som skulle følges gjennom forløpet av kampanjen. Resultatene ville på denne måten benyttes som styringsinformasjon, både på helseforetaksnivå og nasjonalt. Kampanjens sekretariat oversatte og tilpasset den originale GTT-veilederen til norsk, før opplæringen av GTT-teamene startet i desember 2010. Opplæring med dagskurs, praktisk trening og egentrening ble gjennomført i henhold til GTT-veilederen.

Sekretariatet tilrettela og koordinerte i tillegg forbedringstiltak i alle landets helseforetak, og i noen kommuner, for å redusere pasientskader. Tiltakene omfattet: Sjekkliste for Trygg kirurgi, Samstemming av legemiddellister, Riktig legemiddelbruk i sykehjem, Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, Forebygging av infeksjoner knyttet til sentrale venøse katetre, Forebygging av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner, Forebygging av trykkeår, Forebygging av fall på institusjon, Behandling av hjerneslag, Forebygging av selvmord, Forebygging av overdose, Ledelse av pasientsikkerhet

Implementering av forbedringstiltakene i den norske pasientsikkerhetskampanjen 2011- 2013 ble ikke kartlagt systematisk, men alle tiltakene i kampanjen er beskrevet med eksempler på gjennomføring i en rapport.

http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/attachment/2925?_ts=146d75913d2

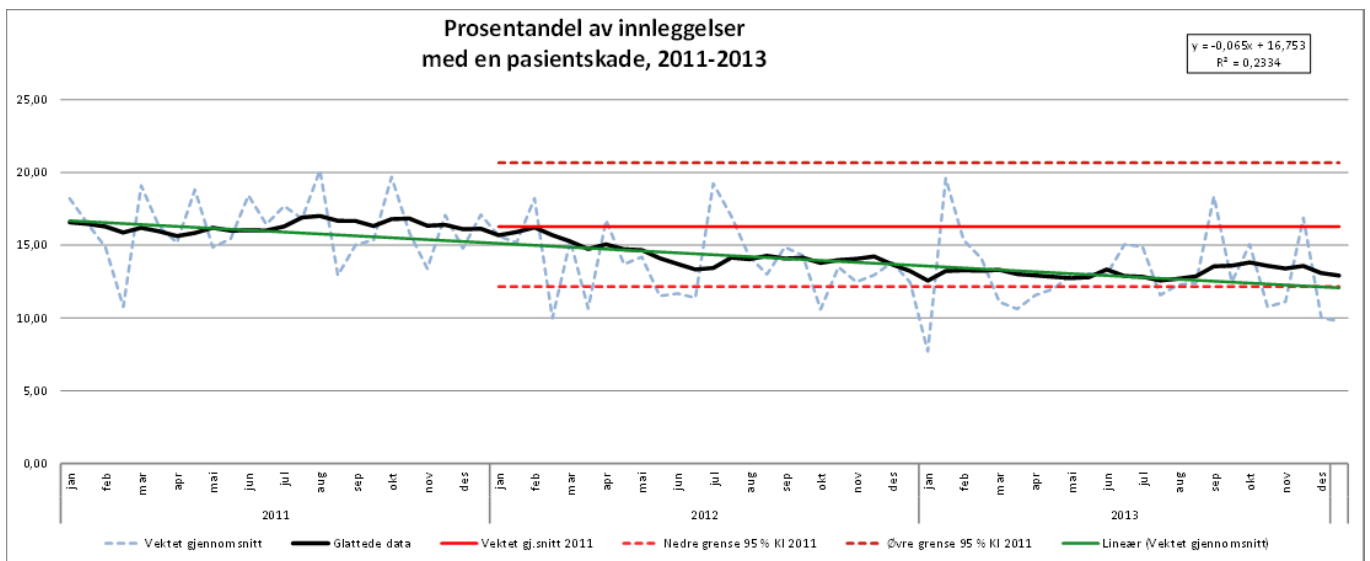
Norske GTT team gransket tilsammen 40,851 journaler fra årene 2010- 2013. Antalet vårdtilfällena med både mindre og mer alvorlige (E-I) skador vid norska sjukhus minskade signifikant från 16 procent i 2010-2011 til 13,0 procent i 2013. (Tabell 2).

Tabell 2. Estimat av andel somatiske pasientopphold med pasientskade i norske sykehus for 2013, 2012, 2011 og 2010.

Alvorlighetsgrader	2013	2012	2011	2010
Pasientopphold med minst en skade (E-I)	13.0 % (11.7-14.2)	13.7 % (12.5-15.1)	16.1 % (14.6-17.5)	15.9 % (13.8-17.8)
Pasientopphold med minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (F-I)	7.6 % (6.6-8.7)	7.7 % (6.8-8.6)	8.8 % (7.9-9.8)	8.9 % (7.3-10.5)
Pasientopphold med minst en skade som kun fordret tiltak for å unngå plager for pasienten (E)	6.4 % (5.7-7.2)	6.5 % (5.4-7.5)	8.3 % (6.8-9.8)	8.0 % (6.7-9.2)
Pasientopphold med minst en skade som medførte midlertidig mén eller forlenget sykehusopphold (F)	6.7 % (5.7-7.8)	6.4 % (5.5-7.3)	7.4 % (6.5-8.3)	7.1 % (5.8-8.3)
Pasientopphold med minst en skade som førte til varig mén (G)	0.72 % (0.53-0.92)	0.70 % (0.53-0.86)	1.07 % (0.82-1.34)	1.12 % (0.82-1.41)
Pasientopphold med minst en skade som fordret livreddende tiltak innen en time (H)	0.20 % (0.08-0.33)	0.37 % (0.21-0.53)	0.28 % (0.15-0.43)	0.17 % (0.05-0.36)
Pasientopphold med minst en skade som bidro til at pasienten døde (I)	0.30 % (0.21-0.40)	0.37 % (0.23-0.51)	0.37 % (0.28-0.45)	0.65 % (0.49-0.81)
Antall undersøkte pasientopphold	10 986	11 728	10 288	7 849
Hvor mange pasientopphold er det trukket fra*	569 714	593 046	585 648	501 549**
Antall GTT team	45	47	47	39
Totalt antall innlagte pasienter (Samdata)	591 928	594 476	590 628	581 298

I tillegg til å sende inn tverrsnittsdata til nasjonalt nivå, plottet de norske GTT teamene inn data i den web baserte databasen Extranet, i to datapunkter per måned. Basert på deres datapunkter i Extranet, ble det laget et P-kontrolldiagram som kunne vise utvikling i andel pasientopphold med pasientskade (E-I) mer detaljert over tid. (Diagram 1). Den synkende lineære trenden er signifikant for perioden 2011-2013 ($p < 0.001$). Den lyseblå stiplede linjen viser variasjonen i andel pasientopphold med pasientskade for hvert datapunkt. Den sorte glattede linjen viser 10 datapunkter etter hverandre, som er lagt sammen fortløpende.

Diagram 1. Nasjonal tidsserie – P-kontroll diagram - andel somatiske pasientopphold med pasientskade i kategori E-I i norske sykehus for 2011, 2012, 2013, og 2014.

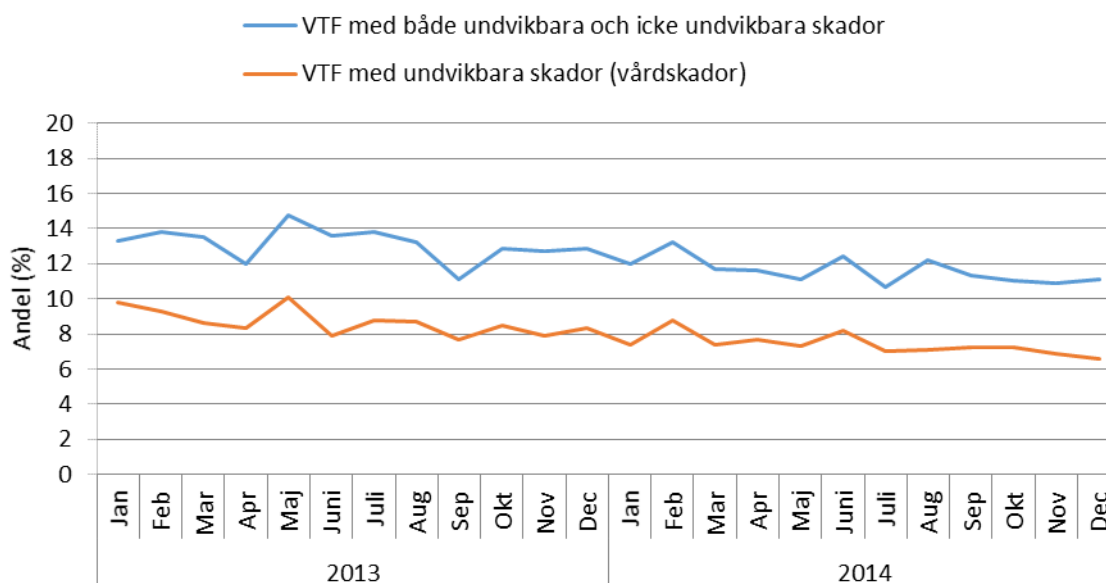


Skadene ble også kategorisert i skadetyper. Det var endring i antall skader i perioden for noen skadetyper. Endelige analyser av skader og endringer fram til 2014 er ikke offentliggjort.

Överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet 2011- 2014 innebar att sjukhusen skulle redogöra för vilka förbättringsområden de identifierat och vilka åtgärder som genomförts på sjukhus- och kliniknivå som resultat av journalgranskningen. Sammanlagt 271 förbättringsarbeten har genomförts på sjukhus- och kliniknivå med utgångspunkt från journalgranskning under 2013 – 2014 (11).

Under åren 2013-2014 granskades journaler från 38 555 vårdtillfällen. Antalet vårdtillfällen med skador vid svenska sjukhus minskade från 15,0 procent första halvåret 2013 till 11,9 procent andra halvåret 2014. Minskningen i andelen vårdtillfällen med undvikbara skador (vårdskador) var signifikant från 9,9 procent till 7,3 procent (8), (Diagram 2).

Diagram 2. Andel vårdtillfällen (VTF) med skador respektive vårdskador (undvikbara skador) i Sverige 2013-2014



De typer av skador som minskade signifikant i antal var vårdrelaterade infektioner, överfyllnad av urinblåsan, svikt i vitala parameterar, neurologisk skada och övriga skador. Följande typer av vårdrelaterade infektioner minskade signifikant i antal; pneumoni, CVK-relaterad infektion, sepsis, urinvägsinfektion, ventilator associerad pneumoni och övriga infektioner.

3.7 Slutsatser

1. *Angående hur metoden bäst kan användas i den enskilda klinikers förbättringsarbete.* I Sverige har rapporter tagits fram över skador i kirurgisk vård (12), ortopedisk vård (13) och en rapport om skador inom området obstetrisk och gynekologisk vård är under färdigställande. Vilka typer av skador som förekommer inom dessa specialiteter och hur vanliga de är har kartlagts. För att öka den professionella förankringen tas rapporterna fram i samarbete med professionella organisationerna som exempelvis Svensk Kirurgisk Förening och Svensk Ortopedisk Förening. Denna kunskap har bidragit till att nya åtgärder för att förebygga skador, till exempel skador på urinblåsan, har utarbetats. I det norska materialet finns inte data avseende specialitet analyserade som behövs för att göra motsvarande analys. Eftersom de aggregerade nationella resultaten från Norge och Sverige är mycket samstämmiga, är det troligt att de svenska resultaten för kirurgi, ortopedi och obstetrik är användbara i förbättringsarbetet på klinisknivå även i Norge.

2. *Angående orsaker till variation i förekomsten av skador mellan sjukhus.* Ett stort antal faktorer påverkar förekomsten av skador. Antalet skador ökar med stigande ålder hos patienterna, skador uppstår oftare i kirurgisk verksamhet än i medicinsk verksamhet, skador är vanligare på universitetssjukhus och länsdelssjukhus än på länssjukhus (8). Skillnader i förekomsten av skador kan

också bero på att granskarna vid de olika sjukhusen inte bedömer journaluppgifterna på samma sätt. Detta kan orsakas av skillnader i granskarnas professionella bakgrund, erfarenhet, kunskap och inställning till patientsäkerhet. Skillnader i utbildningen i användningen av metoden, granskar- nas förtroenhet med metoden har också betydelse. Skillnader i journaldokumentations kvalitet kan också bidra till variationen. Detta gäller särskilt dokumentationskvaliteten när det gäller lindri- ga skador, till exempel smärre trycksår och lindriga infektioner. En ganska sprid uppfattning är att det kan finnas en säsongsvariation i andelen vårdtillfällen med skador och att dessa skulle öka un- der sommarens semesterperiod. Både norska och svenska resultat visar att det inte finns någon sådan variation. Expertgruppen har inte haft tid att närmare analysera materialet avseende orsa- ker till variation.

3. *Angående om metoden kan användas för internationella jämförelser.* Internationella jämförelser visar att den medicinska kvaliteten i Norge och Sverige håller väsentligen samma nivå. Att ska- denivån, skadefördelningen och allvarlighetsgraden i de aggregerade nationella resultaten från Norge och Sverige var väsentligen densamma är därför inte förvånande. Resultaten talar för att säkerheten i norsk och svensk somatisk sjukhusvård ligger på väsentligen samma nivå. De norska och svenska resultaten visar att strukturerad journalgranskning kan användas för internationella jämförelser av patientsäkerheten i varje fall för liknande sjukvårdssystem.

Den etablerade metoden för att göra nationella jämförelser av säkerheten i somatisk slutenvård är med OECD-indikatorer som presenteras i OECD:s rapporter "Health at a Glance" (14). Dessa ba- serar sig på registerdata och omfattar endast ett fåtal typer av skador/komplikationer. Trots många års arbete för att förbättra kvaliteten i de data som ligger till grund för OECD-indikatorerna är de fortfarande osäkra. I detta perspektiv framstår resultat baserade på strukturerad journal granskning som ett välbehövligt komplement. De norska och svenska resultaten talar för att struk- turerad journalgranskning också bör kunna användas för mäta effekten av nationella initiativ för att förbättra patientsäkerheten.

4. *Angående möjligheten att ta fram en gemensam nordisk skadeklassifikation.* Metoden måste utvecklas och anpassas vidare till nordiska förhållanden vilket är möjligt att göra. Men varje förändring av metoden kan påverka resultaten. Norge följer resultatet av sitt 5-åriga patientsäker- hetsprogram med hjälp av GTT vilket gör det svårt att förändra metoden den närmaste tiden.

3.8 Fortsättning

Hur GTT används i det norska patientsäkerhetsprogrammet

Det er fortsatt obligatorisk for alle 19 helseforetak og fem private sykehus å ha minimum ett GTT-team som dekker alle somatiske sykehusopphold som metoden er relevant for. Teamet undersøker minst 240 journaler per år basert på GTT-metoden. Noen helseforetak har i tillegg GTT-team på klinisk nivå, som ikke nødvendigvis rapporterer inn data til nasjonalt nivå. Helsedepartementet har satt som mål at hvert helseforetak og sykehus skal redusere sitt nivå av forebyggbare skader med 50 % innen utgangen av 2019. Basert på andre undersøkelser som viser at ca halvparten av skader påvist med GTT er forebyggbare må helseforetakene og sykehusene redusere sitt nivå av skader målt med GTT med 25 % fra 2012 til 2019, for å innfri målet til norske helsemyndigheter.

P-kontrollgrafene (Figur 1) er i ferd med å inkluderes i et nasjonalt "Dashboard" for pasientsikkerhet som skal legges frem for Pasientsikkerhetsprogrammets styringsgruppe tre ganger i året.

Metodens potensiale i Norge ville kunne utnyttes bedre om

1. Man kunne registrere personidentifiserbar informasjon. Da ville man kunne analysere kostnader knyttet til pasientskadene, skadenes fordeling på alder, kjønn og sykdomstilstand. En slik endring forutsetter ny lovhjemmel.
2. Ett team på nasjonalt nivå anvendte metoden på tvers av sykehus. Det ville gjøre konsistente sammenligninger mellom sykehus mulig.
3. Man hadde utviklet GTT metoden til bruk i pediatri, psykiatri og allmenntilmedisin.

I Sverige arbeider et team på 4 personer med metoden, i tilsammen en full stilling. I Norge har 10 % av en stilling vært tilgodesett arbeidet med GTT metoden, i tillegg til at det kjøpes statistikk tjenester fra Norsk Regnesentral. Det er altså stor forskjell på hvordan arbeidet med GTT er organisert på nasjonalt nivå i Norge og Sverige. Det forklarer sannsynligvis de ulike nivåene for hvordan metoden har vært videreutviklet og brukt i landene

Hur GTT används framöver i Sverige

Inom den somatiska vården fortsätter granskningen av slumpmässiga vårdtillfällen vid de flesta av Sveriges akutsjukhus. I jämförelse med perioden 2011-14 har antalet granskade vårdtillfällen halverats men granskningsunderlaget bedöms ändå tillräckligt stort för att följa skade- och vårdskadeutvecklingen på nationell nivå över tid. Fortsatta specialitetsvisa rapporter planeras. Syftet med reduktionen av antalet granskade vårdtillfällen är att minska resursåtgången för granskningsarbetet.

En journalgranskningsmetod för barnsjukvård har tagits fram och en för hemsjukvård är under utveckling. En metod för granskning av journaler från psykiatrisk vård har tagits fram och utbildning av granskningsteam har skett under år 2015. Under 2016 planeras en nationell mätning av skade-

frekvensen inom psykiatrisk vård. Från svensk sida vill vi gärna ta del av hur metoden utvecklas i de andra nordiska länderna och deltar gärna i arbetet med att ta fram en gemensam nordisk skadeklassifikation. Det gemensamma arbetet med Norge, som planeras att få en fortsättning, har varit mycket positivt och vi välkomnar även andra nordiska länder som vill delta.

3.9 Referenser

1. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
2. Doupi P, Svaar H, Bjørn B, Deilkås E, Nylén U and Rutberg H. Use of the Global Trigger Tool in patient safety improvement efforts: Nordic experiences. Cogn Tech Work, 2014 DOI 10.1007/s10111-014-0302-2
3. Naessens JM et al. Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. International Journal for Quality in Health Care 2010; pp. 1–9.
4. Good VS et al. Large-scale deployment of the Global Trigger Tool across a large hospital system: refinements for the characterisation of adverse events to support patient safety learning opportunities across a large hospital system: BMJ Qual Saf 2011 20: 25-30.
5. Health Quality & Safety Commission. 2013. Global Trigger Tools: A Review of the Evidence. Wellington: Health Quality & Safety Commission. www.hqsc.govt.nz.
6. (TemaNord 2010:572) REFERENS!
7. Deilkås, ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2013. Rapport fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 2014.
8. Skador i vården - Skadeområden, undvikbarhet samt förändringar över tid SKL Rapport 2015, ISBN 978-91-7585-295-9
9. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting, 2012 ISBN: 978-91-7164-847-1

10. [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer i pdf/2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-maj-2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-2015-270515.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer%20i%20pdf/2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-maj-2015/Indblik-i-sundhedsvaesenets-resultater-2015-270515.ashx)
11. Skador i vården – sammanställning av klinikvisa resultat. Markörbaserad journal- granskning 2013-14, SKL Rapport 2014. (<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/skador-i-varden-sammanstallning-av-klinikvisa-resultat-markorbaserad-journalgranskning-januari-2013-juni-2014.html>)
12. Skador i vården – skadepanorama och kostnader inom kirurgisk verksamhet 2013 Rapport från Svensk Kirurgisk förening, 2014. (<http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/forskning/Skador-i-vaarden-skadepanorama-och-kostnader-foer-kirurgi.pdf>)
13. Skador i vården – skadepanorama och kostnader inom ortopedisk verksamhet 2013. Rapport från Svensk Ortopedisk förening, 2014. (<http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/forskning/Skador-i-vaarden-skadepanorama-och-kostnader-inom-ortopedisk-verksamhet.pdf>)
14. Health at a Glance, 2015. OECD Indicators. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

4. Arbejdet med patientsikkerhedskultur

4.1 Introduktion

Definition og specifikation af patientsikkerhedskultur

Patientsikkerhedskultur repræsenterer sundhedsprofessionelles delte antagelser, værdier, attituder og adfærd i forhold til patienternes sikkerhed i sundhedsvæsenet. Patientsikkerhedskultur kan defineres som *"et integreret mønster af individuel og organisatorisk adfærd, som er baseret på fælles holdninger og værdier, der kontinuerligt søger at minimere patientskade, som måtte opstå ved levering af sundhedsvæsnets ydelser"* (I sin originale version: *"An integrated pattern of individual and organisational behaviour, based upon shared beliefs and values that continuously seek to minimise patient harm, which may result from the processes of care providing"*)(2). Patientsikkerhedsklimaet (PSK) repræsenterer de sundhedsprofessionelles opfattelse af patientsikkerhedskulturen. Kultur og klima repræsenterer således to lag af samme fænomen, hvor kulturen er dybere liggende.

I litteraturen anvendes flere definitioner for patientsikkerhedskultur, og fælles for disse er, at patientsikkerhedskultur udgøres af sundhedspersonalets adfærd, værdier, holdninger og antagelser om patienternes sikkerhed. Patientsikkerhedskulturen er med andre ord den sociale og normative "lim", der binder organisationens medlemmer sammen og stadfæster "måden vi typisk gør tingene på hos os"(3;4).

State of the art

Tjernobylyllykken i 1980'erne var årsag til, at man i industrien og blandt forskere blev mere opmærksomme på såvel teknologiske, organisatoriske som kulturelle faktorer som årsager til ulykker (4).

I 1990'erne blev der foretaget undersøgelser af forekomsten af utilsigtede hændelser blandt somatiske patienter i USA og Australien. Prævalensen af utilsigtede hændelser blandt indlagte somatiske patienter blev estimeret til fire henholdsvis 17 %. I 1999 udkom "To Err Is Human: Building a Safer Health System", hvori det blev anslået, at godt 100.000 amerikanere døde årligt pga. forebyggelige skader opstået i forbindelse med behandling. Rapporten skabte stor opmærksomhed, og året efter påpegede to pionerer inden for patientsikkerhed: "The necessary changes are as much cultural as technical" (9-11). Disse initiativer har over tid skabt opmærksomhed om patienternes sikkerhed og systemets rolle i forbindelse hermed. I Norden er det i dag anerkendt, at hvor mennesker arbejder sammen om komplekse og risikofyldte opgaver, som kan have konsekvenser for andre mennesker, eksisterer der en sikkerhedskultur. I sundhedsvæsenet omfatter sikkerhedskulturen både arbejdsmiljøet og patientsikkerhedskulturen. Sidstnævnte skabes af personalet og angår patienterne (4).

Måling af patientsikkerhedskultur kan ske ved at anvende både kvalitative og kvantitative metoder og en blanding af begge. Der kan fx anvendes spørgeskemaer til selvrapporteret opfattelse af kulturen, observation eller dialogbaserede metoder (12-15).

I 2010 kortlagde European Network for Patient Safety (EUNetPaS) brugen af instrumenter til måling af patientsikkerhedskultur i hele EU, og kom med anbefalinger om, hvilke instrumenter der fordelagtigt kan bruges til at vurdere patientsikkerhedskultur. Følgende instrumenter blev anbefalet:

- Safety Attitude Questionnaire (SAQ)
- Hospitals Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)
- Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) (2).

MaPSaF findes til primærsektor, psykiatrien, ambulante enheder, akut modtagelser og apoteker. Det er et dialogbaseret procesredskab. Det er udarbejdet til at bidrage til, at sundhedspersonalet kan reflektere over og vurdere deres egen patientsikkerhedskultur med henblik på at bedre praksis (16). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) er udviklet fra Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Der er fire skemaer fra AHRQ udviklet til apoteker, plejehjem, hospitaler samt læge- og speciallægepraksis. Skemaerne består af 42 spørgsmål, der dækker 12 dimensioner af kulturen (17). Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) er oprindeligt udviklet ved University of Texas. Der var oprindeligt otte forskellige speciale- eller temaspecifikke SAQ-skemaer, som var målrettet til brug på hospitaler. I dag anbefales en kort generisk version med 38 spørgsmål, som måler seks dimensioner af kulturen. De respektive hospitalsversioner (SAQ og HSPSC) er vurderet op imod hinanden med den konklusion, at de begge har psykometriske og praktiske styrker og svagheder. Når man skal vælge målemetode, anbefales det, at man vurderer målingens formål op imod skemaets indhold, længde og personalets villighed til deltagelse (18).

For at få det maksimale ud af en patientsikkerhedskultur-vurdering er der nogle vitale forudsætninger, som anbefales opfyldt i forbindelse med planlægning og gennemførelse af en kvantitativ patientsikkerhedskultur måling. Følgende fire trin foreslås: 1) involvering af interessenter 2) valg af en egnet metode 3) anvendelse af effektive dataindsamlingsmetoder, og 4) udfærdigelse af handleplaner og implementering af forbedringsinitiativer (19). For at sikre et repræsentativt og generaliserbart resultatmateriale, der kan fungere som beslutningsgrundlag for forbedringsinitiativer, skal det sikres, at deltagelsen er så høj som mulig, samt at svarene er akkurate og ikke er behæftet med fejl (19).

Der er ikke etableret en årsags-virknings-effekt mellem klinisk adfærd, patientsikkerhedskultur og kliniske effektmål, dette forhold synes at være komplekst og nonlinear, men der er dokumenteret en sammenhæng mellem forbedring af patientsikkerhedsklima og en reduktion af specifikke kvalitetsproblemer som f.eks. fald, infektioner, udskiftning af personale, indlæggelsestid og mortalitet. I studier, hvor man gennemførte teamtræning, implementeret patientsikkerhedsrunder eller multifacetterede forbedringsprogrammer, blev der fundet størst effekt. Fælles for disse interventioner var, at der er et stort ledelsesmæssigt engagement (20-22).

Faktaboks 4.1. Nøglepunkter om patientsikkerhedskultur (5-8).

- Patientsikkerhedskultur udmøntes i personalets og ledernes værdier, normer og holdninger samt den faktuelle adfærd
- Patientsikkerhedskultur er den måde, man tænker på patientsikkerhed og strukturerer og implementerer risikostyring i organisationen
- Patientsikkerhedskulturen relaterer sig til patienternes sikkerhed under komplekse og varierende omstændigheder
- Samarbejde, kommunikation, risikoidentifikation og læring, stress-erkendelse, samt ledelsesopbakning er eksempler på dimensioner af patientsikkerhedskultur
- Patientsikkerhedsklima kan f.eks. måles ved hjælp af et spørgeskema, ved observation eller dialogbaserede metoder
- Ved at undersøge et antal dimensioner af patientsikkerhedsklimaet får man et indtryk af dets styrker og svagheder
- Der er dokumenteret en sammenhæng mellem en positiv udvikling af patientsikkerhedsklimaet og en reduktion af specifikke patientsikkerhedsproblemer
- Effektive interventioner til forbedring af patientsikkerhedskultur er karakteriseret ved stærkt ledelsesengagement

I 2010 afsluttede en arbejdsgruppe under Nordisk Ministerråd et arbejde om patientsikkerhed, det blev anbefalet at anvende spørgeskemaer som en løftestang til at synliggøre niveauet og forbedre patientsikkerhedskulturen på sygehusene i de nordiske lande, og at måle på udbredelsen af spørgeskemaer til måling af patientsikkerhedskultur (2).

4.2 Formål

Formålene med arbejdet i ekspertgruppen for patientsikkerhedskultur var at:

1. Kortlægge hvilke patientsikkerhedskultur-metoder, der er a) oversat, b) anvendt og c) valideret i de nordiske lande
2. Beskrive erfaringer med at anvende metoder til måling af patientsikkerhedskultur
3. Beskrive kontekstfaktorer med indflydelse på måling af patientsikkerhedskultur
4. Kortlægge og beskrivelse interventioner til forbedring af patientsikkerhedskultur (og hovedresultater)
5. Identificere dimensioner af patientsikkerhedskultur, der ikke måles på endnu, og forslag til hvordan disse dimensioner defineres

4.3 Sammensætning af og repræsentation i ekspertgruppen

Sammensætning af og repræsentation i ekspertgruppen er dokumenteret i faktaboks 4.2. Arbejdet i gruppen er blevet ledet af Danmark ved Solvejg Kristensen. Danmark, Norge, Finland og Sverige har deltaget aktivt i arbejdet, mens Island, Grønland og Færøerne har være "lyttende" samar-

bejdspartnere. For Island, Grønland og Færøerne bringes derfor en kort status på arbejdet med patientsikkerhedskultur.

Faktaboks 4.2 Udpegende eksperter til ekspertgruppen om patientsikkerhedskultur

Danmark	
Solvejg Kristensen	Databasernes Fællessekretariat og Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet
Jan Mainz	Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien og Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Paul Bartels	Databasernes Fællessekretariat og Klinisk Institut, Aalborg Universitet
Finland	
Teemu Reiman	Teknologiska forskningscentralen, VTT
Petri Volmanen	Institutet för hälsa och välfärd, THL
Grønland	
Marianne Eberhart	Det Grønlandske Sundhedsvæsen
Island	
Leifur Bardarson	Medicinal direktoratet
Laura Scheving Thorsteinsson	Medicinal direktoratet
Norge	
Ellen Tvetter Deilkås	Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram, og Akershus universitetssykehus
Anne Karin Lindahl	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Universitetet i Oslo
Sverige	
Marita Danielsson	Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet
Hans Ruthberg	Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet og Sveriges Kommuner och Landsting, Sverige

Arbejdet med patientsikkerhedskultur på Island, i Grønland og på Færøerne

På Island startede undersøgelse og forbedring af patientsikkerhedskulturen i 2003, og der er siden gennemført en række undersøgelser. Såvel HSPSC som SAQ er oversat til islandsk og valideret til brug på Island. Der er gennemført fem studier af patientsikkerhedskulturen ved brug af HSPSC på Landspítali i Reykjavík. Studierne inkluderede personale fra forskellige afdelinger som operationsafdelingen, intensiv, kirurgisk og medicinsk afdeling. Uden for Reykjavík er der gennemført et studie på fire små islandske sygehuse ved brug af HSPSC. Der er tillige gennemført et enkelt studie ved brug af den islandske version af SAQ (SAQ-IS) blandt sygeplejesker og læger på operationsafdelingen på Landspítali i Reykjavík. På tværs af undersøgelse har personalet set samarbejdet som det stærkeste ved kulturen og støtte fra ledelsen og bemanning som det svageste ved kulturen. Studierne har været brugt til at skabe bevidsthed om kvaliteten af patientsikkerhedskulturen. Dette er lykket, og der ses forbedringer både blandt ledere og frontline personale. Studierne har været understøttet af Landspítalinn og Medicinal direktoratet. Guidelines findes på Medicinal direktoratets hjemmeside sammen med foredrag.

Patientsikkerhedsarbejdet er i meget tidlige stadier i Grønland og på Færøerne. I Grønland har der endnu ikke været gennemført undersøgelser af patientsikkerhedskulturen. På Landsygehuset på Færøerne blev initiativet "Trygd og Dygd" (Patientsikkerhed og kvalitet) igangsat i september 2013. Programmet indeholder en række metoder og tiltag til direkte eller indirekte forbedring af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden fx indikatormonitorering, rapportering af utilsigtede hændelser, lederudvikling, patientsikkerhedsrunder, akkreditering og måling og udvikling af patientsikkerhedskulturen. Ved lancering af "Trygd og Dygd" blev der gennemført en måling af patientsikkerhedskulturen, dette skete før nogen andre tiltag blev iværksat. Der blev inviteret 557 personaler fra de fem kliniske centre og fra stabsenhederne under topledelsen, 367 (65%) personaler besvarede den danske version af Safety Attitude Questionnaire (SAQ-DK). Jobtilfredshed blev opfattet mest positivt, mens ledelsens opbakning til patientsikkerhedsarbejdet havde størst forbedringspotentiale. Undersøgelsen blev suppleret af to kvalitative spørgsmål, der afdækkede, hvor personalet så den næste utilsigtede hændelse ske, og hvilke forslag de havde til at forebygge en sådan hændelse. Resultaterne fra undersøgelsen er under publicering.

4.4 Ekspertgruppens arbejdsproces

Ekspertgruppens primære arbejdsform har været mailkorrespondance, dertil kommer fire telefonkonferencer og tre face-to-face arbejds møder.

I efteråret 2013 startede gruppen ud med at definere formål og specificere leverancer ved et indledende face-to-face møde, hvor gruppens medlemmer også opdaterede hinanden på status og problemer med måling, vurdering og udvikling af patientsikkerhedskultur. Forslaget fra ekspertgruppen blev koordineret med de andre gruppers arbejde og godkendt af arbejdsgruppen. Gruppens formål og leverancer har dannet rammen om og styret arbejdet i gruppen.

I første omgang var arbejdet i ekspertgruppen centreret om at opfylde de første tre formål, som beskrevet ovenfor. Arbejdet mandede ud i et udkast til en artikel, der blev indsendt primo 2015. Efterfølgende koncentrerede gruppen sig om de næste to formål, som beskrevet ovenfor.

Med henblik på at berige gruppens arbejde og fundere dataindsamling og ekspertgruppens anbefalinger på et så bredt grundlag som muligt har gruppen tillige i samarbejde med gruppen for Global Trigger Tool forberedt og gennemført en workshop for nordiske specialister med viden om og erfaring i anvendelse af de to metoder. De to grupper har forberedt workshoppen ved en serie af telefonkonferencer. Output fra workshoppen indgår i resultat afsnittet.

4.5 Resultater

Formål 1: Kortlægning af patientsikkerhedskulturmetoder

Det første formål var, at kortlægge hvilke patientsikkerhedskulturmetoder, der er a) oversat, b) valideret og c) anvendt i de nordiske lande. I tabel 1 nedenfor vises resultaterne af kortlægningen. Informationerne er indsamlet via ekspertgruppens medlemmer i efteråret 2015.

Tabel 1. Patientsikkerhedskulturinstrumenter, der kan anvendes til at vurdere kulturen med og som er tilgængelige i de nordiske lande.

Karakteristika ved instrumentet	Land	HSPSC ¹	SAQ ¹	MaPSaF ¹	TUKU ¹	NSPSC ²	MOSOPS ³
Oversat eller udviklet	DK	X	X	X		X	X
	FIN	X			X		
	IS	X	X				
	NO	X	X				
	SE	X	X	X			
Valideret	DK		X	X			
	FIN	X			X		
	IS	X	X				
	NO	X	X				
	SE	X	X				
Anvendt på national niveau ⁴	DK		X				
	FIN	X			X		
	IS		X				
	NO	X	X				
	SE	X					
Anvendt på lokalt niveau ⁵	DK		X	X	X	X	X
	FIN						
	IS	X	X				
	NO	X	X				
	SE		X	X			

¹ HSPSC; Hospital Survey on Patient Safety Culture SAQ; Safety Attitude Questionnaire – forskellige versioner, MaPSaF; Manchester Patient Safety Framework, TUKU; The Finnish Safety Culture Questionnaire, TUKU stammer fra det finske ord for sikkerhedskultur, TURvallisuuSKULTtuuri

² NSPSC; Nursing Home survey on Patient Safety Culture

³ Medical Office Survey on Patient Safety Culture

⁴ Et initiativ anses for at være på nationalt niveau, når det er implementeret i enten 1) alle institutioner (fx hospitaler) på landsplan, eller 2) i et antal institutioner (fx hospitaler) på tværs af én eller flere regioner

⁵ Et initiativ anses for at være på lokalt niveau hvis det er implementeret i enten en hel institution eller i dele af en institution fx et hospital, et plejehjem, sundhedsplejen eller et sundhedscenter

ⁱ MaPSaF er valideret til brug på apoteker; Phipps DL, De BJ, Herborg H, Guerreiro M, Eickhoff C, Fernandez-Llamos F, et al. Evaluation of the Pharmacy Safety Climate Questionnaire in European community pharmacies. *Int J Qual Health Care* 2012 Feb;24(1):16-22

Formål 2: Dele erfaringer med at anvende metoder til måling af patientsikkerhedskultur

Det andet formål var, at beskrive erfaringer med at anvende metoder til måling af patientsikkerhedskultur. I tabel 2 vises en liste af "Tips og Tricks" i forbindelse med anvendelse af metoder til måling af patientsikkerhedskultur. De er erfaringsbaseret og indsamlet via ekspertgruppens medlemmer og på førromtalte workshop. Listen kan bruges som inspiration, når man ønsker at planlægge, gennemføre, eller afrapportere patientsikkerhedskulturmålinger og opfølgende forbedringsinitiativer. Listen formål er at dele og sprede gensidige viden, den er ikke fuldstændig og ikke alle "Tips og Tricks" vil være anvendelige til ethvert projekt. Listen skal derfor bruges med omtanke og tjene til inspiration, men ikke som definitiv facitliste til det gode projekt.

Tabel 2. Tips og Tricks i forbindelse med planlægning, gennemførelse, afrapportering af patientsikkerhedskulturmålinger og opfølgende forbedringsinitiativer

Delproces	Tips og Tricks til refleksion
Planlægning og gennemførelse	
Hvordan forankres initiativet bedst så deltagelsen bliver høj?	<ul style="list-style-type: none"> • Med et tydeligt budskab om formålet og opbakning fra alle i linjeledelsen
Hvordan forankres initiativet bedst der kan følges op med forbedringsinitiativer?	<ul style="list-style-type: none"> • Med en langsigtet plan fra starten, planen skal klarlægge, hvornår der følges op
Ansvarlig for projektledelse – hvad virker godt?	<ul style="list-style-type: none"> • Det der er logisk, placerer ansvar hos en person med indblik i organisationen og dens måder at gøre tingene på, • Lægt vægt på kompetencer, og mulighed for samarbejde • Hvis muligt, sørg for integration med andre projekter på personniveau
Ansvarlig for dataindsamling – hvad virker godt?	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring hos en person med kendskab til spørgeskemaundersøgelser og patientsikkerhed
Faktorer med indflydelse på beslutningen hvilket instrument der skal anvendes	<ul style="list-style-type: none"> • Tilgængelighed af (validerede) måleinstrumenter • Erfaringer • Relevans af dimensioner og items
Selve måleinstrumentet – hvad er godt og skidt?	<ul style="list-style-type: none"> • Et valideret spørgeskema bør ikke ændres • Et spørgeskema kan ikke give dybdegående informationer om patientsikkerhedskulturen • Spørgeskemaer er en måde at indsamle systematiske informationer om medarbejdernes syn på kulturen, men informationerne er ikke udtømmende i sig selv • En spørgeskemaundersøgelse bør suppleres med kvalitative informationer fx fra opfølgende dialogmøder, hvor resultaterne præsenteres og uddybes/forklares
Inklusion af personale – hvem skal / skal ikke deltage?	<ul style="list-style-type: none"> • Så mange som muligt • Personale der samarbejder om patienternes sikkerhed • Undersøgelsespopulationen bør afstemmes med undersøgelsens formål • Beslutning om hvem, der skal deltage, bør tages i fællesskab i organisationen

Delproces	Tips og Tricks til refleksion
<i>Hvordan administreres undersøgelsen bedst (Fx papir vs elektronisk)?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Via link i en e-mail, sørg for at der er nok tilgængelige computere og at alle har adgang, ellers går det ud over deltagelsen Hvis der anvendes papirformat tænk på indtastningsbyrden, hvem gør det, hvor lang tid tager det, og hvad er mængden af fejlindtastninger?
<i>Hvad skal tidrammen ideelt være for deltagelse?</i>	<ul style="list-style-type: none"> 3-4 uger til at svare, planlæg eventuelt med 2 uger og udvid med en uge Følg normen for lignende undersøgelser i organisationen
<i>Antal påmindelser?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Maksimalt en per uge, men gerne flere over tid
<i>Invitationen til deltagelse – hvordan skal den bedst udformes?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Den skal være kort, indbydende og informativ Informere om confidentialitet, og hvordan data opbevares og behandles, og hvem der har og ikke har adgang til at se rådata (=medarbejdersvar) Den skal fortælle, hvordan informationerne skal bruges, hvordan der gives resultat feed-back, hvem der står bag undersøgelsen og hvordan/om der sker offentliggørelse af resultaterne, og hvis ja på hvilket niveau (afsnit/hospital/anden enhed)
<i>Kommunikation/information om undersøgelse til at understøtte deltagelse</i>	<ul style="list-style-type: none"> Brug så mange forskellige metoder som muligt, fx mail, postere, intranet, avisen, informationsskærme, opslagstavler, sociale medier Sørg for en præcis motiverende information tilpasset mediet, link eventuelt til uddybende information, for dem der gerne vil vide mere Lav en kommunikationsstrategi både for gennemførelse og for resultatformidling
<i>Forslag til brug af tiltag, der kan støtte deltagelsen (web, mails, flyers, posters etc.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Information fra topledelsen Information i kantinen/personale rum Lokale tavler Intranet Flyers Honorér ikke for gode svar fx en god kultur, det vil påvirke undersøgelsens resultater Man kan honorere kollektivt for en høj deltagelsesprocent Hvis undersøgelsen distribueres sammen med en anden undersøgelse kan den blive for lang og deltagelsen falder
<i>Hvad er ledelsens rolle i forbindelse med planlægning og gennemførelse?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Uddele tydeligt mandat og resurser Følge processen fra måling til forbedring – være nærværende og vidende Efterspørge resultaterne og opfølgende forbedringsinitiativer
<i>Andet vedrørende planlægning</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sæt mål for hvad man vil opnå fx en forbedring, eller hvad man anser for en god kultur før man starter, derved kan man benchmarke mod sine egne standarder fx 70 % positive svar eller 75 % personaler med en positiv holdning Brug nok tid (lang) til grundig detaljeret planlægning – det betaler sig. tænk baglæns fra resultatet – hvordan opnås? Gør erfaringer ved pilottest
Data, data analyse og resultat-feedback	
<i>Hvordan forankres ejerskab til rådata bedst etisk?</i>	<ul style="list-style-type: none"> I ledelsesorganisationen Følg gældende lovgivning og lokale retningslinjer, undersøg og test etiske aspekter af på udvalgte i organisationen, integrer denne viden i implementeringen
<i>Hvor ligger ansvaret for dataanalysen</i>	<ul style="list-style-type: none"> Det bør aftales i forbindelse med planlægning Det kan være forskelligt alt efter hvem der er opdragsgiver og hvordan undersøgelsen gennemføres
<i>Hvordan gives bedst resultat-feedback til klinisk niveau (Form)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Planlæg før undersøgelsen, hvordan resultaterne formidles til deltagerne, og afstem det med den lokale ledelse Betragt og behandl resultat-feedback som en del af kulturanalysen/interventionen. Den måde, som organisationen responderer på, fortolker og forklarer resultaterne på forklarer i sig selv en del af kulturen Afreportering til klinisk niveau i power point format er anvendelig Rapportformidling er en fin metode, men tænk på målgruppen Skriftlig afreportering bør følges op af dybdegående dialog Uanset form skal det være let for læseren at finde information om hvad

Delproces	Tips og Tricks til refleksion
	<p>de forskellige dimensioner af kulturen dækker over fx hvad ligger der i "job tilfredshed" eller "samarbejde på tværs af enheder". Det er vigtigt at vide hvad disse dimensioner konkret dækker over, så man ved den opfølgende dialog og analyse af resultaterne kan finde ud af hvorfor resultaterne ser ud som de gør og identificere sammenhænge på tværs af dimensioner</p> <ul style="list-style-type: none"> Resultaterne skal formidles til deltagerne på en enkelt og visuel måde, således at de er tilgængelige for alle faggrupper Undersøg vaner hos enheden, der skal have resultat-feedback – hvordan gøres det i andre undersøgelser? hvis det virker, så brug den samme form Sørg for resultat-feedback på så lavt et niveau som muligt, derved sikres at resultaterne opleves relevante, giver mening og motiverer til opfølgning Præsenter ikke resultater for subgrupper af medarbejdere, som ikke arbejder sammen i det daglige – heller ikke for at opnå volumen for små grupper, find andre veje Beslut før dataindsamlingen hvor små analysegrupper man vil acceptere af etiske årsager Giv en vejledning til hvordan man læser og forstår resultaterne på forskellige niveauer, fx hvad er ledelsens opgave, hvordan bruges resultaterne af klinikere, patienter, pårørende og politikere med flere?
<i>Hvordan engageres frontlinje personalet i fortolkning af resultaterne?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Gennem dialog om resultaterne fx ved kvalitative opfølgingsmøder Lad medarbejderne selv komme med deres bud på, hvorfor kulturen ser ud som den gør, præsenter ikke færdige konklusioner, lyt og spørg
<i>Ledelsens rolle i forbindelse med data, data analyse og resultat-feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ledelsen bør facilitere psykologisk sikkerhed, således at deltagerne har vished om, at ingen offentliggjorte resultater giver anledning til at enkeltpersoner kan identificeres Ledelsen bør støtte op om og aktivt deltage i formidling af resultaterne både skriftligt og mundtligt
Resultater	
<i>Hvordan identificeres styrker og svagheder i resultaterne?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sæt mål for hvad man gerne vil opnå for undersøgelsen før man starter, sæt også mål for, hvad der er uacceptabelt. Identificer styrker og svagheder herud fra og tal om resultaterne
<i>Effektive metoder til opfølgning af identificerede styrker og svagheder?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitative dialogmøder: spørg hvorfor resultaterne ser ud som de gør og lad som minimum medarbejderne give deres bud på de underliggende årsager
<i>Offentliggørelse af resultaterne fx på internettet – hvilke overvejelser bør man gøre sig?</i>	<ul style="list-style-type: none"> De bør offentliggøres efter at personalet er informeret om det Niveauet skal tilpasses organisationens formåen – man skal kunne komme tilbage og måle igen
<i>Offentliggørelse af resultaterne internt i organisationen, hvor der er målt – hvilke overvejelser bør man gøre sig?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Find de rette niveau og sørg for at der er nok volumen i grupper der offentliggøres, så ingen føler, at de kan identificeres
<i>Deling af resultaterne med pressen – hvilke overvejelser bør man gøre sig?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Overvej hvad man vil sige til pressen før de selv eftersøger information, dermed kan man selv forme indholdet fx med en pressemeddelelse Overvej niveauet for offentliggørelse af resultater og hvilke positive og negative konsekvenser det kan have at offentliggøre på afsnitsniveau versus hospitalsniveau
<i>Ledelsens rolle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Jo mere ledelsesinvolvering jo bedre. Det vil sige, at ledelsen skal formilde og forstå resultaterne, konceptet patientsikkerhedskultur og være i stand til at gå i dybden med analyse af, hvorfor resultaterne er faldet ud, som de er
Forbedrings- og opfølgingsaktiviteter	
<i>Hvad er vigtigt i forbindelse med planlægning?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Langsigtet planlægning der inkluderer processen fra måling til forbedring
<i>Hvad er vigtigt i forbindelse med implementering?</i>	<ul style="list-style-type: none"> Kombiner forbedringsinitiativer med forbedring af kliniske effektmål der er kendt i organisationen
<i>Hvad er ledelsens rolle i forbindelse med for-</i>	<ul style="list-style-type: none"> Efterspørge og støtte op om resultater, forbedringsinitiativer og handle-

Delproces	Tips og Tricks til refleksion
<i>bedrings- og opfølgingsaktiviteter</i>	planer
<i>Hvordan motiveres og engageres frontlinjepersonalet i forbindelse med forbedrings- og opfølgingsaktiviteter</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deltage i udformningen af handlingsplaner og forbedringsinitiativer • Anerkendes for forbedringsinitiativer og resultater

Formål 3: Identificere kontekst-faktorer med indflydelse på måling af patientsikkerhedskultur

Det tredje formål var at beskrive kontekstfaktorer med indflydelse på måling af patientsikkerhedskultur. Dette er gjort i en videnskabelig artikel, der beskriver fire patientsikkerhedskulturinitiativer fra Danmark, Finland, Norge og Sverige. De epidemiologiske- og kontekstaktorer, der er i spil i hvert initiativ, er sat i forhold til deltagelsen og klassificeret som fremmere og hæmmere. Artiklen er ved denne rapport's afslutning i peer-review.

Formål 4: Beskrive interventioner til forbedring af patientsikkerhedskultur

Det fjerde formål var, at kortlægge og beskrive interventioner til forbedring af patientsikkerhedskultur (og hovedresultater). I det efterfølgende bringes fire cases, der på hver deres måde belyser forskellige initiativer vedrørende måling og forbedring af patientsikkerhedskultur. Alle cases er fra nordiske lande og udvalgt tilfældigt. De kan anvendes til inspiration.

Tabel 3. Case-beskrivelse fra Danmark vedrørende måling af patientsikkerhedskultur ved brug af en dansk version af Safety Attitude Questionnaire

Kort beskrivelse af patientsikkerhedskulturmålingen

Studiet fandt sted i 2013 på Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien, hvor patientsikkerhedsklimaet blev undersøgt før og efter en ledelsesintervention.

Til måling af patientsikkerhedsklimaer blev den danske version af Safety Attitude Questionnaire (SAQ-DK) anvendt (1). SAQ-DK er fundet psykometrisk valid. SAQ-DK består af syv patientsikkerhedsklima composites for: samarbejdsklima, sikkerhedsklima, jobtilfredshed, stress-erkendelse, opfattelse af den daglige ledelse, opfattelse af afdelingsledelsen og arbejdsbetingelser. Resultater på SAQ-DK opgøres som %-positive, det vil sige som andelen af respondenter med en positiv holdning til kulturen defineret ved en individuel skala-score på 75 eller over. Tillige opgøres SAQ mean skala scores.

Interventionen havde til formål at opdatere og afstemme lederne om og færdigheder i kvalitetsledelse, og bringe lederne og afdelingen til et højere præstationsniveau. Interventionen fandt sted over ca. seks måneder mellem de to målinger af patientsikkerhedskulturen. Interventionen bestod af fem moduler, der fokuserede på: 1) ledelse som profession og fag, 2) situationsbestemt og coachende ledelse, 3) ledelse af kommunikation, konflikt og forandring, 4) motivation, udvikling og forandring, og 5) ledelse af grupper og teams. Interventionen bestod af akademisk læring, diskussioner, øvelser, net-working, og sparring. Ledelserne blev tillige tilbudt fire forskellige ledelses-selv-test samt individuel supervision ved en ekstern organisationspsykolog.

Femten af 19 ledere deltog i alle moduler. Deltagelsen i hver af de to patientsikkerhedskulturmålinger var over 75 %.

Motivation for at måle på kulturen

Litteraturen peger på kulturen som en mediator og indikator for patienternes sikkerhed, samtidig er det lederne som har indflydelse på, hvordan kulturen skabes. Derfor var det et ønske at undersøge, om der ville ske en ændring i patientsikkerhedskulturen over den tidsperiode, hvor lederne gennemgik et intensivt ledelsesprogram.

Mål for at ønske at forbedre kulturen – Hvad ønsker man at opnå?

Målet var en forbedring i klimaet på $\geq 5\%$ fra før til efter interventionen

Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?

Mean skala scores og %-positive blev opgjort før og efter interventionen for samtlige composites, og forskellen per dimension af patientsikkerhedskulturen opgjort.

Læringspunkter – Besked til andre

- Der blev fundet en forbedring $\geq 5\%$ for fem af syv dimensioner
- Interventionen var skræddersyet til de lokale behov både i implementeringsform og indhold
- Der er behov for at lederne anerkender deres rolle i forbindelse med at skabe patientsikkerhedskulturen
- Ledelserne bør kende kulturen inden for deres ledelsesområde, vide hvornår der er behov for forbedringsinitiativer, og hvordan de iværksættes

Publikation af resultaterne er pågående ved denne rapport afslutning

Tabel 4. Case-beskrivelse fra Finland vedrørende målinger af patientsikkerhedskultur ved brug af TUKU (23-26).

Kort beskrivelse af patientsikkerhedskulturmålingen

I 2013 blev der gennemført et studie med to forskningsspørgsmål:

1. Har TURvallisuusKulttuuri (TUKU) en konstruktionsvaliditet, der gør det muligt at anvende det til at indsamle information om patientsikkerhedskultur?
2. Har TUKU spørgeskemaet en kriterie validitet, der gør det muligt at anvende det til at indsamle information om patientsikkerhedskultur

Stikprøven bestod af 1162 sundhedspersonaler fra fire organisationer i den primære sundhedstjeneste (N=394, 34,3 %) og tre sociale organisationer (N=755, 65,7 %). Faktorstrukturen for TUKU blev undersøgt ved faktor analyse, og Cronbachs alfa bestemt med henblik på at undersøge skemaets interne konsistens. Forskelle i opfattelsen af psykologiske og organisatoriske dimensioner af kulturen blev undersøgt i forhold til profession og organisation. Med henblik på at besvare spørgsmål 2 blev der anvendt data fra den ene af de organisationer der deltog i studiet 1 (N = 553). Data vedrørende utilsigtede hændelser og nær-hændelser blev indsamlet fra et frivilligt rapporteringssystem, Haipro. Haipro havde været i brug på hospitalet siden 2007. Resultater fra hver dimension af TUKU blev korreleret med oplysninger om utilsigtede hændelser og nær-hændelser for hvert sengeafsnit (N = 40).

Motivation for at måle på kulturen

Udviklingen af TUKU startede i 2008. Den psykologiske del af spørgeskemaet er baseret på et instrument, der oprindeligt blev udviklet i den nukleare industri. Den organisatoriske del var baseret på en gennemgang af relevant litteratur om sikkerhedskultur og på erfaringer fra arbejde i flere sikkerhedskritiske domæner. Flere versioner af spørgeskemaet eksisterede på grundlag af de målinger, der blev foretaget i løbet af 2008 - 2012, men der var ikke gennemført en egentlig validering.

Mål for at ønske at forbedre kulturen – Hvad ønsker man at opnå?

At klarlægge validiteten af TUKU og identificere yderligere behov for udvikling af TUKU.

Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?

TUKUs evne til både at vise forskelle inden for stikprøven samt et overordnet tilpas teoretisk match indikerer en vellykket balance mellem kontekst-specificitet og skemaets generelle dækning og anvendelse.

Læringspunkter – Besked til andre

- TUKU sigter mod at give forslag til forbedringer samt at indsamle videnskabelige data for at øge viden om patientsikkerhedskultur. Til begge formål, er det vigtigt for spørgeskemaet til at have en stærk og eksplicit videnskabelig baggrund.
- Selv når man bruger et valideret spørgeskema til evaluering af patientsikkerheden, skal resultaterne altid formidles til den deltagende organisation og betydningen af resultaterne drøftes med personalet i for eksempel i smågrupper eller ved seminarer.
- Når det er muligt skal resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse af patientsikkerhedskulturen suppleres med andre forskningsteknikker, såsom interviews, gruppediskussioner eller auditering af resultater. Hver af disse metoder er værdifulde og giver forskellige og værdifulde oplysninger om sikkerhedskulturen. For eksempel kan resultaterne behandles dybdegående fra forskellige angrebsvinkler.

Tabel 5. Case-beskrivelse fra Norge vedrørende de nasjonale målinger af patientsikkerhedskultur ved bruk af den norske versjon af Safety Attitude Questionnaire.

Kort beskrivelse af patientsikkerhedskulturmålingen

Målingene ble utført på alle landets 20 helseforetak og de fleste private sykehus i 2012 og 2014, i regi av Den nasjonale patientsikkerhetskampanjen, som var initiert av Helseministeren.

Faktorene Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima, samt tre spørsmål om ledelse fra den norske validerte oversettelsen av SAQ Shortform 2006 (Generic version) ble brukt(1). Selv om Styringsgruppen for patientsikkerhetskampanjen bestemte at helseforetakene skulle rapportere resultater for klinikker og divisjoner valgte mange helseforetak å rapportere sine resultater på lavere nivåer. Dette fordi målingene gjenspeiler kulturer som varierer mer på sengepost og poliklinikk nivå, enn på høyere organisatoriske nivåer(2).

Totalt 2104 behandlingenheter (sengeposter og poliklinikker) deltok i kartleggingen i 2012. Totalt 76864 ansatte ble invitert til å delta og hele 65 % av de inviterte svarte på spørreundersøkelsen. I 2014 deltok flere behandlingenheter (totalt 2479) og noen flere ansatte ble invitert til å delta (77457). Deltakelsen i 2014 var på 62 %.

Motivation for at måle på kulturen

Forbedring av patientsikkerhedskultur var et av hovedmålene i patientsikkerhetskampanjen fordi det er dokumentert at kulturen for hvordan ledere og ansatte samarbeider om å redusere risiko for uønskede hendelser har betydning for forekomsten. Formålet med målingene var at resultatene skulle brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det skulle lages handlingsplaner i enheter der målingene viste at det var behov for forbedringstiltak. Målingene skulle også veilede sykehusdirektørene til enheter med gode og dårlige sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. Informasjonen kunne brukes ved prioritering av enheter de skulle gå patientsikkerhetsvisitter til. Patientsikkerhetskampanjen skulle bruke målingene til å evaluere om patientsikkerhedskulturen i norske helseforetak var blitt bedre.

Mål for at ønske at forbedre kulturen – Hva ønsker man at oppnå?

Målet var at flere sengeposter og poliklinikker skulle oppnå et godt sikkerhetsklima og et godt teamarbeidsklima. Det gjenspeiles i prosentandel ansatte som rapporterer et godt klima i hver enhet. Dert langsiktige målet er at prosentandelen skal ligge over 80%.

Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?

Økning i andel sengeposter og poliklinikker som oppnådde et godt sikkerhetsklima og et godt teamarbeidsklima fra 2012 til 2014 ble ikke beregnet fordi mange helseforetak ikke hadde rapportert data på sengepost og poliklinikk nivå i 2012.

Læringspunkter – Besked til andre

- Det er stor variasjon i ansattes oppfatninger av sikkerhetsklima og teamarbeidsklima mellom enheter internt i sykehusene.
- Lederutfordringene for å forbedre patientsikkerhedskulturen befinner seg både på høyeste og laveste organisatoriske nivå i sykehusene.
- Overordnede ledere må følge opp og støtte førstelinjelederne i forbedringsarbeidet.
- Dette kan styrkes ved at regionale og nasjonale styringsorganer har et tydelig fokus på patientsikkerhedskultur i den løpende styringsdialogen.
- Ved måling av patientsikkerhedskultur på nasjonalt nivå anbefales at det foreligger et mandat til at måling og rapportering skal følge vitenskaplige anerkjente prinsipper, som de som ble utgitt av Nordisk ministerråd (2010)(3).

Tabel 6. Case-beskrivelse fra Sverige vedrørende de nationale målinger af patientsikkerhedskultur ved brug af den svenske version af Hospital Survey on Patient Safety Culture

Kort beskrivelse af de nationale målinger af patientsikkerhedskulturen

I Sverige har alle landsting/regioner målt patientsikkerhedskulturen med HSPSC minst två gånger som en del i överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet 2011-2014. Samtliga 63 somatiska sjukhus har deltagit men också primärvård och tandvård i olika omfattningar. Enkäten skickades till 150 280 anställda inom svensk hälso- och sjukvård under åren 2010 och 2011 (första nationella mätningarna), svarsfrekvensen varierade på landstingsnivå mellan 56 - 88 procent. Under 2012 till 2014 genomfördes en andra mätning där 174 567 anställda deltog och svarsfrekvensen varierade mellan 57 och 85 procent.

Skäl för att mäta patientsikkerhedskulturen

Förbättring av patientsikkerhedskulturen var en del av syftet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. För att påbörja detta arbete i svensk hälso- och sjukvård innehöll överenskommelsen krav på att genomföra mätningar och senare att skapa handlingsplaner utifrån de genomförda mätningarna. Kartläggningen av patientsikkerhedskulturen i svensk hälso- och sjukvård skapade underlag för arbetet med att förbättra patientsikkerhedskulturen genom att identifiera styrkor och svagheter som underlag för förbättringsarbete.

Mål för patientsikkerhedskulturen – vad önskade man uppnå?

Målet med mätningarna och arbetet med handlingsplanerna var att få kunskap om patientsikkerhedskulturen samt att använda resultatet av mätningarna i det fortsatta förbättringsarbetet.

Hur vet vi att en förändring leder till en förbättring?

I landstingens/regionernas handlingsplaner för att förbättra patientsikkerhedskulturen framkom att patientsikkerhedskulturmätningarna främjat patientsikkerhedsarbetet, exempelvis användningen av kommunikationsverktyget (SBAR), risk- och händelseanalyser och genomförande av utbildningar inom patientsikkerhedsområdet. Mätningarna har också bidragit till en ökad medvetenhet och kunskap om patientsikkerhedskulturens betydelse för säkerheten i vården.

Lärdomar

- Det är viktigt med en långsiktig planering redan från början, som inkluderar arbetet efter genomförd mätning och när uppföljande mätning ska ske
- Det finns en risk för att stort fokus läggs på genomförande av mätningen av patientsikkerhedskulturen och mindre fokus på på arbetet med resultatet efter genomförda mätningar.
- Det är viktigt är ha ett tydligt syfte med varför mätningar ska genomföras samt att tydliggöra vinsten för organisationen med arbetet.
- Det är inte meningsfullt att genomföra nationella mätningar oftare än vartannat år.
- Mätningar tar kraft från organisationen och bör därför inte ske under en pågående organisationsförändring.
- Arbetet med patientsikkerhedskultur har bidragit till diskussionen om sambandet mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet. Det finns tydliga vinster med att arbeta med dessa områden på ett samordnat sätt.

Resultaten visar bland annat att flertalet av hälso- och sjukvårdens medarbetare:

- ser positivt på samarbetet inom den egna vårdenheten och
- anser sig ha en öppen kommunikation.

Däremot uppger många att

- de är kritiska till den högsta ledningens stöd till patientsikkerhedsarbetet,
- många negativa händelser inte rapporteras,
- samarbetet mellan vårdenheterna är bristfälligt och
- de har en hög arbetsbelastning.

Formål 5: Bud på mulige fremtidige dimensioner af patientsikkerhedskultur

Det femte formål var at identificere dimensioner af patientsikkerhedskultur, der ikke måles på endnu, og beskrive de væsentligste karakteristika ved sådanne dimensioner. I forbindelse med afholdelse af workshoppen med eksperter fra de nordiske lande, blev deltagerne bedt om at komme med forslag til nye dimensioner, disse er listet i tabel 9 sammen med ekspertgruppens forslag til karakteristika. Dimensionerne "Udbrændthed" og "Work-life-balance" opnår i tiden stor opmærksomhed, som faktorer med stor indflydelse på klinisk performance (27;28).

Tabel 7. Forslag til nye dimensioner af patientsikkerhedskultur og karakteristika heraf

Dimension af patientsikkerhedskultur	Karakteristika
1. Patientinvolvering	Patientinvolvering inkluderer, men er ikke begrænset til konsultation, samarbejde og brugerinddragelse på individ-, gruppe- og organisatorisk- samt politisk niveau. Dette gælder alle sager, hvor der skal informeres, uddannes, vejledes, lyttes og tages beslutninger inden for sundhedssektoren. Dimensionen afspejler denne mangfoldighed.
2. Kontinuerlig forbedringskultur	<p>I en forbedringskultur arbejdes kontinuerligt med forbedring af den organisatoriske, den interpersonelle og patientoplevede kvalitet, samt den kliniske kvalitet.</p> <p>Initiativer er bygget op i en cyklisk proces a lá plan-do-study-act med udtalte mål for forbedring og fastlagte metoder til at nå målet og måle på forbedringen.</p> <p>I en forbedringskultur reflekterer personalet konstant over, hvad der bidrager til høj kvalitet, og hvad der kan gøres bedre for at opnå bedre kvalitet for patienterne. Denne refleksionsproces er til stadighed tilstede i organisationen, som en måde at gøre tingene på – hver gang!</p> <p>Personalet bruger spørgsmål som et middel til læring og forbedring i daglig praksis.</p> <p>Nytten af forbedringsinitiativer overvåges og er kendt, det vil sige, at der er en transparens vedrørende data og patientsikkerhed.</p>
3. Work-life balance	Work-life balance afspejler en situation, hvor der er en afstemt og tilpas indbyrdes balance mellem privatliv og arbejdsliv. Det betyder, at arbejdslivet ikke fylder ind i eller påvirker privatlivet negativt eller omvendt.
4. Udbrændthed (Burnout)	Fysisk, følelsesmæssig og mental udmattelse som et resultat af en kombination af det eksterne miljø, interne stressorer, utilstrækkelig coping og tilpasningsfærdigheder.
5. Videnoverdragelse	Afspejler en situation mellem to samarbejdende parter (fx sektor, hospital, speciale, profession). I forbindelse med samarbejdet udveksles tilstrækkelige og korrekte oplysninger om alle forhold, der er sagen vedrørende på et tilstrækkeligt professionelt niveau, og disse formidles videre til rette part internt i organisationen med henblik på at sikre kvalitet og patientsikkerhed
6. Opfølgning i forhold til second victim	Personalet, der har været involveret i en utilsigtet hændelse, be-

Dimension af patientsikkerhedskultur	Karakteristika
	tragtes som second victim. Dimensionen afdækker, hvordan personalet oplever opfølgningen på kort og lang sigt både i forhold til kollegaer og ledelse
7. Overensstemmelse mellem kompetencer og opgave	Denne dimension afdækker personalets oplevelse de kompetencer, som de har i forhold til de opgaver de skal løse på en måde så patienternes sikkerhed er varetaget.

4.6 Fra måling til forbedring - Erfaringer fra Danmark, Finland, Norge og Sverige

I Danmark er der gennemført en interventionsundersøgelse med en før og eftermåling af patientsikkerhedskulturen i forbindelse med evaluering af projekt "Patientsikkert Sygehus". Her blev der målt på kulturen tre gange over en treårig periode fra 2011 til 2013 på 15 udvalgte afdelinger. SAQ-DK blev anvendt til at måle på patientsikkerhedsklimaet. I projektperioden blev der implementeret 11 pakker med evidensbaseret praksis. Samlet set skete der på tværs af alle 15 afdelingerne et fald i andelen af personale med en positiv holdning til kulturen på alle syv dimensioner i perioden. Evalueringen kunne derfor ikke bekræfte hypotesen om, en forbedring af patientsikkerhedskulturen i løbet af projektperioden. Ovenfor er et andet dansk interventionsstudie beskrevet, her er der fundet en forbedring >5 % i andelen af personaler med en positiv holdning til kulturen på fem af syv dimensioner over en halvårlig periode. Mellem de to målepunkter blev der gennemført en ledelsesintervention.

I et finsk patientsikkerhedsudviklingsprojekt (29) blev følgende centrale elementer, der påvirker måling og forbedring af patientsikkerhedskultur identificeret: 1) grundlæggende forståelse af patientsikkerhed danner basis for al forbedring af patientsikkerhed. Grundlæggende forståelse af patientsikkerhed refererer til, hvordan sikkerheden er implicit eller eksplicit defineret, forbedringsmål defineres ligeså, 2) patientsikkerhedsforbedringsinitiativer omfatter også en diagnostisk model for patientsikkerhed. Denne henviser til de faktorer eller fænomener, der er antages at have et forhold til patientsikkerheden og til sammenhængen mellem disse fænomener, 3) i forbindelse med forbedringsinitiativer findes en indlejret ideel model, modellen foreslår en retning for forandring og standarder, som er fundamentale i evalueringen af forbedringsinitiativer, 4) en interventionsteori refererer til en forståelse af, hvornår, hvor, og hvordan man skal gribe tingene an for at nærme sig den ideelle patientsikkerhedstilstand. For eksempel bør en undersøgelse udføres med en fast tidsplan, 5) der er altid en idé indlejret i patientsikkerhedsforbedringsinitiativer, idéen specificerer hvem er forbedringsagenten og hvilken rolle har vedkommende. For eksempel skal systemet ændres, evalueres eller beskrives? At have klare svar på disse spørgsmål hjælper med at bevæge sig fra måling til forbedring, eller at realisere den uadskillelige karakter af at måle og påvirke et system.

I Norge er der ikke national tilgang til sammenlignelige data på laveste organisatoriske niveau for målinger foretaget i 2012-2014. Sådanne data ejes af institutionerne på lokalt niveau. Det har fo-

retaget mange forbedringstiltag både i og uden for regi af den nationale patientsikkerhedskampagne. Man kan antage, at disse har påvirket patientsikkerhedskulturen mange steder. Der er behov for videnskabelige studier om dette.

I Sverige anvendes en valideret enkät baserad på HSPSC för nationell mätning av patientsäkerhetskulturen (Hedsköld M. et al. 2013). Alla landsting/regioner har mätt patientsäkerhetskulturen minst två gånger och handlingsplaner för att förbättra patientsäkerhetskulturen har tagits fram. En nationell kontaktpersonsgrupp har gett stöd och samordnat arbetet. Enkätsvaren finns samlade i en databas och resultaten har publicerats (<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-214-0.pdf>). Databasen innehåller idag 221 044 enkätsvar och den genomsnittliga svarsfrekvensen är 62 %. Varje landsting/region har tillgång till sina resultat och dessa kan brytas ned till enhetsnivå. Arbetet med patientsäkerhetskultur har bidragit till en ökad medvetenhet om patientsäkerhetskulturens betydelse för patientsäkerheten och kompetensen inom området har stärkts. När resultat från mätningar jämförs på exempelvis sjukhus- eller landstingsnivå är det viktigt att beakta skillnader, t.ex. i urvalens storlek, vilka personalgrupper som deltagit samt svarsfrekvenser. Den stora värdet med mätningarna är att göra jämförelser över tid på den enskilda enheten/kliniken där förändringar i resultaten kan kopplas till åtgärder och förändringar i verksamheten.

4.7 Konklusion

Ekspertgruppens konklusion og anbefalinger er jævnfør formålene:

1. Patientsikkerhedskulturinstrumenter til anvendelse på hospitaler er hyppigst oversat/udviklet, valideret og anvendt i forhold til instrumenter til brug i primær sektor. Patientsikkerhedskultur-spørgeskemaer er hyppigere end kvalitative metoder. De hyppigst oversatte/udviklede, validerede og anvendte spørgeskemaer er: Safety Attitude Questionnaire og Hospital Survey on Patient Safety Culture. Der bør arbejdes på videre udbredelse af kulturmålinger og interventioner med henblik på kulturforbedringer i Norden
2. En lang række "Tips og Tricks" i forbindelse med planlægning, gennemførelse, afrapportering af patientsikkerhedskultur målinger og opfølgende forbedringsinitiativer er beskrevet. Listen af "Tips og Tricks" er ikke udtømmende, dog er det et gennemgående tema, at patientsikkerhedskultur målinger kræver at ledelserne anerkender deres rolle i forbindelse med at skabe patientsikkerhedskulturen. Ledelserne bør kende kulturen inden for deres ledelsesområde, vide hvornår, der er behov for forbedringsinitiativer, og hvordan de iværksættes. Det anses tillige for essentielt, at ledelsen aktivt støtter, er engageret og involveret i patientsikkerhedskulturen
3. Kontekstfaktorer med indflydelse på måling af patientsikkerhedskultur er beskrevet i en videnskabelig artikel, som ved denne rapport afslutning er i peer-review proces
4. Et lille udsnit af undersøgelser med fokus på forbedring af patientsikkerhedskultur er beskrevet, de kan anvendes som grundlag for inspiration og planlægning af lignende initiativer
5. Ekspertgruppen har stillet forslag om otte nye dimensioner af patientsikkerhedskultur. Det anbefales at anvendelse af disse uddybes yderligere.

4.8 Perspektiver

Ekspertgruppens erfaringsudveksling har været givende for arbejdet med patientsikkerhedskultur i de respektive nordiske lande.

Patientsikkerhedskultur er et område med udviklingsperspektiver, det gælder både i forhold til validering af instrumenter, udbredelsen af måle- og forbedringsaktiviteter til primær sektor og undersøgelse af associationen mellem patientsikkerhedskultur og kliniske effektmål. Der bør arbejdes videre med disse udfordringer i Nordisk regi. Ligesom det anbefales, at der gennemføres nordiske undersøgelser af ledelsens rolle i forbindelse med patientsikkerhedskultur.

De nationale programmer i Norge og Sverige, inkluderer måling og forbedring af patientsikkerhedskultur, og disse har fungeret som en løftestang for at skabe bevidsthed om kulturens betydning for patientsikkerheden og forbedring af kulturen over tid ses; lignende nationale tiltag i de øvrige nordiske lande kan anbefales.

4.9 Referencer

- (1) Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and Validation of the Safety Attitude Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clinical Epidemiology* 2015;7:149-60.
- (2) Kristensen S, Bartels P. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations - Results of the EUNetPaS project. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare - Office for Clinical Quality Indicators; 2010.
- (3) Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, Sexton JB, Pham JC, Berenholtz SM. Framework for patient safety research and improvement. *Circulation* 2009 Jan 20;119(2):330-7.
- (4) Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* 2010 Jun;42(2):156-65.
- (5) Paine LA, Rosenstein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmueller CG, Pronovost PJ. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. *Qual Saf Health Care* 2010 Dec;19(6):547-54.
- (6) Zohar D. Safety Climate: Conceptual and Measurement Issues. In: James Campbell Quick, Lois Tetrick, editors. *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003. p. 123-42.
- (7) Den Danske Kvalitets Model, Standard 1.2.1 Kvalitetspolitik (1/10). [http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Organisatoriske-akkrediteringsstandarder-\(12\)/Kvalitets--og-risikostyring/1_2_1-Kvalitetspolitik-\(1/10\).aspx](http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Organisatoriske-akkrediteringsstandarder-(12)/Kvalitets--og-risikostyring/1_2_1-Kvalitetspolitik-(1/10).aspx) 2011 August

- (8) Edgar Schein's model of organisational culture. http://www.valuebasedmanagement.net/methods_schein_three_levels_culture.html 2011 August 12
- (9) Leape LL, Berwick DM. Safe health care: are we up to it? *BMJ* 2000 Mar 18;320(7237):725-6.
- (10) Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC, USA: National Academies Press; 1999.
- (11) de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008 Jun;17(3):216-23.
- (12) Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J* 2010 May 14;123(1314):68-78.
- (13) Goodman GR. A fragmented patient safety concept: the structure and culture of safety management in healthcare. *Hosp Top* 2003;81(2):22-9.
- (14) Zaheer S, Ginsburg L, Chuang YT, Grace SL. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: Examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. *Health Care Manage Rev* 2013 Dec 30.
- (15) Zohar D., Hofmann DA. Organizational culture and climate. In: Kozlowski W.J., editor. *The Oxford Handbook of Organizational Psychology, Volume 1*. New York, NY: Oxford University Press; 2012. p. 643-66.
- (16) Parker D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag* 2009 Mar;17(2):218-22.
- (17) Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 2010;10:199.
- (18) Etchegaray J, Thomas E.J. Comparing two safety culture surveys; Safety Attitude Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf* 2012;21:490-8.
- (19) Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003 Dec;12 Suppl 2:ii17-ii23.
- (20) Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* 2010 Jun;22(3):151-61.
- (21) Weaver SJ, Rosen MA, DiazGranados D, Lazzara EH, Lyons R, Salas E, et al. Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010 Mar;36(3):133-42.

- (22) Moreno F, Aracil FJ, Perez R, Valderrabano F. Controlled study on the improvement of quality of life in elderly hemodialysis patients after correcting end-stage renal disease-related anemia with erythropoietin. *Am J Kidney Dis* 1996 Apr;27(4):548-56.
- (23) Reiman T, Silla I, Pietikainen E. The validity of the Nordic patient safety culture questionnaire (TUKU). *Int J Risk Saf Med* 2013;25(3):169-84.
- (24) Reiman T, Pietikainen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. *Qual Saf Health Care* 2010 Oct;19(5):e20.
- (25) Oedewald P, Reiman T. Special characteristics of safety critical organizations. Work psychological perspective. VTT Publications 633. Espoo: VTT, 2007.; 2007.
- (26) Guldenmund F. The use of questionnaires in safety culture research - an evaluation. *Safety Science* 2007;45:723-43.
- (27) Ricou B, Merlani P. [Burnout in intensive care units]. *Rev Med Suisse* 2012 Dec 12;8(366):2400-2, 2404.
- (28) West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009 Sep 23;302(12):1294-300.
- (29) Pietikainen E, Reiman T, Heikkila J, Macchi L. Researchers' Roles in Patient Safety Improvement. *J Patient Saf* 2014 Mar 10.

5. Appendiks - nordiske referencer om patientsikkerhedskultur

I det efterfølgende bringes lande specifikke lister over referencer til nordiske videnskabelige artikler, rapporter og PhD afhandlinger om patientsikkerhedskultur.

Danmark

- (1) Koncern Plan og Udvikling. Medarbejdernes vurdering af patientsikkerhedskulturen 2006 - Spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere på hospitalerne og i psykiatrivirksomheden i Region Hovedstaden. Copenhagen: Peter Dyrvig Grafisk Design / PJ Schmidt A/S; 2007.
- (2) Kristensen S, Bartels PD, Sabroe S, Mainz J. Patientsikkerhedskultur kan facilitere høj klinisk kvalitet. Ugeskr Laeger 2014;16(176):1483-6.
- (3) Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and Validation of the Safety Attitude Questionnaire for the Danish hospital setting. Clinical Epidemiology 2015;7:149-60.
- (4) Kristensen S, Badsberg JH, Rischel V, Anhoej J, Mainz J, Bartels P. The patient safety climate in Danish hospital units. Danish Medical Journal 2015;62(11):A5153.
- (5) Kristensen S, Mainz J, Bartels P. [Measuring patient safety--why and how?]. Ugeskr Laeger 2009 May 11;171(20):1674-7.
- (6) Madsen MD. Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg Amt. Hovedrapport. Risø-R-1471(DA). ISBN; 87-550-3355-5. Forskningscenter Risø, Roskilde, Danmark; 2004 Jun 10.
- (7) Madsen MD, Østergaard D. Udvikling af metode og værktøj til at måle sikkerhedskultur på sygehusafdelinger . Afrapportering af projekt om sikkerhedskultur og patientsikkerhed i Københavns Amt. 2004.
- (8) Madsen MD, Ostergaard D, Andersen HB, Hermann N, Schioler T, Freil M. [The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events]. Ugeskr Laeger 2006 Nov 27;168(48):4195-200.
- (9) Madsen MD. Improving Patient Safety: Safety Culture & Patient Safety Ethics. Denmark: Roskilde University; 2006.
- (10) Rabøl LI, Siemsen IM, Trier H, Mogensen T, Andersen HB. [Checklists have a potential in health care]. Ugeskr Laeger 2011 Jun 27;173(26):1879-82.
- (11) Rasmussen K, Pedersen AH, Pape L, Mikkelsen KL, Madsen MD, Nielsen KJ. Work environment influences adverse events in an emergency department. Dan Med J 2014 May;61(5):A4812.

- (12) Region Hovedstaden Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden K-H. Kortlægning af Kvalitets- og Patientsikkerhedskulturen og identifikation af Kimcentre i Region Hovedstaden. Copenhagen: KAP-H; 2015.
- (13) Siemsen IM. Patientovergange: Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange. Kgs. Lyngby: DTU Management. (PhD thesis; No. 1.2011).; 2011.
- (14) Siemsen IM, Michaelsen L, Nielsen J, Ostergaard D, Andersen HB. [Patient handover involves numerous safety risks]. *Ugeskr Laeger* 2011 May 16;173(20):1412-6.
- (15) Siemsen IM, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB, et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scand J Public Health* 2012 Jul;40(5):439-48.

Norge

- (1) Abrahamsen HB, Lossius HM, Abrahamsen EB. Sikkerhetskultur i luftambulansetjenesten. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2012;132(7):797-8.
- (2) Ballangrud R. Building patient safety in intensive care nursing: patient safety culture, team performance and simulation-based training. [PhD thesis]. Karlstad: Karlstad University; 2013.
- (3) Ballangrud R. Building patient safety in intensive care nursing: patient safety culture, team performance and simulation-based training. *Ventilen*. 2014;49(3):16-7.
- (4) Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2012;28(6):344-54.
- (5) Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas EC. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2014;32(3):132-8.
- (6) Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas EC. The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*. 2014;14:139.
- (7) Bredesen IM, Bjoro K, Gunningberg L, Hofoss D. Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. *BMJ Open*. 2015;5(8):e007584.
- (8) Deilkas E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 2010;10:85.

- (9) Deilkas ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Services Research*. 2008;8:191.
- (10) Deilkås E. Pasientsikkerhetskultur på norsk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2009;129(1):7.
- (11) Deilkås ECT. Patient safety culture - opportunities for healthcare management: the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, Norwegian version - 1) Psychometric properties, 2) Variation by organizational level and 3) by position. [PhD thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2010.
- (12) Eide M, Leirvåg AM. Hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger må til for at operasjonssykepleier skal kunne forebygge skade ved bruk av Tornequet. *Overblikk*. 2003;22(4):18.
- (13) Haugen AS, Muruges S, Haaverstad R, Eide GE, Softeland E. A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BMC Surgery*. 2013;13:46.
- (14) Haugen AS, Softeland E, Eide GE, Nortvedt MW, Aase K, Harthug S. Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*. 2010;10:279.
- (15) Haugen AS, Softeland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. *British Journal of Anaesthesia*. 2013;110(5):807-15.
- (16) Haugen AS, Storm M. Sikkerhetskultur i sykehus. *Pasientsikkerhet: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl., cop. 2015; 2015.
- (17) Haugen AS, Softeland E. Sikkerhetsklima i operasjonsavdelingen. *Inspira*. 2010(4):6-8.
- (18) Hofoss D, Deilkas E. Roadmap for patient safety research: approaches and roadforks. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008;36(8):812-7.
- (19) Leonardsen A-CL. Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2015;5(2):218-27.
- (20) Olsen E. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2007;127(20):2656-60.
- (21) Olsen E. Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry : psychometric quality, longitudinal change, and structural models. [PhD thesis]. Stavanger: University of Stavanger, Faculty of Social Sciences; 2009.

- (22) Olsen E. Exploring the possibility of a common structural model measuring associations between safety climate factors and safety behaviour in health care and the petroleum sectors. *Accident Analysis & Prevention*. 2010;42(5):1507-16.
- (23) Olsen E, Aase K. A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry. *Quality & Safety in Health Care*. 2010;19 Suppl 3:i75-9.
- (24) Sjetne IS. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus: resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011.
- (25) Sollid SJ, Strand K, Soreide E. Percutaneous dilatational tracheotomy in the ICU: a Norwegian survey focusing on perceived risk and safety attitudes. *European Journal of Anaesthesiology*. 2008;25(11):925-32.
- (26) Storli M. Feilmedisinering i sykehus - organisasjonskulturens påvirkning. *Vård i Norden*. 2008;28(3):19-23.
- (27) Storm M, Groene O, Testad I, Dyrstad DN, Heskestad RN, Aase K. Quality and safety in the transitional care of the elderly (phase 2): the study protocol of a quasi-experimental intervention study for a cross-level educational programme. *BMJ Open*. 2014;4(7):e005962.
- (28) Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, Bukholm G. A cross-sectional study to identify organisational processes associated with nurse-reported quality and patient safety. *BMJ Open*. 2012;2(6).
- (29) Wiig S. Risk perception in health care: a study of differences across organizational interfaces. *Advances in safety, reliability and risk management*. Boca Raton, Fla.: CRC Press, cop. 2012; 2012.
- (30) Wiig S, Quartz J, Plessen Cv, Harthug S. Organizing for quality and safety in health care: the Norwegian case. *Advances in safety, reliability and risk management*. Boca Raton, Fla.: CRC Press, cop. 2012; 2012.

Sverige

- (1) Burstrom L, Starrin B, Engstrom M-L, Thulesius H. Waiting management at the emergency department—a grounded theory study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(95).
- (2) Burstrom L, Nordberg M, Ornung G, Castren M, Wiklund T, Engstrom M-L, Enlund M. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(57).

- (3) Danielsson M, Nilsen P, Öhrn A, Rutberg R, Fock J, Carljörd S. Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study. *BMC Nursing* 2014;13(39).
 - (4) Göras C, Wallentin F-Y, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC Health Serv Res.* 2013;13(104)
 - (5) Hedsköld H, Pukk-Härenstam K, Berg E, Lindh M, Soop M, Øvretveit J, Andreen Sachs M. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(332).
 - (6) Nordén-Hägg A, Sexton B, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad Å. Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology.* 2010;10(8).
 - (7) Nordin A, Theander K, Wilde-Larsson B, Nordström G. Health care staffs' perception of patient safety culture in hospital settings and factors of importance for this. *Open Journal of Nursing.* 2013;(3) 28-40.
-