

Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-048-0
Artikelnr 2013-4-3

Omslagsfoto Hans-Peter Bloom, Blekinge Bildreportage
Tryck Edita, Västra Aros, Västerås, april 2013



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341 009

Förord

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att årligen, under perioden 2013-2015, lämna en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. Detta är den första rapporten i serien. De årliga rapporterna är en del i regeringens satsning för att minska antalet vårdskador. Rapporten, som är framtagen i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, innehåller indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden i den landstingsfinansierade vården. Enligt uppdraget ska lägesrapporterna spegla patientsäkerheten inom den somatiska slutenvården, den psykiatriska vården, primärvården och den öppna specialistvården.

Rapporten beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i första hand för den somatiska slutenvården. Det är främst inom detta område som tillförlitliga data och indikatorer finns tillgängliga. Myndigheten kommer att utveckla patientsäkerhetsindikatorer inom den psykiatriska vården, primärvården och den öppna specialistvården.

Rapporten riktar sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå samt andra som har intresse av att följa patientsäkerhetsutvecklingen.

Rapporten har utarbetats av medicinalrådet Michael Soop (projektledare), Anna-Karin Alvé, Eva Lööf och Rickard Ljung. I arbetet har också Lena Gabrielsson och Inger Riesenfeld-Örn deltagit. Ansvarig enhetschef har varit Marie Lawrence.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Bakgrund	10
Rapportens innehåll	11
Indikatorer och datakällor	11
Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden	12
Vägledning för tolkning av resultat	12
Indikatorer för patientsäkerhetsarbete	14
Mätning av patientsäkerhetskultur	14
Strukturerad journalgranskning	21
Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	25
Nationell patientöversikt, NPÖ	30
Lex Maria-anmälningar	32
Nationellt IT-stöd för händelseanalys	32
Infektionsverktyget – kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner	39
Mätning av överbeläggningar på sjukhus	40
Nationell Patientenkät	41
Indikatorer för skador och vårdskador – rapportering från patienter och närstående	46
Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF	46
Anmälningar till patientnämnderna	50
Indikatorer för skador och vårdskador – rapportering från vårdgivare och profession	51
Indikatorer från öppna jämförelser	51
Förekomsten av trycksår inom somatisk slutenvård	71
Granskningar av patientsäkerheten inom vissa områden	78
Landstingens styrning av städning i vårdlokaler	78
Integrering av patientsäkerhetsarbete i landstingens ledningssystem	87
Landstingens patientsäkerhetsberättelser	92
Diskussion	99
Utvecklingen av landstingens patientsäkerhetsarbete	99

Patienters och närståendes uppfattning om förekomsten av vårdskador	100
Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden	101
Effekten av de årliga överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL	102
Samlad bedömning av utvecklingen	102
Referenser	103
Bilaga 1. Projektorganisation	105
Bilaga 2 Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – beskrivning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige för åren 2010 och 2011. Tillgänglig på www.socialstyrelsen.se	

Sammanfattning

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att årligen, under tre år, lämna en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet. Detta är den första samlade redovisningen av indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten för specifika områden inom den landstingsfinansierade vården. Redovisningen speglar, i enlighet med uppdraget, patientsäkerheten inom den somatiska slutenvården, den psykiatriska vården, primärvården och den öppna specialistvården, i den utsträckning som indikatorer har funnits tillgängliga.

Rapporten har fokus på den landstingsfinansierade vården och det är i första hand utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet under perioden 2010–2012 som redovisas. Avsikten är att resultaten för år 2010 ska tjäna som utgångspunkt för jämförelser med de resultat som uppnåtts senare under inflytande av patientsäkerhetslagen och överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för åren 2011 och 2012.

Socialstyrelsen konstaterar att under åren 2011 och 2012 har användningen av följande metoder som syftar till att förbättra patientsäkerheten spridit sig till samtliga landsting:

- mätning av patientsäkerhetskulturen
- användning av strukturerad journalgranskning
- mätning av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- mätning av förekomsten av trycksår och användningen av åtgärder mot trycksår.

Myndigheten konstaterar att användningen av dessa metoder inom de enskilda landstingen har ökat i flertalet fall. Dessutom har följande nya metoder som kan bidra till ökad patientsäkerhet utvecklats under perioden:

- Nationell patientöversikt, NPÖ
- Nationellt IT-stöd för händelseanalys, Nitha
- Infektionsverktyget – kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner
- mätning av överbeläggning och utlokaliserad patient.

Alla dessa metoder, med undantag av Nitha, har under perioden introducerats i samtliga landsting. Socialstyrelsen bedömer att det har varit en påtaglig utveckling när det gäller spridningen av användningen av flera befintliga metoder för patientsäkerhetsarbete och introduktionen av nya.

Socialstyrelsen bedömer också att denna utveckling av patientsäkerhetsarbetet som har skett under åren 2011 och 2012, i stor utsträckning är en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet.

Överenskommelsen har också i hög grad påskyndat framtagande av gemensamma definitioner, nya metoder, system för datainsamling, datasammanställning och analys och på så vis bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete inom flera viktiga områden. Socialstyrelsen bedömer att detta kan få en stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen framöver.

Socialstyrelsen rekommenderar vårdgivarna att förbättra patientsäkerheten genom att:

- öka de evidensbaserade insatserna mot förekomsten av trycksår och vårdrelaterade infektioner
- använda de resultat som kommer fram i olika mätningar för att upprätta handlingsplaner och sätta in lämpliga förbättringsåtgärder
- förbättra styrningen och egenkontrollen av städning i vårdlokaler med hjälp av tillgänglig evidens
- beskriva patientsäkerhetsarbetet mer utförligt i ledningssystemen
- beskriva mer utförligt i patientsäkerhetsberättelserna vad som gjorts för att ge patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och för att informera dem när en vårdskada har inträffat
- använda det nationella IT-stödet för händelseanalys.

Socialstyrelsen bedömer att patienters och närståendes uppfattning om förekomsten av vårdskador inte dokumenteras och redovisas i den utsträckning som är önskvärd i de befintliga anmälningssystemen. Socialstyrelsen ser det som angeläget att lämpliga metodiker utvecklas för ändamålet.

Avslutningsvis framhåller Socialstyrelsen att det finns ett stort behov av att utveckla metoder för att förbättra patientsäkerheten inom den psykiatriska vården och primärvården. Även indikatorer som belyser patientsäkerheten inom dessa områden behöver utvecklas.

Inledning

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att årligen under perioden 2013 – 2015 lämna lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet (S2010/9220/FS). Detta är den första samlade redovisningen av indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten för specifika områden inom den landstingsfinansierade vården. Redovisningen speglar i enlighet med uppdraget patientsäkerheten inom den somatiska slutenvården, den psykiatriska vården, primärvården och den öppna specialistvården, i den utsträckning indikatorer finns tillgängliga. I uppdraget ingår även att fortsätta att utveckla indikatorer inom området.

Socialstyrelsens uppföljningar av landstingens patientsäkerhetsarbete är en del i regeringens satsning för att minska antalet vårdskador.

Rapporten riktar sig till beslutsfattare i landsting och regioner samt andra som har intresse av att följa patientsäkerhetsutvecklingen.

Socialstyrelsen har haft samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Avgränsningar

I rapporten redovisas resultaten med fokus på den landstingsfinansierade vården och det är i första hand patientsäkerhetsutvecklingen under perioden 2010–2012 som redovisas. Avsikten är att resultaten för år 2010 ska tjäna som utgångspunkt för jämförelser med de resultat som uppnåtts under inflytande av patientsäkerhetslagen och överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL för åren 2011 och 2012.

Minskad förskrivning av antibiotika, som en del i arbetet mot antibiotikaresistens, ingår också i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL. Här har Smittskyddsinstitutet, SMI, utvärderat landstingens arbete och uppnådda resultat [1, 2]. Antibiotikaanvändning och antibiotikaresistens redovisas årligen i SMI:s rapport SWEDRES [3]. Av dessa skäl återges inte resultat som rör antibiotikaförskrivning i denna rapport.

Bakgrund

Patientsäkerhet betraktas allmänt som det viktigaste kvalitetsområdet i hälso- och sjukvården. Bristande patientsäkerhet orsakar vårdskador, vilket medför ett stort mänskligt lidande och betydande kostnader för samhället. Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Hög patientsäkerhet är dessutom en viktig förutsättning för att upprätthålla allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Det är därför angeläget att kartlägga patientsäkerheten i olika delar av vården och att följa utvecklingen. För att kunna göra det behövs många slags indikatorer som belyser olika aspekter av patientsäkerheten i de olika typer av vård som bedrivs.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) ger följande definitioner som har varit vägledande för de två huvudkategorier av indikatorer som redovisas i denna rapport.

Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada.
Vårdskada	Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Den ena huvudkategorin är indikatorer som belyser det arbete som pågår i landstingen i syfte att förebygga vårdskador. Den andra huvudkategorin är indikatorer som återspeglar i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador. Med vårdskada avses enligt patientsäkerhetslagen endast sådana skador som hade kunnat undvikas. Det finns flera källor som belyser i vilken utsträckning patienter drabbas av skador och komplikationer i vården, men det framgår inte av dessa källor hur stor andel av skadorna som hade kunnat undvikas. I Socialstyrelsens rapport, *Vårdskador inom somatisk slutenvård* [4], bedömdes att 70 procent av alla skador och komplikationer var undvikbara. I denna rapport redovisas förekomsten av olika typer av skador och komplikationer som indikatorer för förekomsten av vårdskador.

Flertalet av de tillgängliga indikatorerna belyser patientsäkerhet ur i första hand vårdgivarnas och professionens perspektiv.

Socialstyrelsens ambition har varit att även redovisa indikatorer som speglar patienternas och de närståendes perspektiv på patientsäkerhet och vårdskador. Här saknas dock till stora delar nationella datakällor varför området endast har belysts i begränsad utsträckning.

Rapportens innehåll

Indikatorer och datakällor

Socialstyrelsen redovisar indikatorbaserade öppna jämförelser och har kartlagt vilka indikatorer som tidigare har tagits fram eller föreslagits för att belysa patientsäkerheten.

Följande publikationer har beaktats:

- Socialstyrelsens rapport, *Nationella indikatorer för god vård, 2009*
- Nordiska ministerrådets rapport, TemaNord 2010:572, *Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsväsenet*
- OECD:s rapport, *Health at a Glance 2011*.

Socialstyrelsen har vidare inventerat olika källor till indikatorer. De resultat som vi redovisar i denna rapport kommer huvudsakligen från följande källor:

- *Överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL för åren 2011 och 2012*, innehåller grundläggande krav och indikatorer som belyser utvecklingen i landstingen inom patientsäkerhetsområdet. Flera av dessa krav och indikatorer är baserade på indikatorer som förslagits i Socialstyrelsens och Nordiska ministerrådets rapporter. De resultat som landstingen har uppnått med anledning av överenskommelserna har rapporterats av SKL och Center för eHälsa i samverkan. Det gäller även vissa andra resultat som presenteras i rapporten.
- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* redovisar årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Många av kvalitetsindikatorerna återspeglar brister i patientsäkerheten. I denna rapport återges i första hand indikatorer som belyser i vilken utsträckning patienter drabbats av skador och komplikationer.
- *Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Patientförsäkringen LÖF) samt patientnämnderna i Stockholms läns landsting och Örebro läns landsting* har också bidragit till rapportens innehåll.

Socialstyrelsen har tagit flera initiativ för att utveckla nya indikatorer i samverkan med patientnämnder, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Patientförsäkringen LÖF. Målsättningen är att kunna presentera resultat för dessa indikatorer i kommande lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet.

Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden

Socialstyrelsen har granskat patientsäkerheten inom specifika områden. Resultaten av granskningarna inom följande områden presenteras i rapporten:

- Landstingens styrning av städning i vårdlokaler.

Brister i städningen av vårdlokaler inverkar negativt på både patienters och närståendes uppfattning om vårdmiljön. Det är troligt att bristande städning av vårdlokaler även kan orsaka smittspridning. Socialstyrelsen har därför frågat landstingsstyrelserna om verksamhetens rutiner för styrning och uppföljning av städning i vårdlokaler.

- Landstingens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Det övergripande ledningssystemet för styrning av vårdgivarnas verksamhet har stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen. Socialstyrelsen har därför frågat landstingsstyrelserna om i vilken utsträckning de har infört det systematiska patientsäkerhetsarbetet i de övergripande ledningssystemen.

- Innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Socialstyrelsen har därför gett Linköpings universitet i uppdrag att systematiskt granska innehållet i de patientsäkerhetsberättelser som avser verksamhetsåren 2010 och 2011.

Vägledning för tolkning av resultat

Redovisningen av indikatorer har en beskrivande karaktär. Jämförelserna kommenteras och läsaren ges därmed visst stöd i tolkning av utfallet. Redovisningen sker utan att orsakerna till resultaten analyseras eller att det dras långtgående slutsatser om konsekvenserna av dem. Socialstyrelsen vill med redovisningarna stimulera vården till fördjupade analyser och förbättringsarbete. Tolkningar av sjukvårdsdata förutsätter allmän kunskap om sakområdet, tid för analys och fördjupning samt ofta även kunskap om olika lokala omständigheter. Det är landstingens och sjukvårdens företrädare som har de bästa förutsättningarna att utifrån resultaten som presenteras här, tillsammans med annan kunskap om lokala förhållanden, tolka och värdera de egna utfallen.

Till flertalet indikatorer finns resultaten presenterade i diagram med en kort kommenterande text. I tabeller, diagram och löpande text avses både landsting och regioner när vi skriver landsting. Diagrammen är liggande stapeldiagram, där landstingen placerats i fallande ordning. I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. En rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är lägre, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

Intentionen är att fokus ska ligga på att analysera resultaten i relation både till tidigare resultat och till andras resultat, i syfte att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placering i rangordningen.

Jämförelserna utgör underlag för förbättring, men de är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.

- Rangordningen av landstingen är inte absolut, utan är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat eller hitta förbättringsmöjligheter.
- Alla jämförelser är relativa. Varken rikets medelvärde, eller ett resultat högt i diagrammen, behöver vara ett bra resultat. Vid en mer absolut bedömning är i vissa fall alla landstings resultat bra, medan inget landsting har bra resultat i andra fall.
- För indikatorerna saknas i allmänhet tydliga målnivåer, och det är därför ibland otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- Resultat med breda konfidensintervall är mer osäkra, men detta ska inte ses som skäl för att inte fördjupa analyserna av vad som ligger bakom resultaten och skillnaderna mellan landstingen.
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare.

Indikatorer för patientsäkerhetsarbete

Mätning av patientsäkerhetskultur

Med patientsäkerhetskultur avses de förhållningssätt och attityder hos individer och grupper som arbetar inom hälso- och sjukvården, och som har betydelse för patientsäkerheten [5]. Syftet med att mäta patientsäkerhetskulturen är att få underlag för förbättringsarbete.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, om förbättrad patientsäkerhet 2011 [6], erbjöds landstingen en prestationsbaserad ersättning om minst 25 procent av personalen deltog i mätningen av patientsäkerhetskultur. Samtliga landsting mätte patientsäkerhetskulturen och SKL sammanfattade resultaten i rapporten Patientsäkerhetskultur [7]. En del av de resultaten återges i denna rapport.

Metod

Metoden som använts för att mäta patientsäkerhetskultur är en svensk översättning av den amerikanska metoden Hospital Survey on Patient Safety Culture [8] som togs fram i ett samarbete mellan sex landsting och Socialstyrelsen [9].

Metoden baseras på en enkät med 51 frågor som belyser personalens uppfattning om olika omständigheter som berör patientsäkerhet. Frågorna är konstruerade så att de kan grupperas i sju olika dimensioner (områden).

Tabell 1. Dimensioner i patientsäkerhetskulturmätning.

1	Benägenhet att rapportera händelser
2	Sammantagen säkerhetsmedvetenhet
3	Självskattad patientsäkerhetsnivå
4	Antal rapporterade avvikelser
5	Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet
6	Lärandeorganisation
7	Samarbete inom vårdenheten
8	Öppenhet i kommunikation
9	Återföring och kommunikation kring avvikelser
10	En icke straff- och skuldbeläggande kultur
11	Arbetsbelastning och personaltäthet
12	Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete
13	Samarbete mellan vårdenheterna
14	Överlämningar och överföringar av patienter och information
15	Antal rapporterade risker
16	Information och stöd till patient vid vårdskada
17	Information och stöd till personal vid vårdskada

För varje dimension beräknas andelen positiva svar (omdömen) för de frågor som ingår i dimensionen. När andelen positiva svar är 70 eller mer betyder det att personalen uppfattar dimensionen som välfungerande. När andelen positiva omdömen för en dimension är 50 eller mindre betyder det att personalen upplever att det finns brister.

Resultaten baseras på 86 241 enkätsvar från landstingens första mätning av patientsäkerhetskulturen inom somatisk slutenvård, primärvård och psykiatri. Några landsting genomförde sin första mätning under 2009, medan flertalet landsting genomförde första mätningen under 2011. Några landsting har mätt patientsäkerhetskulturen i olika delar av verksamheten under olika år (tabell 2). Landstinget Kronobergs första mätning (2009) var behäftad med tekniska svårigheter, vilket gör att det är resultaten för Kronobergs andra mätning som redovisas här.

Alla landsting utom Västernorrland har genomfört sina mätningar i samarbete med Institutet för kvalitetsindikatorer AB (Indikator). Indikator har bearbetat och sammanställt uppgifterna i samråd med SKL och landstingen. Västernorrlands resultat är därför inte med i redovisningen av medelvärden.

Tabell 2. Landstingens första mätning av patientsäkerhetskulturen.

Landsting	Utskickade	Svarsfrekvens (%)	Undersökningsår
Blekinge	2 976	54	2011
Dalarna	4 291	55	2011
Gotland	883	53	2011
Gävleborg	1 978	79	2011
Halland	5 992	62	2011
Jämtland	638	55	2011
Jönköping	7 455	63	2010
Kalmar	5 149	87	2011
Kronoberg	5 431	53	2011
Norrbottn	5 961	34	2011
Skåne	13 710	75	2010, 2011
Stockholm	27 845	56	2009, 2010, 2011
Sörmland	4 446	46	2010
Uppsala	4 291	66	2011
Värmland	2 101	49	2009
Västerbotten	6 881	56	2011
Västernorrland	3 156	64	2011
Västmanland	4 594	61	2009, 2011
Västra Götaland	23 300	61	2011
Örebro	2 571	54	2011
Östergötland	9 933	59	2010

Tre landsting har genomfört sin andra mätning av patientsäkerhetskulturen (tabell 3).

Tabell 3. Landsting som gjort en andra mätning av patientsäkerhetskulturen.

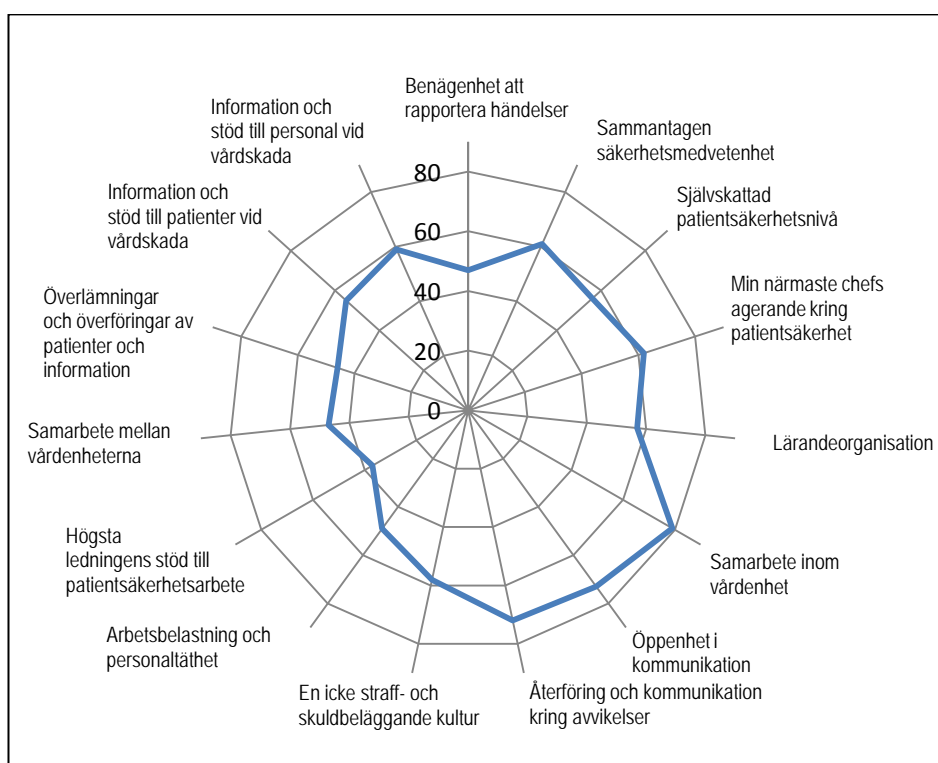
Landsting	Utskickade	Svarsfrekvens (%)	Undersökningsår
Jönköping	6 713	73	2011
Värmland	3 545	64	2011
Östergötland	9 889	77	2012

Resultat

Resultaten från de enskilda landstingen har inte räknats om med hänsyn till deras inbördes storlek innan de summerades. Resultaten som rör vårdens sammantagna resultat bör därför tolkas med viss försiktighet.

De sammanlagda resultaten för samtliga landsting utom Västernorrland visas i diagram 1.

Diagram 1. Sammanlagda resultat för samtliga landsting.



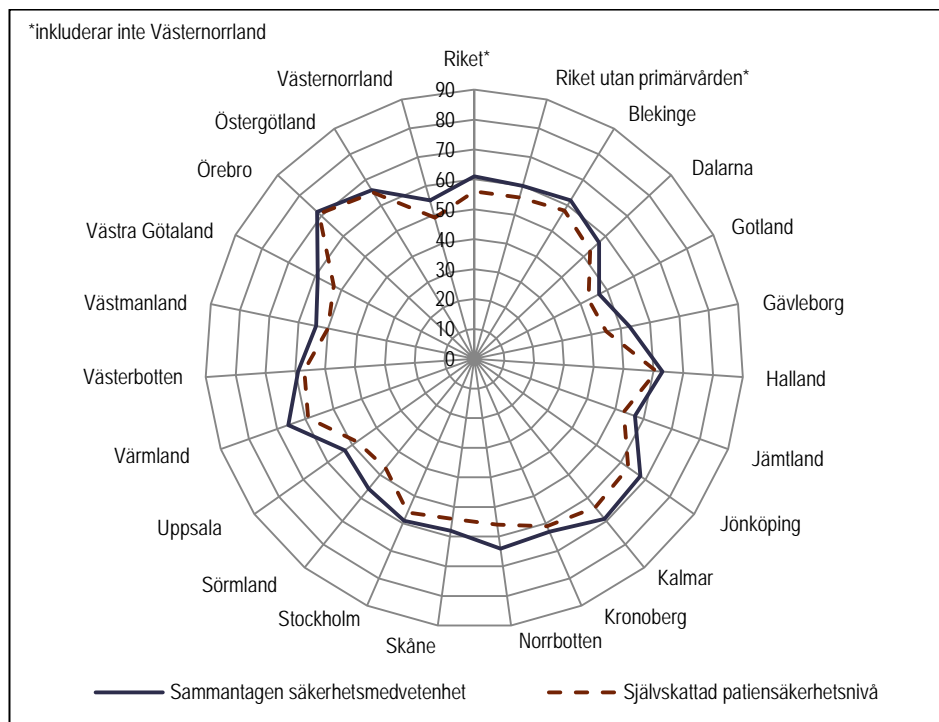
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Spridningen i landstingens resultat är liten för de flesta dimensioner och de flesta landsting uppvisar snarlika spindeldiagram för de olika dimensionerna (diagram 2–6). Detta styrker att resultaten i diagram 1 är representativa för landet. Resultaten i diagram 1 är även representativa för Västernorrland [6]. Några landstings resultat för vissa dimensioner avviker något från de övriga landstingens resultat. Den dimension där skillnaden i resultat mellan landstingen var störst är ”Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete” (diagram 3).

Andelen anställda i landstingen som svarade på enkäten varierade mellan 14 och 87 procent. Dessutom finns det en variation i landstingens urval när

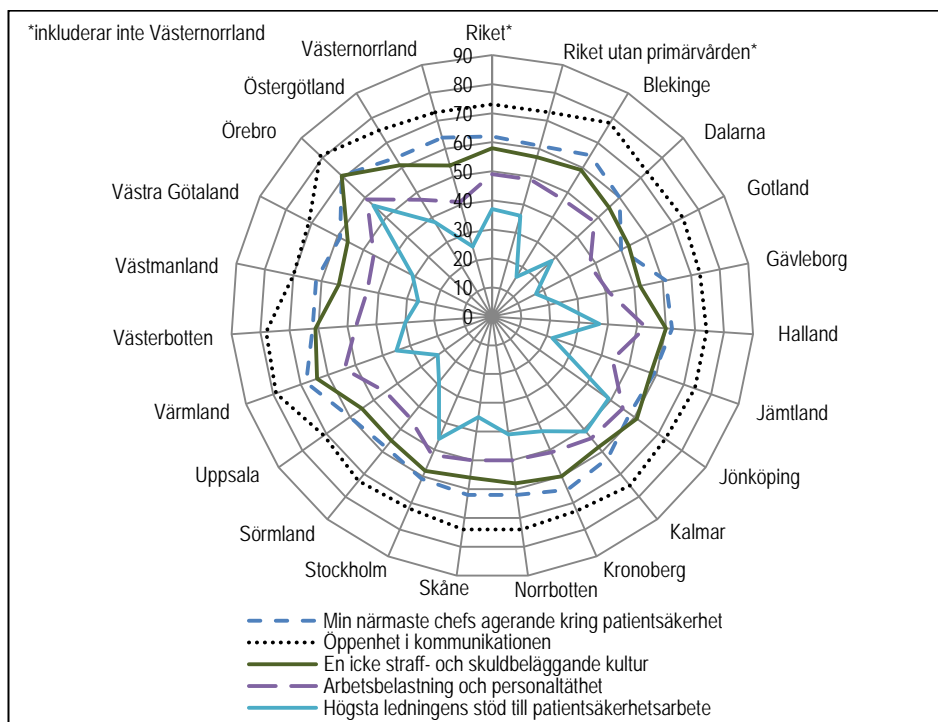
det gäller yrkeskategorier, specialiteter och typer av verksamheter som deltagit i mätningarna [6], samt i tidpunkten då mätningarna genomfördes. Dessa omständigheter gör att skillnaderna i resultat mellan landstingen bör tolkas med försiktighet.

Diagram 2. Sammantagen säkerhetsmedvetenhet och självskattad patientsäkerhetsnivå.



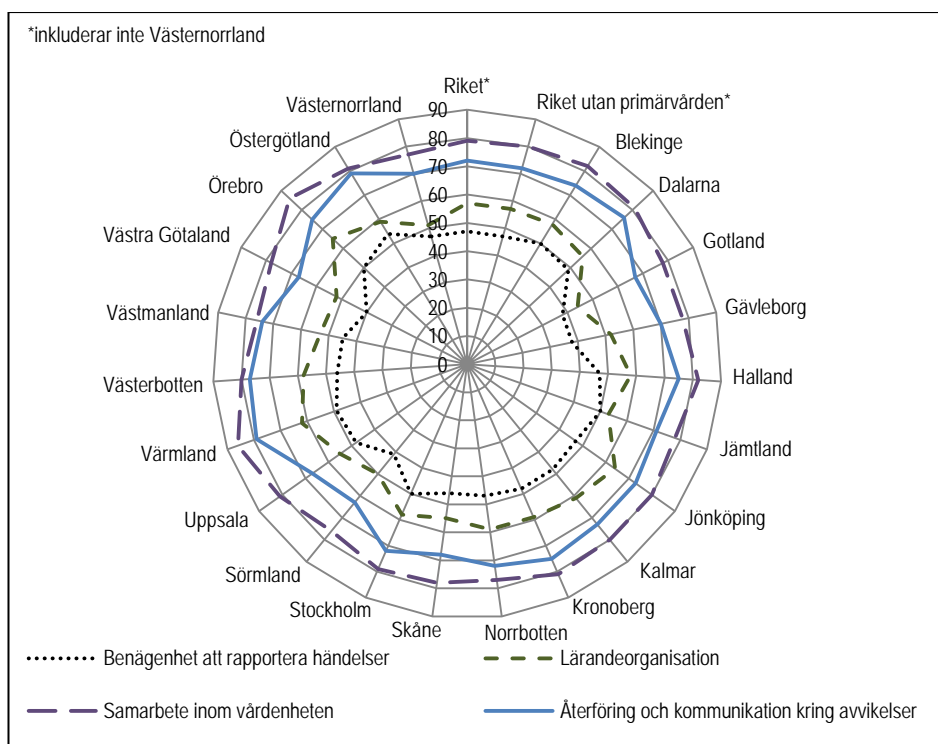
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 3. Ledning och organisation.



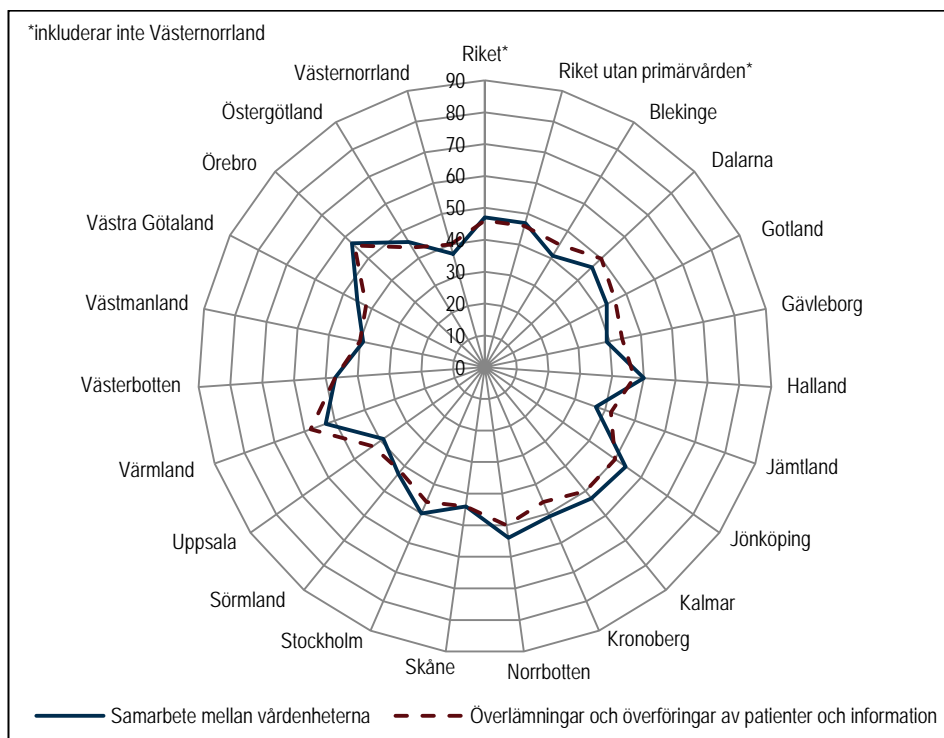
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 4. Säkerhetskultur i den egna organisationen.



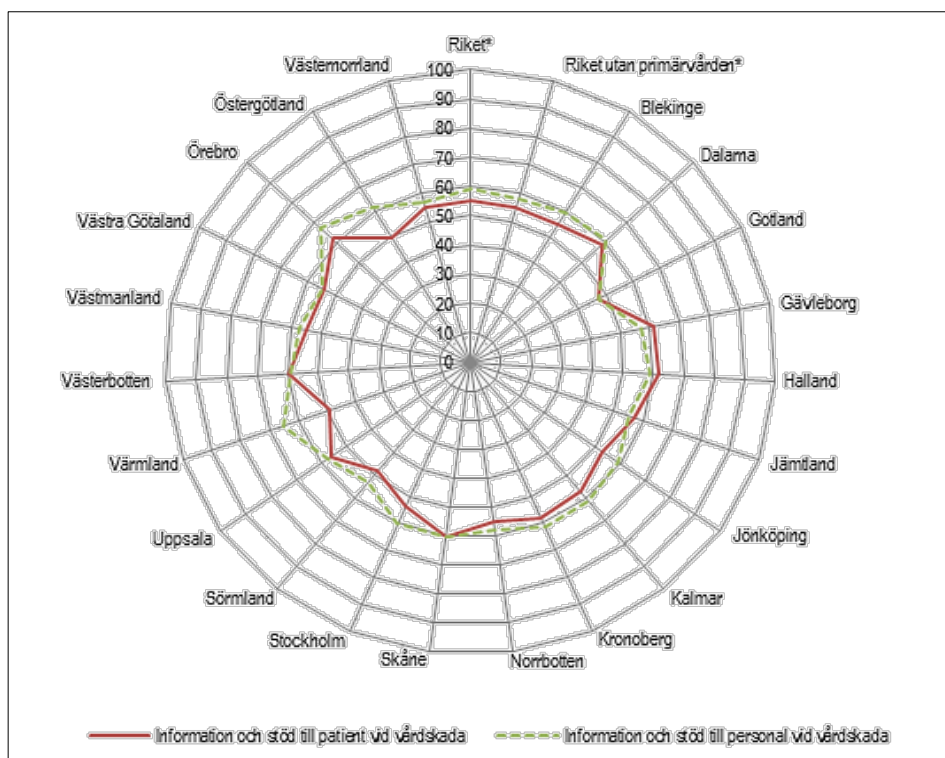
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 5. Samarbete med andra.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 6. Stöd vid vårdskada.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Resultaten av de enskilda landstingens mätningar av patientsäkerhetskulturen sammanfattas per dimension (tabell 4). Där andelen positiva svar för en dimension var 70 eller mer är det markerat med grönt. Där andelen positiva svar var 50 eller mindre är det markerat med rött.

Tabell 4. Sammanfattning av resultaten.

Landsting	Benägenhet att rapportera händelser	Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	Självskattad patientsäkerhetsnivå	Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet	Lärandeorganisation	Samarbete inom vårdenheten	Öppenhet i kommunikationen	Återföring och kommunikation kring avvikelser	En icke straff- och skuldbeläggande kultur	Arbetsbelastning och personaltäthet	Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete	Samarbete mellan vårdenheterna	Overlämningar och överföringar av patienter och information	Information och stöd till patient vid vårdskada	Information och stöd till personal vid vårdskada
Blekinge	50	62	58	65	58	82	78	74	59	47	16	41	45	55	60
Dalarna	49	57	53	60	56	81	73	76	55	48	28	46	50	59	61
Göteborg	38	47	43	50	44	78	74	67	53	38	17	43	46	47	47
Göteborg	38	53	45	61	52	78	73	70	52	41	23	39	44	61	57
Gävleborg	47	63	61	62	58	82	74	75	60	53	37	50	47	62	59
Hälsingland	50	57	53	59	53	78	74	71	58	44	22	37	42	57	55
Jämtland	47	68	63	58	64	80	73	73	61	55	49	54	50	53	59
Jönköping	48	69	64	63	61	80	75	73	58	54	51	53	50	57	61
Kalmar	48	63	61	65	59	81	73	75	60	51	43	51	46	58	61
Kronoberg	47	64	56	62	59	77	74	72	58	50	41	54	50	55	58
Norrbotnen	46	58	54	62	55	78	74	68	56	50	35	44	44	60	60
Skåne	50	59	56	61	58	79	72	72	58	45	46	50	46	54	60
Stockholm	41	56	47	58	50	76	73	68	55	45	29	43	42	48	53
Sörmland	48	53	48	60	55	81	71	67	55	45	23	39	43	56	57
Uppsala	49	66	59	68	62	86	79	79	64	54	35	53	58	49	65
Värmland	46	59	57	62	58	80	78	77	61	47	30	47	47	60	59
Västernorrland	47	55	49	64	51	77	73	70	54	41	25	37	40	55	57
Västmanland	45	54	50	62	53	76	70	74	54	44	26	39	40	55	57
Västra Götaland	40	59	53	59	52	78	71	67	56	46	31	45	42	54	55
Örebro	50	72	71	71	65	86	81	75	71	59	56	57	56	62	67
Östergötland	54	66	65	64	59	81	75	79	61	47	38	46	44	50	62
Riket*	47	61	56	62	57	79	73	72	58	49	37	47	46	55	59

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

De sammanlagda resultaten från landstingens första mätning av patientsäkerhetskulturen visar att personalen såg positivt på samarbetet och kommunikationen inom den egna vårdenheten. Även återföring och kommunikation kring avvikelser uppfattades som välfungerande. Däremot upplevde de att samarbetet mellan vårdenheterna, inklusive överföring av information, var bristfälligt och att arbetsbelastningen var hög. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet uppfattades som svagt. Benägenheten att rapportera händelser som hade kunnat utgöra grund för förbättringsarbete uppfattades också som låg.

Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter som drabbas av vårdskador få information om vad som gjorts för att förhindra liknande händelser från att inträffa igen och om möjligheten att begära ersättning. Frågor som belyser i vilken utsträckning patienterna får sådan information finns med i dimensionen "Information och stöd till patienter vid vårdskada". Resultaten visar att vårdens information till patienter som drabbats av en vårdskada behöver förbättras.

Syftet med att mäta patientsäkerhetskulturen är att få underlag för förbättringsarbete. Patientsäkerhetsöverenskommelsen 2011 ledde till att mätningar av patientsäkerhetskulturen genomfördes i stor omfattning i svensk hälso- och sjukvård. I och med detta finns resultat som kan användas som utgångspunkt för att förbättra patientsäkerhetskulturen.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att landstingen upprättar handlingsplaner och vidtar åtgärder för att förbättra patientsäkerhetskulturen med utgångspunkt från de resultat som framkommit i mätningarna.

Strukturerad journalgranskning

Grunden för förbättringsarbete är att upptäcka oönskade utfall och att analysera dem för att hitta orsakerna, att vidta åtgärder och att utvärdera åtgärdernas effekter. Inom hälso- och sjukvården har det sedan början av 1990-talet funnits krav på att vårdgivarna ska ha inrättat ett avvikelserapporteringssystem där personalen själv identifierar och rapporterar skador som drabbat patienter. Under de senaste åren har det visat sig att antalet skador som personalen rapporterar är mycket litet i jämförelse med vad som kan upptäckas med så kallad strukturerad journalgranskning [9, 10].

Metod

Strukturerad journalgranskning innebär att man väljer ut ett antal vårdtillfällen och granskar patientjournalerna på ett systematiskt och strukturerat sätt för att upptäcka och karakterisera skador som drabbat patienterna. Metoden som utvecklats för somatisk slutenvård började användas i USA under 1980-talet och användes för första gången i större skala i den så kallade Harvard Medical Practice Study [11]. Sedan dess har metoden använts i många länder, bland annat i Sverige, för att belysa patientsäkerheten på nationell nivå [4].

En annan metod för strukturerad journalgranskning på sjukhus- och klinisknivå introducerades i Sverige under 2008 [12]. Det är en svensk anpass-

ning av en metod som ursprungligen utvecklats av Institute for Healthcare Improvement i USA, Global Trigger Tool.

Användningen av strukturerad journalgranskning

Användningen av strukturerad journalgranskning med Global Trigger Tool började i landstingen i Jönköping, Kalmar och Östergötland. Under 2011 genomförde SKL en enkätundersökning för att kartlägga landstingens användning av metoden [13]. Fyra landsting (Jönköping, Kalmar, Kronoberg och Östergötland) hade infört strukturerad journalgranskning som metod för att upptäcka vårdskador på samtliga sjukhus och kliniker.

I sju landsting (Halland, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västernorrland, Västra Götaland och Örebro) hade metoden införts i olika omfattning. I tio landsting hade metoden ännu inte införts. I fem av dessa (Dalarna, Gotland, Jämtland, Norrbotten och Västmanland) fanns det ännu inte heller någon plan för att göra det. I några av de landsting där metoden införts vid vissa sjukhus saknades det en plan för införande vid övriga sjukhus.

Landstinget i Jönköpings län bedrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete baserat på strukturerad journalgranskning på samtliga sjukhus och kliniker. Landstinget Västernorrland bedrev ett sådant arbete vid samtliga sjukhus, dock inte på samtliga kliniker. Två landsting (Kalmar och Östergötland), bedrev ett systematiskt patientsäkerhetsarbete baserat på journalgranskning på två av tre sjukhus. I fem landsting (Skåne, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland och Örebro) pågick ett systematiskt förbättringsarbete baserat på strukturerad journalgranskning i varierande utsträckning på sjukhusen och klinikerna. Tolv landsting uppgav att de ännu inte använde resultat av strukturerad journalgranskning som underlag för förbättringsarbete.

I fyra landsting (Jönköping, Kalmar, Kronoberg och Östergötland) förde alla sjukhus statistik över antalet skador. I ytterligare fem landsting fördes sådan statistik i varierande omfattning.

I överenskommelsen mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet 2012 ingick strukturerad journalgranskning som ett av grundkraven för att landstingen skulle kunna få ta del av prestationsbaserad ersättning. Syftet var att sprida användningen av metoden och inrapportering av resultat till SKL:s databas. Vid samtliga landets 65 akutsjukhus granskades därför minst 20 journaler per månad i tre månader. Resultaten presenterades i SKL:s rapport *Skador i vården* [14]. En del av de resultaten återges här.

Resultat

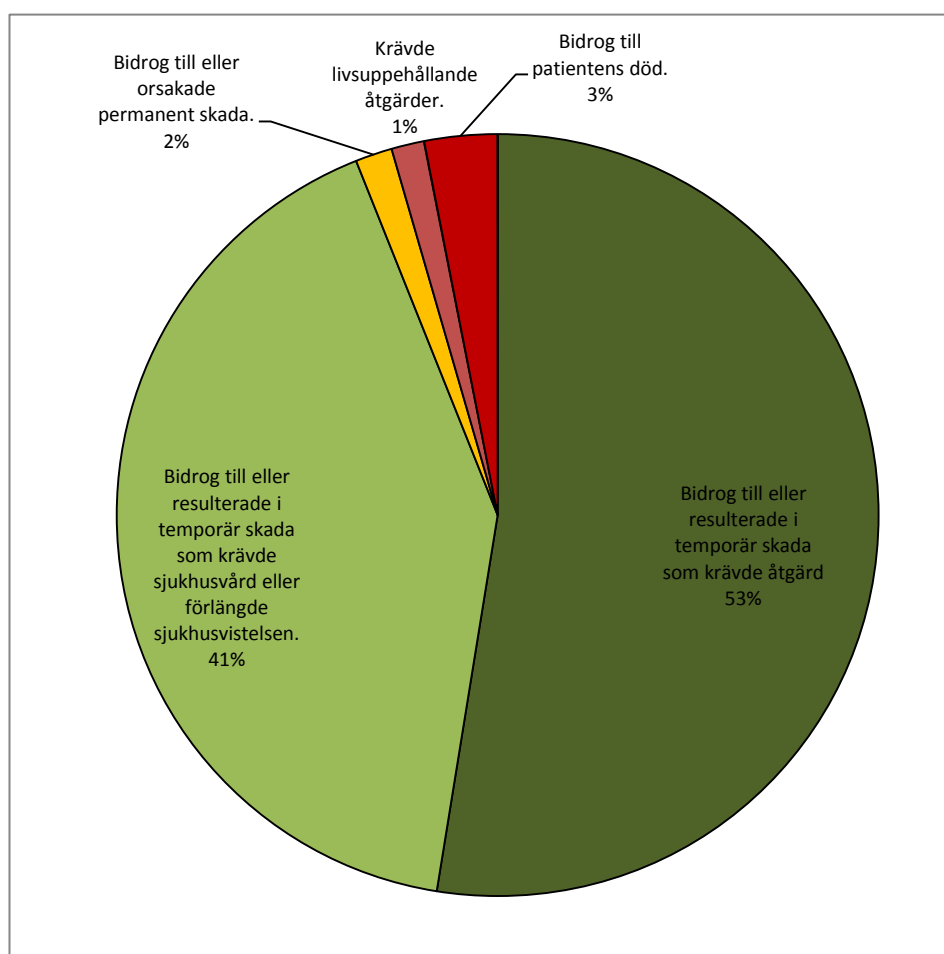
Resultaten är inte helt representativa för landets akutsjukhus. Det beror på att antalet journaler som granskades inom de enskilda landstingen var för litet för att kunna jämföra landstingens resultat, trots att resultatet baseras på granskningen av journaler från 3 900 vårdtillfällen. Det urval vårdtillfällen som granskades var inte heller representativt för hur stor andel av alla vårdtillfällen som sker på olika typer av sjukhus. Länsdelssjukhusen var överrepresenterade i materialet medan universitets- och regionsjukhusen var underrepresenterade.

Vid 13,5 procent av de granskade vårdtillfällena hade patienten fått en eller flera skador. Antalet skador per patient var i genomsnitt 1,2. Skador var lika vanliga hos män som hos kvinnor.

Andelen patienter med skador varierade mellan 2 procent och 38 procent på de olika sjukhusen. Den stora spridningen kan delvis förklaras av att de personer som granskade journalerna hade olika stor erfarenhet av metoden. Det låga antalet journaler som granskades vid varje sjukhus är också en orsak till den stora variationen mellan sjukhusen.

De flesta skadorna (53 procent) var lindriga och övergående (diagram 7). Drygt 40 procent av skadorna medförde förlängd sjukhusvistelse för patienterna.

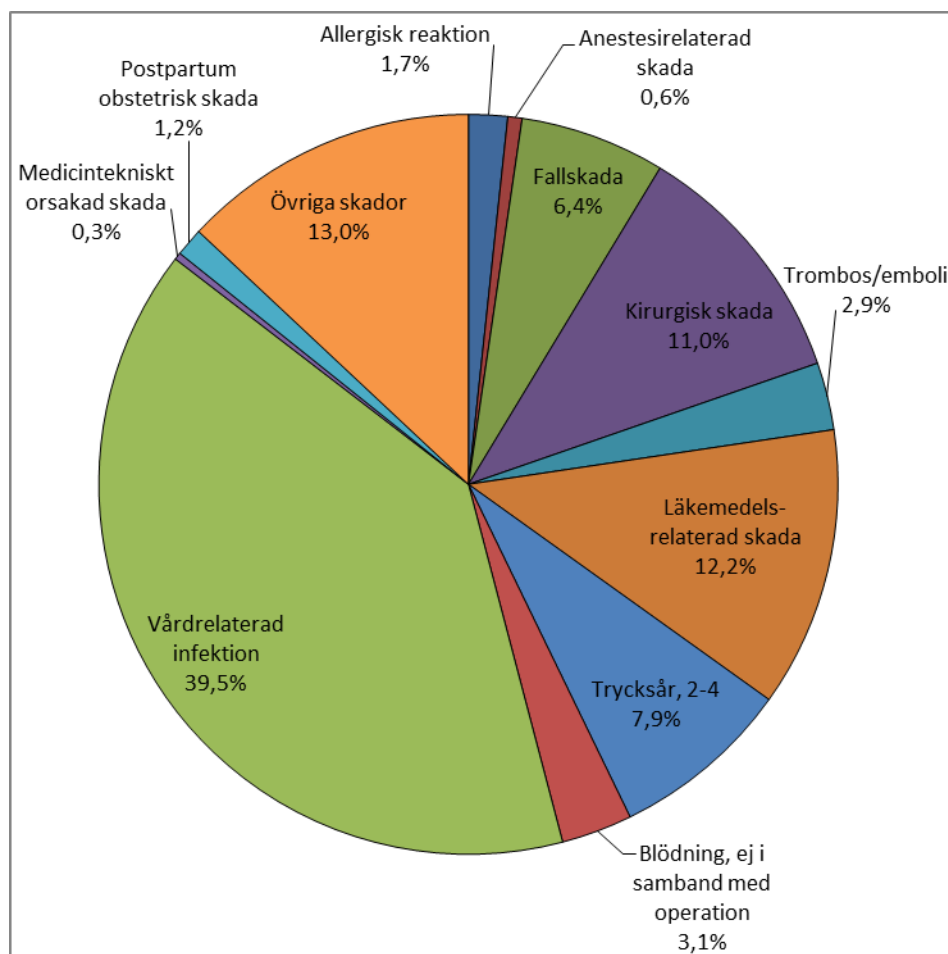
Diagram 7. Skadornas allvarlighetsgrad, strukturerad journalgranskning 2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Vårdrelaterade infektioner var den vanligaste typen av skada och utgjorde närmare 40 procent av alla skador (diagram 8). De vanligaste typerna av vårdrelaterade infektioner var urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion och lunginflammation.

Diagram 8. Typ av skada, strukturerad journalgranskning 2012.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

De patienter som hade skador vårdades i genomsnitt 14,4 dagar. Den genomsnittliga vårdtiden för patienter utan skador var 6,8 dagar.

Under sommaren 2011 uppgav cirka hälften av landstingen att strukturerad journalgranskning var i bruk i någon omfattning sedan metoden introducerades 2008. Som en följd av överenskommelsen mellan staten och SKL har metoden använts systematiskt vid samtliga akutsjukhus under tre månader för att identifiera och karakterisera skador. Därmed finns det resultat som kan ligga till grund för patientsäkerhetsarbetet på samtliga sjukhus. Åtgärder kan vidtas för att minska förekomsten av olika typer av skador och effekterna av dessa åtgärder kan verifieras genom fortsatt arbete med journalgranskning.

Socialstyrelsen bedömer att strukturerad journalgranskning är en viktig metod för att upptäcka och karakterisera skador som inträffar i vården och för att följa effekten av förbättringsåtgärder. Metoden bör därför användas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Den vanligaste typen av skada som drabbar patienter inom sluten somatisk vård är vårdrelaterade infektioner, VRI [14]. Cirka en tredjedel av alla VRI bedöms vara möjliga att förebygga [15]. Det finns många olika orsaker till att VRI uppstår. En orsak är att infektioner kan överföras till patienter via personalens händer och kläder. För att minska denna risk bör all vårdpersonal som har kontakt med patienter alltid följa så kallade basala hygienrutiner och klädregler.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvården, som för närvarande är under revidering, anger grundläggande krav på klädsel och handhygienrutiner för hälso- och sjukvårdspersonal. Handsprit, plastförkläden och handskar ska finnas tillgängliga och användas enligt föreskriften. Personalen ska inte bära ringar, klockor eller armband för att händer och underarmar ska kunna desinficeras på rätt sätt. Dessutom ska arbetsdräkten vara kortärmad.

Kompletterande rekommendationer, bland annat om att hår ska sättas upp, finns i kapitlet Smittspridning och skyddsåtgärder i Socialstyrelsens kunskapsunderlag *Att förebygga vårdrelaterade infektioner* och i *Vårdhandboken* [16].

SKL initierade mätningar av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler som en del i sin patientsäkerhetsstrategi. Mätningarna inleddes hösten 2010 och har därefter genomförts årligen vår och höst.

Följsamhetsmätning på sjukhusens vårdavdelningar ingick också som en ersättningsgrundande indikator i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL år 2011 och 2012.

Metod

Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts genom att en person, utan att personalen känner till när mätning ska ske, observerar och registrerar i vilken utsträckning de följer de olika hygienrutinerna och klädreglerna i en vårdssituation. Följsamheten hos cirka tio personer registreras på varje enhet. Resultaten rapporteras in och sammanställs i SKL:s databas.

Mätningarna omfattar följsamhet till följande basala hygienrutiner:

- handdesinfektion före patientnära arbete och före användning av handskar
- handdesinfektion efter patientnära arbete och efter användning av handskar
- användning av handskar
- användning av plastförkläde eller patientbunden skyddsrock.

Mätningarna omfattar följsamhet till följande klädregler:

- kortärmad arbetsdräkt
- frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar

- kort eller uppsatt hår.

Följsamhet till basala hygienrutiner bedöms föreligga endast när alla rutiner som är tillämpliga i den observerade vårdsituationen har följts. Motsvarande gäller även när man bedömer följsamhet till klädregler.

Resultat

Drygt hälften av alla observationer av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har gjorts på vårdavdelningar på sjukhusen, men följsamhetsmätningar har även gjorts inom primärvård och öppen specialistvård. De resultat som redovisas återspeglar samtliga mätningar som har gjorts inom landstingen.

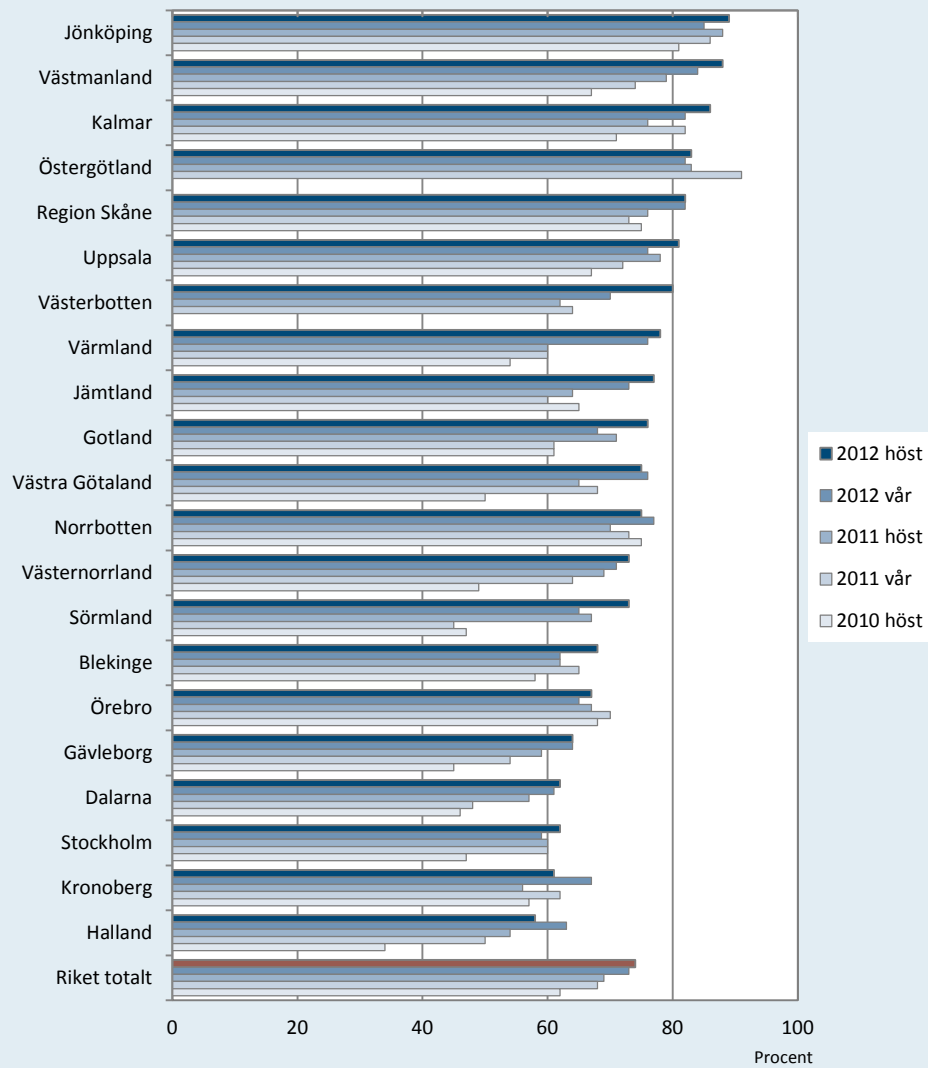
I överenskommelsen för 2011 sattes målet att 75 procent av vårdavdelningarna skulle delta i mätningen. Samtliga landsting klarade det målet och i överenskommelsen för år 2012 skärptes målet till att minst 80 procent av vårdavdelningarna skulle delta. Endast ett landsting klarade inte det målet.

Två tredjedelar av landstingen har ökat andelen deltagande vårdavdelningar i mätningarna från våren 2011 till våren 2012. Vid första mätningen hösten 2010 deltog knappt 800 slutenvårdsavdelningar. Därefter har cirka 1 000 vårdavdelningar deltagit vid varje mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

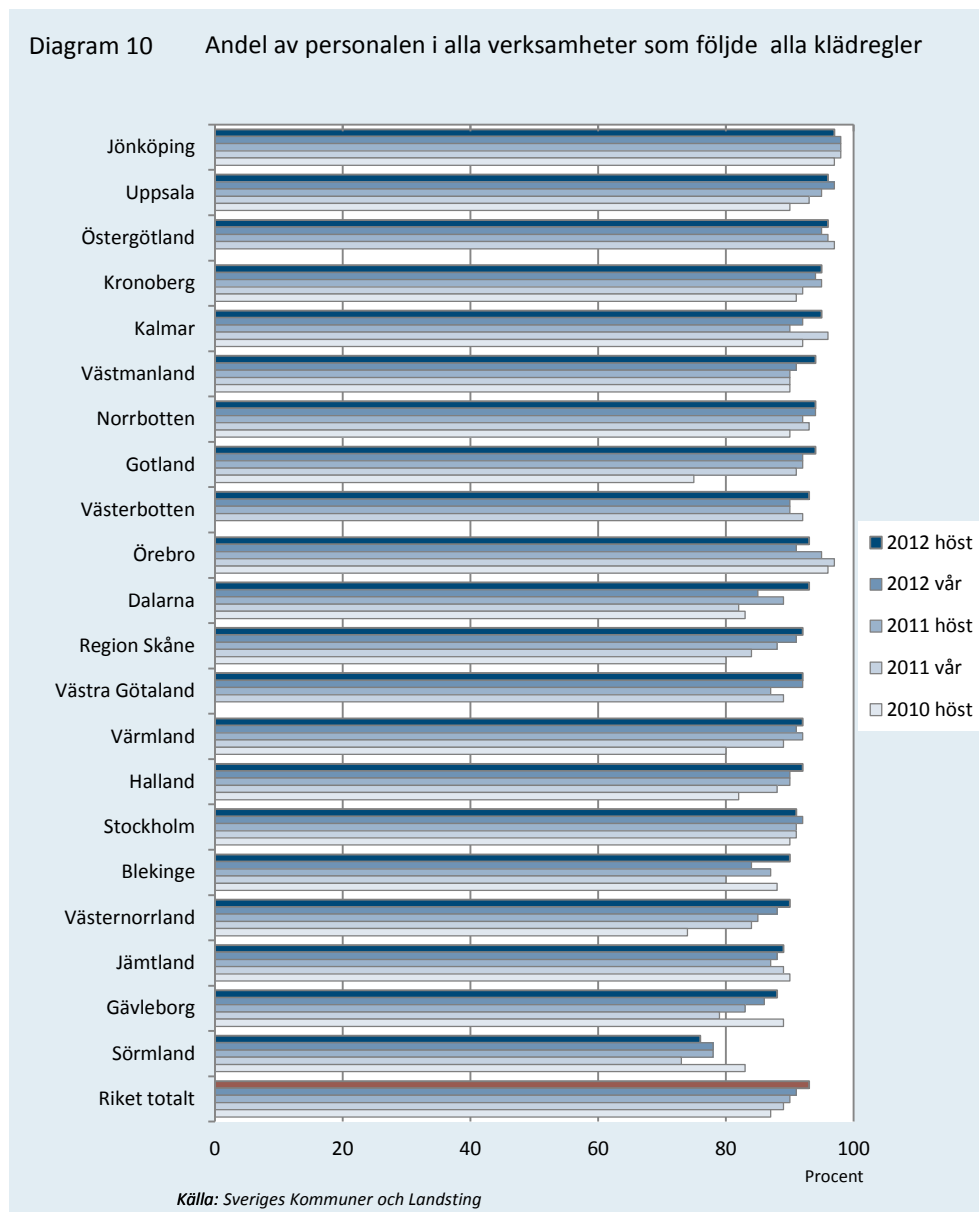
I överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet 2012 sattes målet att 64 procent av personalen på vårdavdelningarna skulle visa full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Detta mål klarade 15 av landstingen.

I höstmätningen 2012 varierade följsamheten till basala hygienrutiner mellan landstingen från knappt 60 procent till närmare 90 procent (diagram 9). Under perioden 2010–2012 tenderade följsamheten till basala hygienrutiner att öka i de flesta landstingen.

Diagram 9 Andel av personalen i alla verksamheter som följde alla basala hygienrutiner

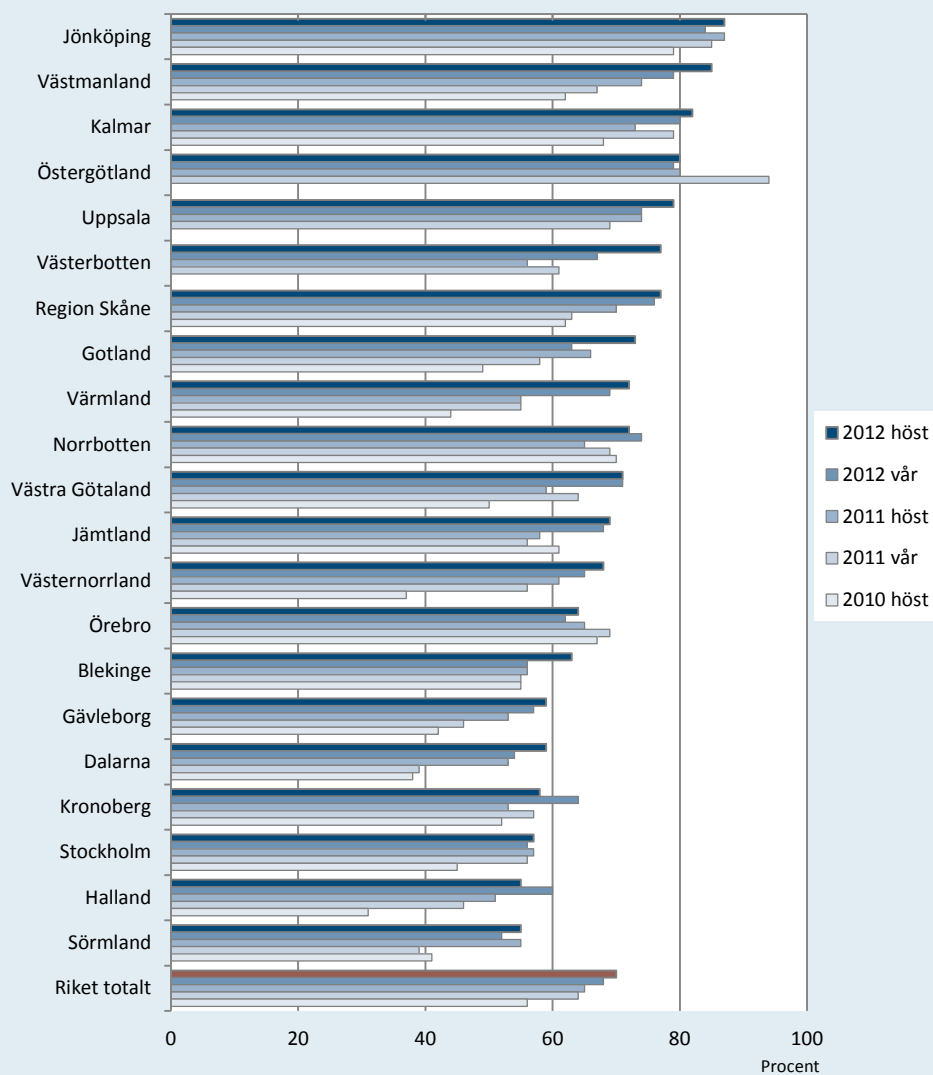


Följsamheten till klädreglerna varierade i höstmätningen 2012 från närmare 80 procent till närmare 100 procent och var i alla landsting högre än följsamheten till de basala hygienreglerna (diagram 10). Följsamheten till klädreglerna tenderade att öka i flertalet landsting under perioden.



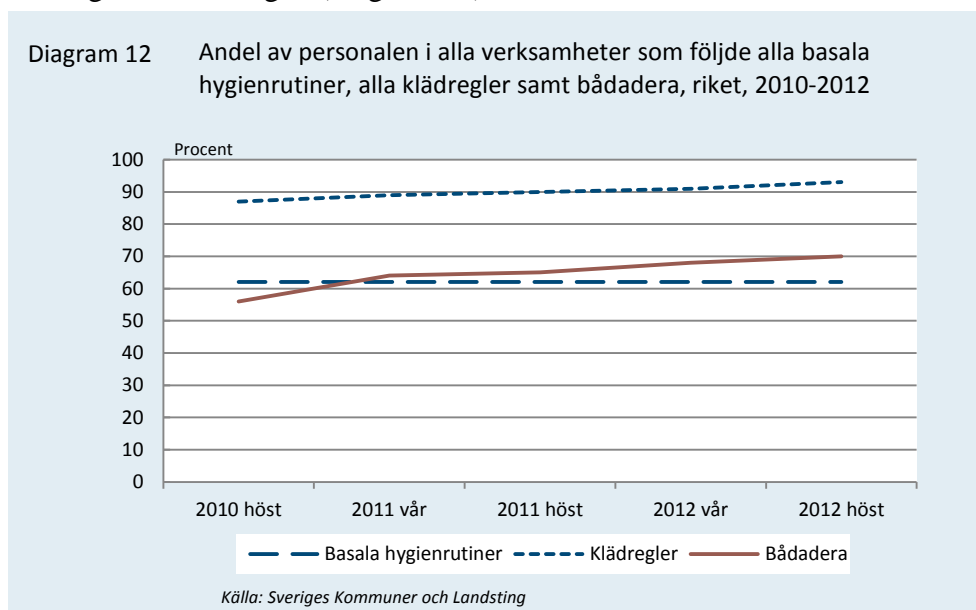
Den sammantagna följsamheten till både basala hygienrutiner och klädregler tenderade att öka i flertalet landsting (diagram 11).

Diagram 11 Andel av personalen i alla verksamheter som följer alla basala hygienrutiner och klädregler



Källa: Sverigers Kommuner och Landsting

Under perioden 2010–2012 ökade följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i landstingen (diagram 12).



Utvecklingen återspeglar att överenskommelserna har satt området i fokus och att åtgärder som underlättar personalens följsamhet, till exempel tillgängligheten på handdesinfektionsmedel, har ökat.

Alla yrkesgrupper inom vården har deltagit i mätningarna men deras andel i mätningen varierar mellan landstingen. Att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är olika hög för olika yrkesgrupper kan ha bidragit till skillnaderna mellan landstingens resultat. Utöver det kan bedömningen av de olika moment som ingår i mätningen skilja sig mellan olika observatörer på grund av skillnader i tolkningen av Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen ser det som positivt att både deltagandet i mätningarna och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har ökat under perioden. Det är angeläget att vårdgivarna arbetar för en fortsatt ökning av följsamheten särskilt till basala hygienrutiner.

Nationell patientöversikt, NPÖ

Patientsäkerheten är i hög utsträckning beroende av att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillgång till viktig och aktuell information om patienternas hälsotillstånd och behandling.

Ökad rörlighet, fria vårdval och större specialisering inom vården gör att patienter i dag ofta har kontakt med flera olika vårdgivare (landsting, kommuner eller privata vårdgivare), som var och en registrerar och förvaltar sin journalinformation lokalt.

Nationell patientöversikt, NPÖ, är ett system för utbyte av viktig information mellan vårdgivare som håller på att tas i bruk i hälso- och sjukvården.

Tjänsten NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att, med patientens samtycke, ta del av viktig vårdinformation som registrerats hos andra

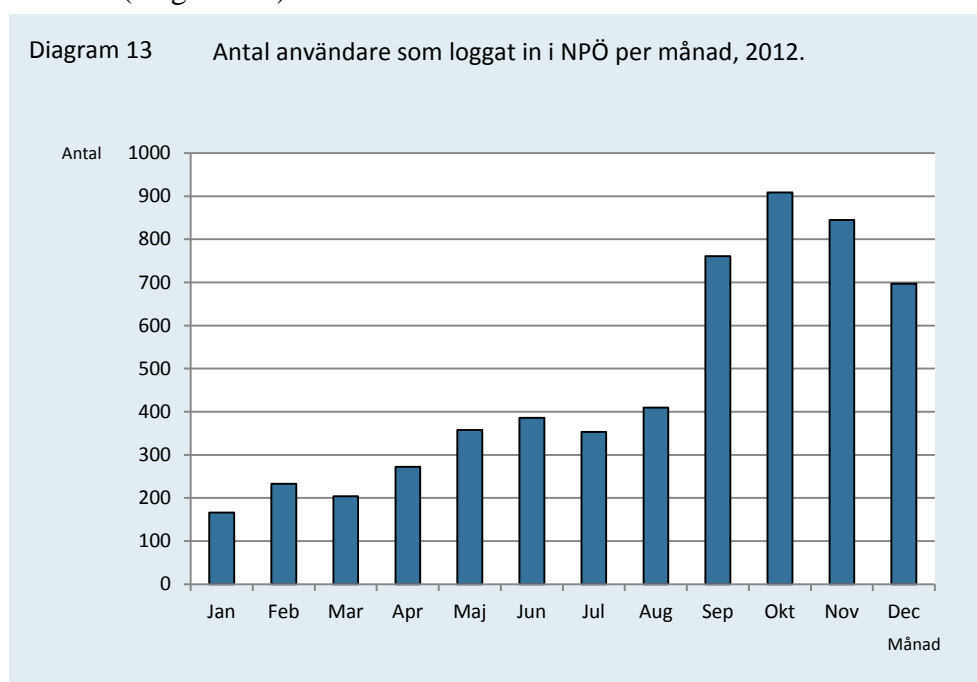
vårdgivare, kommuner eller landsting. Tjänsten har tagits fram på initiativ av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och förvaltas av Inera AB på uppdrag av Center för eHälsa i samverkan, CeHis.

Landstingens anslutning till och användning av NPÖ

Örebro läns landsting anslöt sig till NPÖ 2009. Under 2010 anslöt sig Landstinget Sörmland, Landstinget Västernorrland, Västra Götalandsregionen och Landstinget Blekinge. Vid årsskiftet 2011-2012 var cirka 10 landsting anslutna till NPÖ. Flera kommuner i dessa landsting hade också anslutit sig till NPÖ för att kunna söka uppgifter om patienter.

I 2012 års överenskommelse mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet ingick som krav att landstingen skulle ha anslutit sig till NPÖ senast den 30 september. Samtliga landsting klarade detta krav och var anslutna i september 2012. I slutet av året var totalt 120 vårdgivare anslutna, varav många små privata vårdgivare som använde samma journalsystem som landstingen.

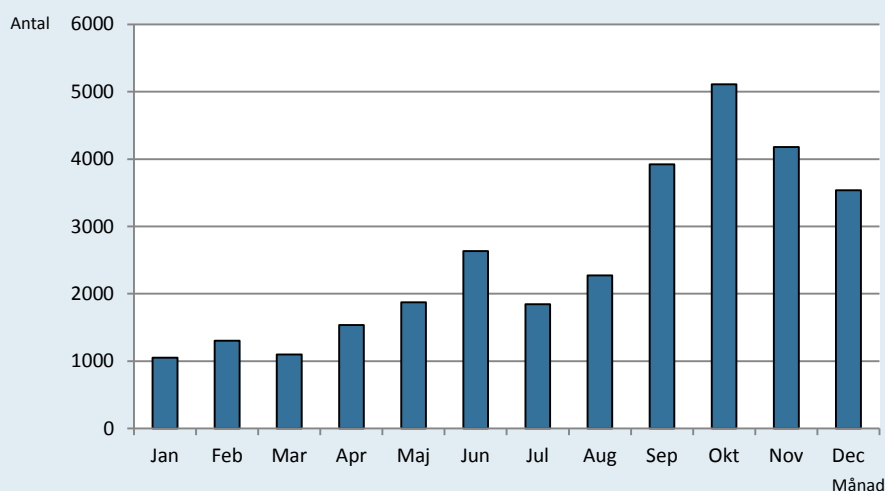
Varje person som behöver tillgång till uppgifter via NPÖ registreras som användare i systemet. Antalet användare har ökat påtagligt under sista tertialet 2012 (diagram 13).



Källa: Inera AB

Hur mycket NPÖ används återspeglas i antalet sökningar efter information om patienter. Under 2012 gjordes totalt 30 363 sökningar (diagram 14).

Diagram 14 Antal sökningar i NPÖ per månad, 2012.



Källa: Inera AB

Antalet sökningar efter information om patienter ökade under sista tertialen 2012.

Den ökade användningen av NPÖ under sista tertialen 2012 återspeglar den ökade anslutningen till systemet som överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet 2012 bidrog till.

I samtliga landsting finns nu de grundläggande förutsättningarna för att vårdgivare i kommuner och landsting ska kunna utbyta viktig information om patienters hälsotillstånd och behandling. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att det sker en ökad spridning och användning av NPÖ, vilket kan bidra till att förbättra patientsäkerheten.

Lex Maria-anmälningar

Lex Maria innebär att medarbetare inom vården är skyldiga att anmäla skador inom vården. Reglerna finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), PSL, som säger att vårdgivare ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och vidta åtgärder som förhindrar att händelsen upprepas. Vårdgivaren ska också enligt 3 kap. 5 § samma lag anmäla sådana händelser till Socialstyrelsen. Fram till och med 2010 reglerades anmälningsplikten av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Anmälningsplikten omfattade då även allvarliga skador som inte hade kunnat undvikas.

Socialstyrelsens rapport *Vårdskador inom somatisk slutenvård* [4] beräknades att cirka 10 000 patienter som vårdats inom somatisk slutenvård under ett år hade drabbats av vårdskador som medfört bestående men. Under motsvarande period anmäldes endast cirka 460 allvarliga skador och vårdskador inom somatisk slutenvård. Endast en liten andel av de allvarliga vårdskador som inträffade anmäldes således till Socialstyrelsen. Det innebär att antalet

anmälningar inte är ett mått på antalet allvarliga vårdskador som inträffat i vården. Antalet anmälningar speglar snarare hur många allvarliga vårdskador som vårdgivarna har upptäckt och utrett i syfte att vidta åtgärder för att förhindra att liknande händelser upprepas. Ju fler anmälningar, desto aktivare har vårdgivaren varit i sitt patientsäkerhetsarbete.

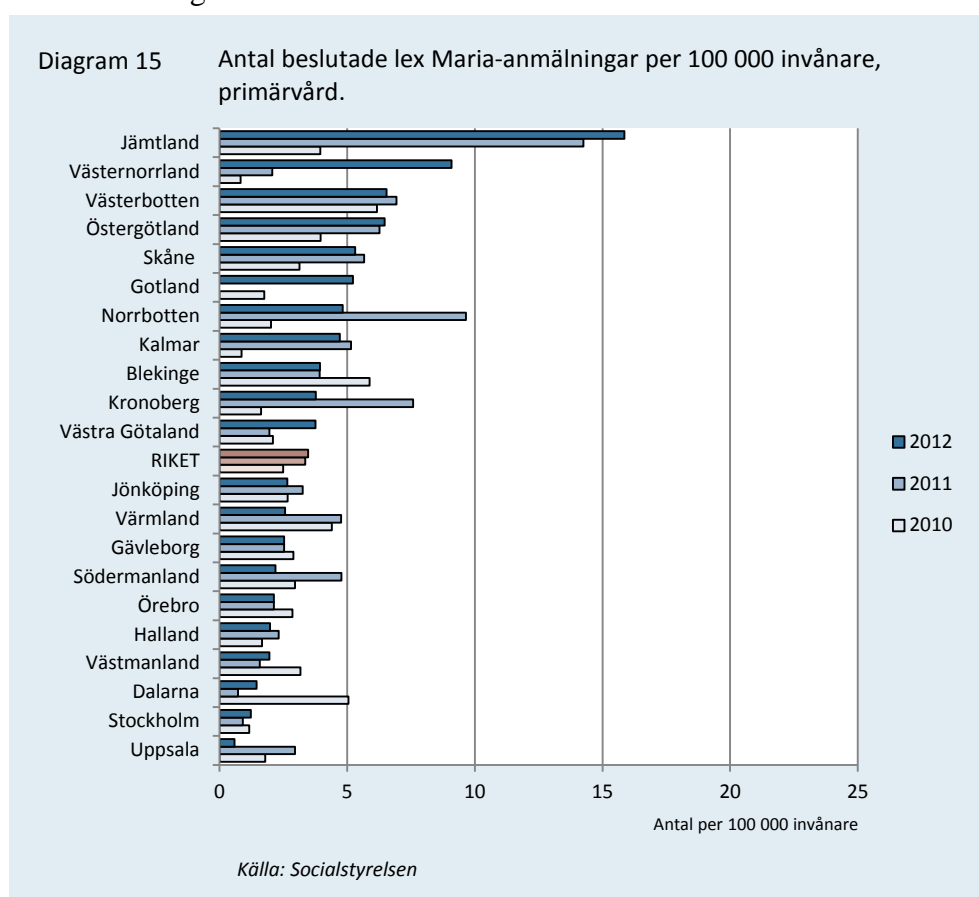
Metod

Denna rapport sammanställer antalet rapporterade lex Maria-anmälningar per landsting där Socialstyrelsen har fattat beslut. Sammanställningen omfattar all landstingsfinansierad vård. Antalet beslutade anmälningar, både beslutade och inkomna, redovisas per 100 000 invånare. Det medför att landsting med till exempel universitets- och regionssjukhus som vårdar patienter från andra landsting kan förväntas ha fler anmälningar än de övriga landstingen. Antal inkomna lex Maria-anmälningar redovisas landstingsvis i diagram 20.

Resultat

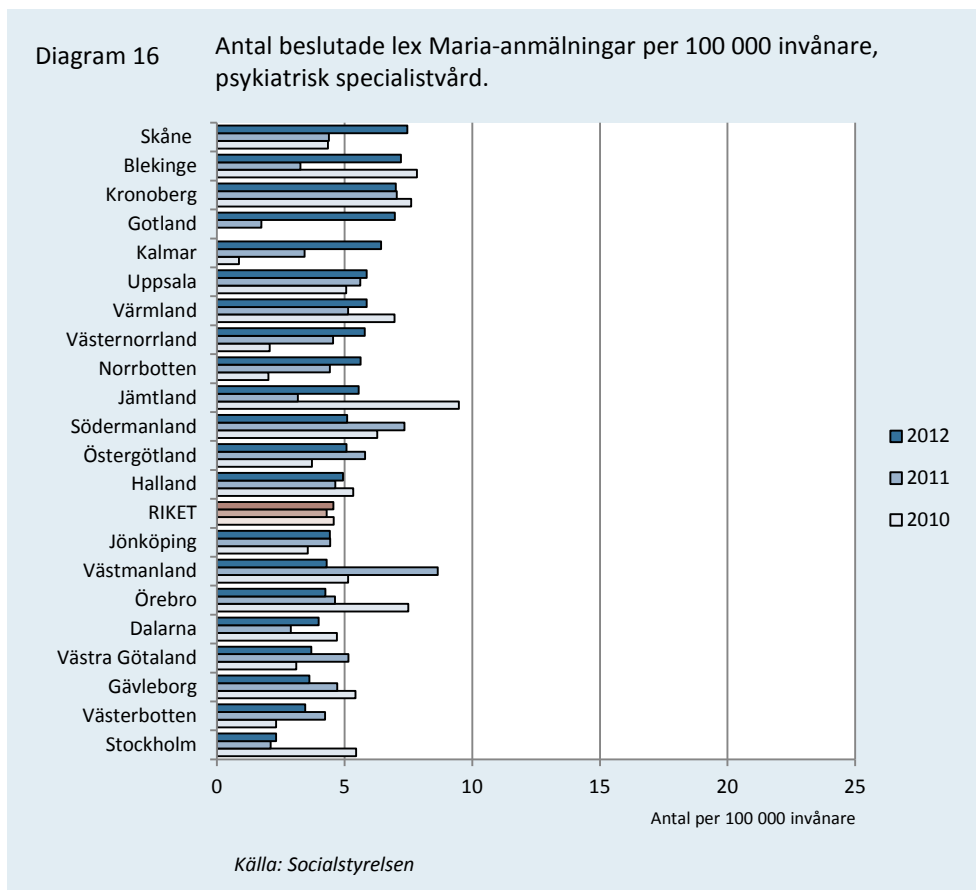
Lex Maria-anmälningar inom primärvården

Antalet beslutade lex Maria-anmälningar från primärvården varierade påtagligt mellan landstingen (diagram 15). Jämtlands läns landsting hade den högsta andelen beslutade ärenden under 2011 och 2012, medan antalet från Stockholms läns landsting varit stabilt i flera år, och lågt i jämförelse med andra landsting.



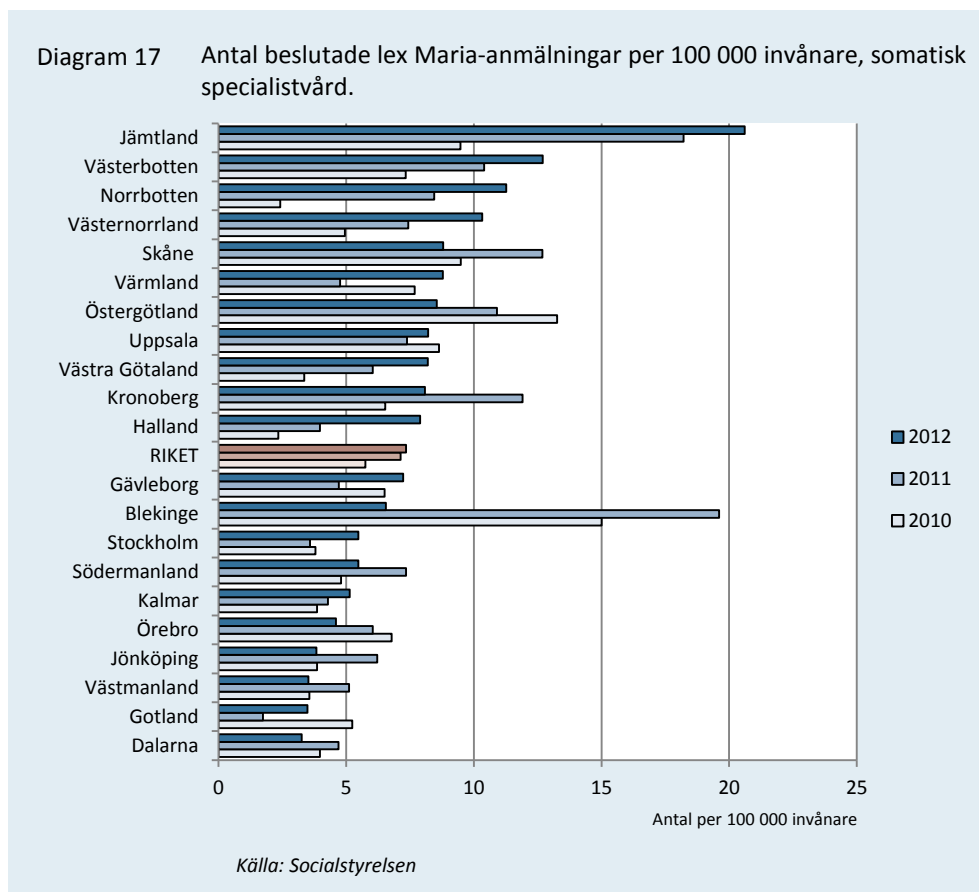
Lex Maria-anmälningar inom psykiatrisk specialistvård

Beslutade lex Maria-anmälningarna inom den psykiatriska specialistvården gällde huvudsakligen självmord (diagram 16). Om man utgår från att antalet beslutade ärenden följer antalet inkomna, kan man se en betydande skillnad i anmälningsfrekvens mellan landstingen, liksom att den årliga variationen i anmälningsfrekvens tenderade att vara mindre i den psykiatriska specialistvården än i primärvården.



Lex Maria-anmälningar inom somatisk specialistvård

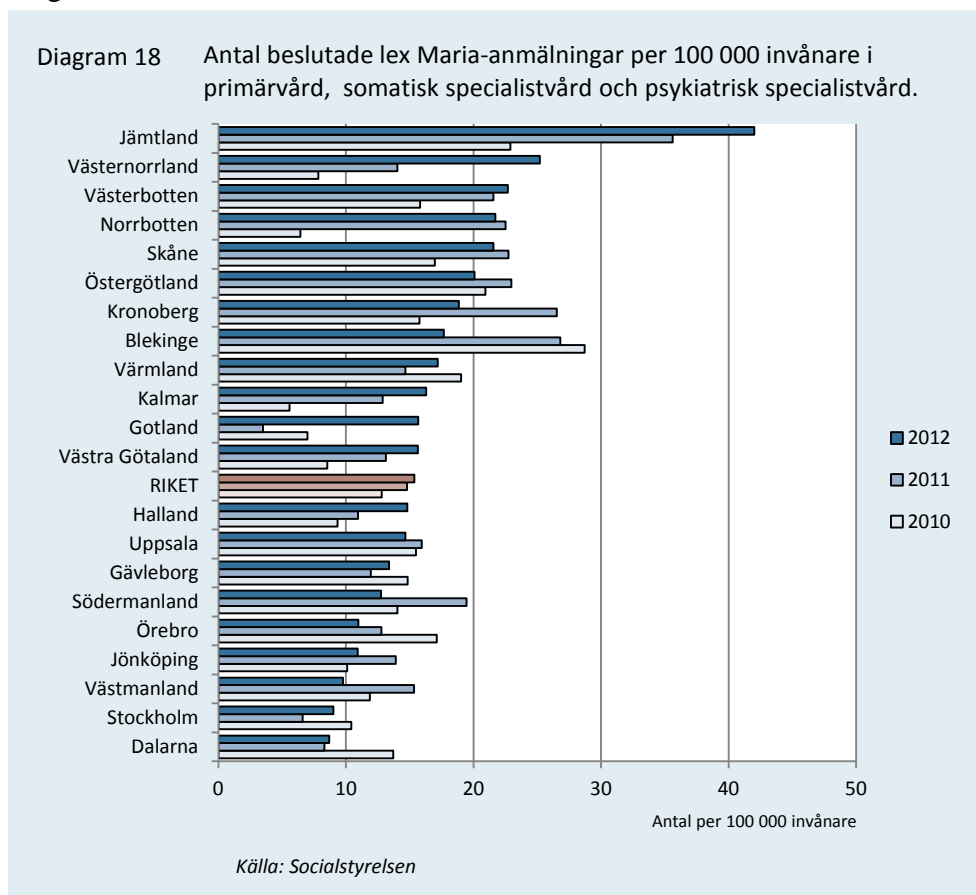
Frekvensen av beslutade lex Maria-anmälningar inom somatisk specialistvård varierade avsevärt mellan landstingen (diagram 17). Jämtlands läns landsting hade störst antal per 100 000 invånare 2012.



Lex Maria-anmälningar inom olika landsting

I många landsting med förhållandevis liten befolkning, till exempel Jämtland, Norrbotten och Västernorrland, varierade antalet beslutade anmälningar påtagligt mellan åren.

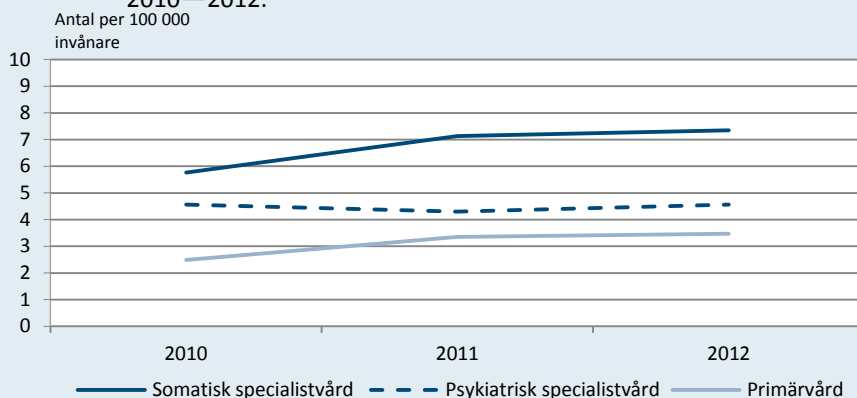
Det sammanlagda antalet beslutade lex Maria-anmälningar per 100 000 invånare från landstingen under år 2010, 2011 respektive 2012 redovisas i diagram 18.



Genomsnittligt antal anmälningar

Det genomsnittliga antalet beslutade lex Maria-anmälningar i landet tenderade att öka inom primärvård och somatisk specialistvård under perioden 2010–2012, medan det var oförändrat inom psykiatrisk specialistvård under perioden (diagram 19).

Diagram 19 Antal beslutade lex Maria-anmälningar per 100 000 invånare i primärvård, somatisk specialistvård och psykiatrisk specialistvård, 2010—2012.

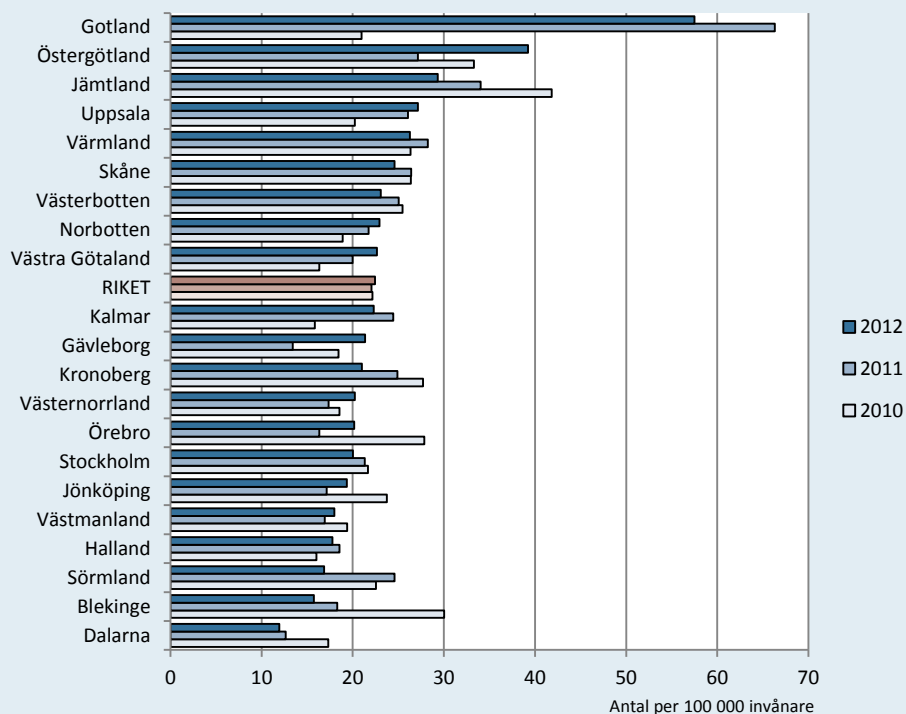


Källa: Socialstyrelsen

Lex Maria-anmälningar per verksamhetsområde

Diagram 20 visar det totala antalet inkomna lex Maria-anmälningar per 100 000 invånare från alla berörda verksamhetsområden. Det har inte varit möjligt att redovisa från vilket verksamhetsområde anmälningarna inkommit eftersom denna kategorisering utförs i ett senare skede av handlägningsprocessen än när anmälningen kommer in till myndigheten och registreras.

Diagram 20 Totalt antal inkomna lex Maria-anmälningar per 100 000 invånare från alla berörda verksamhetsområden 2010—2012.



Källa: Inkomna ärenden, DHS, Socialstyrelsen

Slutsats – lex Maria-anmälningarna speglar inte antalet vårdskador

Socialstyrelsen anser att frekvensen av inkomna lex Maria-anmälningar återspeglar landstingens anmälningsbenägenhet snarare än hur många allvarliga vårdskador som faktiskt har inträffat.

En anmälan till Socialstyrelsen återspeglar att en skada som inträffat har uppfattats som allvarlig och undvikbar av personalen. De har rapporterat den vidare till en nivå i organisationen som i sin tur har gjort motsvarande bedömning, utrett händelsen, vidtagit åtgärder och bedömt att den motiverar en anmälan till Socialstyrelsen. Flera förutsättningar kan inverka på de olika stegen som leder fram till en anmälan.

Exempel på sådana förutsättningar är att

- det finns ett tydligt regelverk inom organisationen som beskriver vilka typer av skador som personalen ska rapportera
- regelverket är känt
- det finns välfungerande rutiner och system för rapportering
- det finns kapacitet för att utreda händelser som medfört skada och för att vidta förebyggande åtgärder.

Förutom sådana strukturella förutsättningar har patientsäkerhetskulturen på olika nivåer i organisationen förmodligen stor betydelse för benägenheten att anmäla vårdskador till Socialstyrelsen. Många andra faktorer, till exempel den nytta som personalen i verksamheten uppfattar att en anmälan medför i den egna verksamheten, kan också ha betydelse för anmälningsbenägenheten.

Benägenheten att anmäla allvarliga vårdskador till Socialstyrelsen varierade påtagligt mellan landstingen. En del av variationen kan återspegla skillnader i de strukturella förutsättningarna och i patientsäkerhetskulturen.

Antalet beslutade lex Maria-anmälningar kan också vara en indikation på hur komplex handläggningsprocessen är och ett mått på utredningsteknisk kapacitet.

<p>Enligt patientsäkerhetslagen ska händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada anmälas. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att de händelseanalyser som genomförs i anslutning till lex Maria-anmälningar görs tillgängliga i den kunskapsbank som finns i det nationella IT-stödet för händelseanalys, Nitha, och på så vis bidrar till det nationella lärandet.</p>
--

Nationellt IT-stöd för händelseanalys

Händelseanalys är en metod för att utreda händelser som medfört eller kunde ha medfört vårdskador. Metoden, *Risk- & Händelseanalys* [17], utarbetades av Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Patientförsäkringen LÖF, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Socialstyrelsen och lanserades år 2005. Med stöd av metoden kan vården

rekonstruera händelseförlopp och fastställa vad som gick fel. Därefter identifieras de bakomliggande orsakerna och åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar igen. Syftet med att göra händelseanalyser är att ge ledningen för verksamheten underlag för beslut om åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten.

Fram till nyligen har arbetet med händelseanalys bedrivits utan särskilt IT-stöd. Det har medfört att tillämpningen av metoden har varierat, vilket försvårat för verksamheterna att lära av varandras utredningar.

Metod

För att underlätta genomförandet av händelseanalyser tog ett antal landsting initiativ till att utveckla ett nationellt IT-stöd för händelseanalys (Nitha). Projektet fick stöd från Center för eHälsa i samverkan och SKL och slutfördes 2011. Nitha innehåller olika moduler som stödjer de olika stegen i utredningen. Analyskvaliteten utvecklas successivt med stöd av en kvalitetsgranskningsrutin som är inbyggd i systemet.

När en händelseanalys som genomförts i Nitha är avslutad kan den överföras till en nationell kunskapsbank. Händelseanalyserna är kategoriserade på ett sätt som gör det möjligt att sammanställa och söka i kunskapsbanken efter olika slags händelser, åtgärder, med mera.

Resultat

Vid utgången av år 2012 var alla landsting utom Blekinge, Halland, Jönköping, Norrbotten och Västerbotten anslutna till Nitha. Nitha innehöll sammanlagt cirka 380 händelseanalyser. I kunskapsbanken fanns totalt 46 analyser varav 35 från Östergötland och de övriga från Gävleborg, Kronoberg, Skåne, Sörmland och Västernorrland. Hälften av händelseanalyserna i kunskapsbanken berörde brister i behandling och diagnostik. De flesta analyserna berörde kirurgisk och internmedicinsk verksamhet samt anestesioch intensivvård.

Användningen av Nitha och kunskapsbanken kan bidra till att öka säkerheten i vården genom att påskynda kunskapsspridningen om orsaker till vårdskador och lämpliga förebyggande åtgärder. Det gemensamma IT-stödet gör det möjligt för vårdgivare att genomföra händelseanalyser på ett standardiserat sätt och med en gemensam terminologi som underlättar för vårdgivarna att lära av varandras händelseanalyser.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att alla vårdgivare som kan ha nytta av IT-stödet ansluter sig och använder det regelbundet i sitt patientsäkerhetsarbete och på så vis bidrar till det gemensamma lärandet.

Infektionsverktyget – kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner

SKL har i samarbete med Center för eHälsa i samverkan tagit fram ett IT-stöd, Infektionsverktyget. Det ska användas för att registrera och sammanställa information om vårdrelaterade infektioner (VRI) och användningen av

antibiotika på sjukhus. Med hjälp av verktyget kan man registrera om antibiotika ordinerats för att behandla en VRI, en samhällsförvärd infektion eller om ordinationen gäller en profylaktisk behandling.

Data samlas i en nationell databas med en enhetlig terminologi och verktyget gör det möjligt att följa förekomsten av infektioner och användningen av antibiotika på sjukhusen. Den samlade informationen skapar förutsättningar för det förebyggande arbetet för att minska antalet VRI och förbättra användningen av antibiotika.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet 2012, fanns det grundläggande kravet att respektive landsting skulle påbörja arbetet med att införa Infektionsverktyget genom att ta väsentliga steg till en organisation för införandet på samtliga sjukhus.

Alla landsting har under 2012 påbörjat arbetet med att införa Infektionsverktyget. Arbetet bedrivs både på nationell och lokal nivå.

Socialstyrelsen bedömer att Infektionsverktyget, när det är infört i verksamheterna, kan ge ett viktigt bidrag i arbetet för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner och för att åstadkomma en rationell antibiotikaanvändning på sjukhusen.

Mätning av överbeläggningar på sjukhus

När fler patienter läggs in på en vårdavdelning än vad den för tillfället har kapacitet att ta hand om kan det uppstå risker för patienterna. En sådan situation kan också leda till att patienter vårdas på avdelningar som inte har den kunskap om patientens sjukdom som behövs för att kunna ge en säker vård.

Det har inte tidigare funnits en gemensam begreppsvärld och terminologi för att beskriva och hantera dessa problem. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har därför tagit fram en terminologi på området:

- *Överbeläggning* definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket är en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
- *Utlokaliserad patient* definieras som en inskriven patient som vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Socialstyrelsen har i samarbete med SKL även tagit fram rapporten *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* [18]. Syftet är att vården genom en optimal planering av vårdplatser på landets sjukhus uppnår en säkrare hälso- och sjukvård. I den rapporten presenteras tre nya indikatorer inom området:

- överbeläggning
- utlokaliserad patient
- utskrivningsklar patient.

SKL har inrättat en nationell databas där sjukhusen kan registrera överbeläggningar och utlokaliserade patienter dagligen. Indikatorn för överbelägg-

ning baseras på dagliga mätningar men redovisas som andelen överbeläggningar per månad.

I överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet 2012, mellan staten och SKL, ingick mätning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter som en av indikatorerna.

Utveckling

Överenskommelsen har lett till att alla landsting under hösten 2012 har infört regler och rutiner för att genomföra mätningarna. De har även börjat mäta och rapportera överbeläggningar och utlokalisering av patienter till den nationella databasen.

Sjukhusen har nu ett verktyg för att kontinuerligt följa vårdplats-situationen så att åtgärder kan vidtas för att undvika överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

När arbetet med att säkerställa att indikatorerna används och rapporteras korrekt är avslutat, kommer landstingsvisa jämförelser att vara möjliga.

Socialstyrelsen bedömer att kontinuerlig mätning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter kommer att bidra till att åtgärder vidtas så att patienterna i större utsträckning kan få tillgång till säkra vårdplatser.

Nationell Patientenkät

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig grund för vårdens utvecklings- och förbättringsarbete. Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella skriftliga enkätundersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Frågorna handlar om bland annat bemötande, delaktighet, förtroende och information. Alla landsting och regioner deltar i undersökningarna som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Den första patientenkäten genomfördes inom primärvården hösten 2009. Sedan dess har undersökningen genomförts vartannat år inom primärvården och sedan 2010 vartannat år inom öppen och slutet specialiserad sjukhusvård samt inom öppen och slutet psykiatrisk vård. I Nationell Patientenkät finns bland annat frågor som handlar om hur väl patienterna anser att de informerats om biverkningar av sin behandling och om allvarliga sjukdomssymtom som de själva ska vara observanta på och söka hjälp för. Denna typ av information har bedömts som viktig för att patienterna själva ska kunna medverka till en säker vård.

Metod

Totalt skickas närmare 600 000 enkäter ut under en tvåårsperiod. Det ena året skickas cirka 250 000 enkäter ut till patienter som besökt primärvården. Året därpå skickas enkäter till cirka 10 000 patienter som vårdats i psykiatrisk slutenvård, cirka 70 000 patienter som vårdats inom psykiatrisk öppenvård, drygt 75 000 patienter som vårdats inom specialiserad sjukhusvård och cirka 175 000 patienter inom specialiserad öppenvård (tabell 5). Enkäterna omfattar mellan 62 och 76 frågor.

Resultatet presenteras i form av ett värde, från 0 till 100, för patientupplevd kvalitet, ett så kallat PUK-värde. Så högt värde som möjligt eftersträvas. I denna rapport redovisas fem frågor från de olika enkäterna som alla bedömts belysa hur patienten upplever informationen från, och kommunikationen med, sin behandlare när det gäller läkemedel, biverkningar, varningssignaler eller åtgärd vid utebliven behandlingseffekt (tabell 6).

I rapporten presenteras resultat för den senaste mätperioden 2011 respektive 2012, beroende på vilken enkät som avses, och jämförs med föregående period, 2009 respektive 2010.

Resultat

Svarsfrekvensen varierade mellan de olika enkäterna, från 31,4 procent för psykiatrisk slutenvård till 62,5 procent för somatisk specialiserad slutenvård (tabell 5). I tabell 7 visas PUK-värdet för de utvalda frågorna inom varje studerat verksamhetsområde.

Två frågor som berör läkemedel ingår i enkäterna:

- ”Förklarade läkaren varför du skulle ta det läkemedel som du fått på ett sätt som du förstod?”
På riksnivå varierade PUK-värdet mellan 71 och 92, och var lägst i den psykiatriska slutenvården och högst i den öppna specialistvården.
- ”Frågade någon läkare dig om andra läkemedel som du använder?”
PUK-värdet på riksnivå varierade mellan 60 och 81, och var lägst i primärvården och högst i den specialiserade slutenvården.

En fråga som berör biverkningar av läkemedel ingår i enkäterna:

- ”När du senast fick ett nytt läkemedel utskrivet – blev du informerad om eventuella biverkningar?”
PUK-värdet på riksnivå varierade mellan 37 och 49, och var lägst i den psykiatriska slutenvården och högst i den specialiserade öppenvården.

Två frågor som berör viktig information om patientens sjukdom och behandling ingår i enkäterna:

- ”Berättade någon ur personalen för dig om vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?”
På riksnivå varierade PUK-värdet mellan 28 och 54, och var lägst i den psykiatriska öppenvården och högst i den specialiserade öppenvården:
- ”Förklarade behandlaren vad du borde göra om problemen eller symtomen skulle fortsätta, bli värre eller komma tillbaka?”
PUK-värdet på riksnivå varierade mellan 69 och 71, och var lägst i primärvården och högst i den specialiserade öppenvården.

För de flesta frågorna ligger PUK-värdet för den senaste mätperioden något lägre eller på ungefär samma nivå som föregående mätperiod.

Tabell 5. Antal utskickade enkäter och svarsfrekvens i procent för senaste enkätundersökningen inom respektive verksamhetsområde.

Verksamhetsområde	Totalt utskickade enkäter	Korrigerad svarsfrekvens* (%)
Psykiatrisk öppenvård 2012	68 905	36,8
Psykiatrisk slutenvård 2012	9 623	31,4
Specialiserad sjukhusvård, slutenvård 2012	77 241	62,5
Specialiserad sjukhusvård, öppenvård 2012	176 664	58,6
Primärvård 2011	247 686	54,0

* Korrigerad svarsfrekvens avser antalet inkomna formulär i relation till antal utskickade, korrigerat för bortfall.

Den nationella patientenkäten är ett verktyg för vårdgivarna för att hämta in patienternas upplevelser av vården. De utvalda frågorna i denna rapport speglar i vilken utsträckning patienterna upplever att de har fått viktig information om läkemedel, biverkningar och om sin sjukdom så att de själva kan bidra till en säker vård.

Svarsfrekvensen för enkäterna var överlag låg eller mycket låg. Det gäller för alla verksamheter men framför allt inom psykiatri, där endast en tredjedel av patienterna har besvarat enkäten. Den högsta svarsfrekvensen finns bland patienter som vårdats ineliggande inom somatisk vård, där nära två tredjedelar har svarat. Den låga svarsfrekvensen gör det svårt att dra slutsatser av svaren. Det är oklart om det är ett representativt urval av alla patienter som besvarat enkäterna. Den låga svarsfrekvensen gör också att osäkerheten i uppgifterna är stor.

För några frågor verkar det dock finnas en verksamhetsöverskridande samstämmighet. Exempel på detta är frågan ”Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?”, som genomgående fått ett lågt PUK-värde, medan frågan ”Förklarade någon läkare varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?” däremot fick ett högt PUK-värde i alla enkäter. Det har inte skett någon tydlig förbättring i resultatet över tid för någon av de studerade frågorna.

När landstingen uppnår en hög svarsfrekvens med representativa svar kan de tydligare identifiera förbättringsområden i kommunikationen mellan vårdgivare och patient.

Socialstyrelsen bedömer att det är särskilt viktigt att patienterna får den information om sin sjukdom och behandling som behövs för att de ska kunna medverka till en säker vård. Det är också angeläget att de synpunkter som patienterna framför i enkäterna används för att utveckla verksamheten.

Tabell 6. Utvalda frågor i Nationell Patientenkät har omformulerats och förkortats enligt nedan.

Fråga	Förkortad frågeformulering	Fullständig frågeformulering
Psykiatrisk öppenvård		
C9	Information om förskrivet läkemedel	När du senast fick ett läkemedel utskrivet, blev du informerad om varför du fick det?
C10	Information om läkemedelsbiverkningar	När du senast fick ett läkemedel utskrivet, blev du informerad om biverkningar?
C11	Återkommande läkemedelsgenomgång/avstämning	Uppliver du att din läkare återkommande går igenom och tar ställning till din medicinering?
Psykiatrisk slutenvård		
F2/G2**	Information om förskrivet läkemedel	Förklarade läkaren varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?
F3/G3**	Information om läkemedelsbiverkningar	Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?
F4/G4**	Information om varningssignaler	Berättade någon ur personalen för dig om eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?
Specialiserad sjukhusvård slutet (somatisk)		
G5	Information om förskrivet läkemedel	Förklarade någon läkare varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?
G6	Information om läkemedelsbiverkningar	Berättade någon läkare för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?
G7	Andra läkemedel?	Frågade någon läkare dig om andra läkemedel som du använder?
H2/I2**	Information om varningssignaler	Berättade någon ur personalen för dig om vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?
Specialiserad sjukhusvård öppen (somatisk)		
C12/C13**	Information om vårdkontakt vid utebliven förbättring	Förklarade behandlaren vad du borde göra om problemen eller symtomen skulle fortsätta, bli värre eller komma tillbaka?
C13/C14**	Information om varningssignaler	Berättade behandlaren för dig om vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?
G2	Andra läkemedel?	Frågade någon läkare dig om andra läkemedel som du använder?
G3	Information om förskrivet läkemedel	Förklarade någon läkare varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?
G4	Information om läkemedelsbiverkningar	Berättade någon läkare för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?
Primärvård		
C16	Information om vårdkontakt vid utebliven förbättring	Förklarade läkaren vad du borde göra om problemen eller symtomen skulle fortsätta, bli värre eller återkomma?
C17*	Information om varningssignaler	Berättade läkaren eller någon annan ur personalen vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?
C20*	Andra läkemedel?	Frågade läkaren eller någon annan ur personalen dig om andra läkemedel som du använder?
C21*	Information om förskrivet läkemedel	Förklarade läkaren eller någon annan ur personalen varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?
C22*	Information om läkemedelsbiverkningar	Berättade läkaren eller någon annan ur personalen för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?

*Frågorna C20, C21 och C22 avsåg i 2009 års enkät endast läkarens agerande.

**Samma fråga har bytt bokstav och nummer från undersökningen 2010 till 2012

Förkortade frågeställningar, frågor i klartext kan ses i tabell 6

Psykiatrisk öppenvård

Information om förskrivet läkemedel **(C9)	81(+1)	81(-3)	85(+2)	82(+3)	84(+3)	83(-1)	80(-5)	83(-3)	80(0)	85*	86(+1)	81*	85(+3)	83(-2)	82(-3)	78(-10)	84(+4)	83(+2)	78(+5)	84(+5)	85(+1)	84(+1)	18 902
Information om läkemedelsbiverkningar **(C10)	43(0)	43(-4)	47(-2)	37(-5)	45(0)	47(0)	39(-8)	43(-12)	39(-2)	49*	48(-1)	42*	49(+2)	45(-4)	43(-4)	36(-11)	44(+1)	41(-7)	45(+11)	42(+2)	46(-3)	46(-1)	18 934
Återkommande läkemedelsgenomgång/läkemedelsavstämning**(C11)	60(+4)	56(0)	64(+4)	60(+1)	59(+2)	59(+9)	55(-1)	61(-7)	59(0)	66*	68(+1)	48*	64(-1)	59(-4)	59(-3)	49(-14)	62(+6)	58(+4)	61(+8)	63(+11)	55(-1)	63(+2)	18 881

Psykiatrisk slutenvård

Information om förskrivet läkemedel (F2/G2)	80(+11)	69(-7)	69(-4)	71*	78(+7)	67(-6)	74(+3)	64(-2)	71(-10)	70*	76(+3)	58*	66*	64(-8)	64(-11)	70(-7)	71(-7)	77(+8)	88*	68(+1)	73(-6)	71(-2)	2 695
Information om läkemedelsbiverkningar (F3/G3)	35(+5)	41(+3)	36(-4)	27*	40(+9)	39(-1)	38(+4)	43(+4)	42(-7)	34*	43(+6)	28*	54*	30(-9)	23(-14)	49(+6)	36(-8)	48(+12)	50*	40(+8)	34(-10)	37(-1)	2 695
Information om varningssignaler (F4/G4)	29(+9)	26(+3)	29(+1)	23*	35(+10)	23(-5)	26(-1)	30(+1)	24(-6)	25*	31(-2)	21*	29*	25(-3)	25(-3)	30(-5)	34(-1)	31(+8)	37*	29(+7)	38(-9)	28(0)	2 681

Specialiserad sjukhusvård slutet

Information om förskrivet läkemedel **(G5)	82(-1)	81(-4)	80(-2)	78(-2)	79(0)	82(-4)	80(-2)	83(+1)	80(-1)	81*	80(-1)	80*	80(-3)	81(-1)	81(0)	82(0)	83(-1)	80(-1)	84(-3)	83(0)	83(+1)	81(-1)	36 895
Information om läkemedelsbiverkningar **(G6)	36(-4)	36(-7)	37(-4)	35(-1)	34(-1)	41(-4)	38(-3)	43(+2)	36(-2)	39*	37(-4)	37*	39(-2)	38(-1)	36(-3)	41(0)	37(-7)	33(0)	45(-1)	35(-1)	36(-3)	38(-2)	36 633
Andra läkemedel? **(G7)	79(-2)	83(-1)	81(-3)	79(-3)	71(-3)	80(-4)	80(-1)	84(+1)	80(0)	84*	83(-2)	74*	75(-1)	74(-8)	77(-6)	78(-5)	82(0)	82(+3)	80(-7)	82(0)	85(0)	81(-2)	36 790
Information om varningssignaler (H1/ I2)	48(-3)	49(-3)	48(-2)	43(-1)	43(-3)	50(-4)	48(+2)	51(+2)	49(+1)	50*	51(0)	49*	50(-4)	48(-2)	48(-1)	48(0)	50(-1)	46(-2)	56(+3)	48(-2)	49(-1)	49(-1)	42 510

Specialiserad sjukhusvård öppen

Information om vårdkontakt vid utebliven förbättring C12/C13	71(-1)	71(-3)	70(-2)	68(-4)	68(-1)	72(-3)	71(-3)	70(-8)	72(-1)	71*	73(-3)	71*	73*	73(-3)	72(+1)	72(-4)	73(0)	69(-2)	73(-3)	71(-3)	71(-3)	71(-3)	97 978
Information om varningssignaler C13/C14	55(+1)	53(-2)	53(-1)	52(-3)	52(-2)	57(-1)	54(0)	51(-10)	54(-1)	53*	56(-3)	53*	55*	56(-2)	52(-2)	56(-1)	55(-1)	50(-3)	57(-2)	53(-3)	55(-4)	54(-2)	97 906
Andra läkemedel?*(G2)	72(-4)	74(-4)	74(-2)	76(-2)	68(-4)	73(-2)	74(-3)	70(-4)	72(-2)	77*	75(-2)	68*	71*	70(-2)	73(-2)	72(-5)	71(-2)	74(-2)	72(-3)	74(-3)	74(-3)	73(-3)	40 841
Information om förskrivet läkemedel **(G3)	90(-1)	91(-1)	91(-1)	90(-1)	91(0)	92(-1)	92(-1)	90(-4)	91(-1)	91*	91(0)	90*	90*	91(-1)	91(0)	91(-1)	92(0)	90(0)	92(-3)	92(0)	89(-2)	91(-1)	40 863
Information om läkemedelsbiverkningar** (G4)	51(+1)	47(-4)	49(-1)	49(-3)	45(-4)	50(-3)	49(-4)	49(-6)	47(-2)	51*	50(-2)	45*	49*	50(0)	45(-3)	50(-3)	46(-2)	45(-4)	49(-3)	50(+1)	47(-4)	49(-2)	40 723

Primärvård

Information om vårdkontakt vid utebliven förbättring (C16)	69(0)	67(-2)	68(0)	66(-4)	65(-2)	69(0)	68(-2)	71(0)	68(0)	70*	70(-3)	69*	70(-4)	71(-3)	71(+2)	70(-2)	72(-3)	69(-1)	67(-3)	69(-1)	69(-3)	69(-3)	128 242
Information om varningssignaler (C17)	46(-1)	44(-4)	47(0)	43(-7)	43(-2)	45(-1)	45(-5)	50(-2)	47(0)	50*	48(-5)	46*	49(-4)	50(-3)	49(+1)	51(0)	51(-4)	47(-1)	45(-6)	47(0)	49(-4)	48(-2)	128 100
Andra läkemedel?*(C20)	56(-8)	59(-7)	60(-7)	56(-11)	53(-7)	60(-3)	59(-6)	61(-8)	60(-5)	61*	62(-7)	51*	62(-9)	56(-11)	62(-4)	58(-12)	59(-8)	58(-7)	61(-6)	63(-5)	61(-9)	60(-7)	78 695
Information om förskrivet läkemedel** (C21)	87(-2)	87(-3)	86(-3)	87(-2)	86(-3)	88(-3)	87(-3)	89(-3)	86(-2)	86*	87(-3)	87*	88(-3)	88(-4)	88(-2)	89(-3)	88(-4)	87(-2)	88(-2)	88(-2)	88(-4)	87(-3)	79 034
Information om läkemedelsbiverkningar **(C22)	35(-7)	37(-4)	40(-2)	37(-8)	37(-1)	40(-3)	38(-4)	43(-2)	38(+1)	43*	40(-6)	40*	41(-4)	41(-6)	42(0)	41(-5)	43(-6)	37(-4)	43(-6)	37(-2)	40(-5)	40(-4)	78 961

* deltog ej eller för få svar i undersökningarna ingen differens kan beräknas.

** Markerar att det är en filtrerad fråga, vilket betyder att endast svar från dem

som är berörda av frågan redovisas. Antalet svar kan därför vara färre för en filtrerad fråga.

	Positiv förändring
	Oförändrat resultat
	Negativ förändring

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Tabell 7 PUK värdet vid Nationell Patientenkät 2011 alternativt 2012 och differensen inom parentes till PUK värden från samma enkäter två år tidigare

Indikatorer för skador och vårdskador – rapportering från patienter och närstående

Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

Patienter som har drabbats av skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas och vid vissa andra omständigheter som framgår av lagens 6 § 1–6.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Patientförsäkringen LÖF, är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag som handlägger patienters och närståendes anmälningar. Anmälan om skada ska ha inkommit till Patientförsäkringen LÖF senast tre år efter det att skadan har upptäckts. Cirka 60 procent av anmälningarna kommer in inom 12 månader efter skadetillfället.

Metod

Cirka hälften av alla anmälningar till Patientförsäkringen LÖF gäller skador som uppkommit i primärvård och slutenvård. Resultaten för slutenvården omfattar både somatisk och psykiatrisk vård. Cirka 99 procent av anmälningarna som rör skador uppkomna i slutenvården gäller somatisk vård.

De resterande anmälningarna kommer från många olika typer av verksamheter. Det låga antalet anmälningar för varje typ av verksamhet gör det inte meningsfullt att redovisa landstingsvisa jämförelser. Dessa anmälningar ingår i stället i det sammanlagda antalet anmälningar som redovisas per landsting och år.

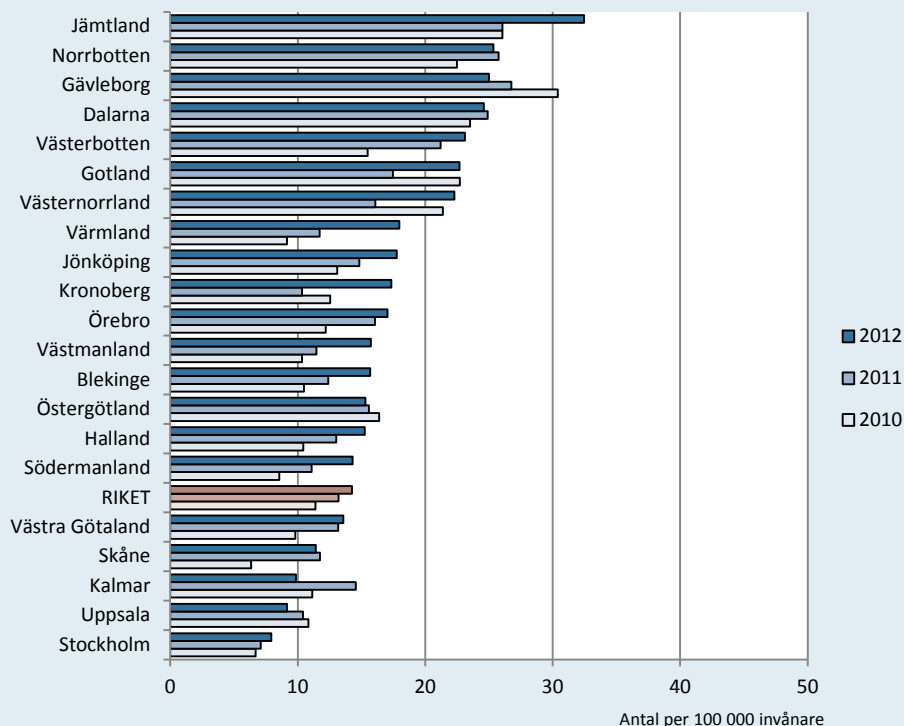
Antalet anmälningar har huvudsakligen redovisats per 100 000 invånare. Det medför att landsting med till exempel universitets- och regionssjukhus som vårdar patienter från andra landsting kan förväntas ha fler anmälningar än de övriga landstingen.

Resultat

Antalet anmälningar i primärvården per 100 000 invånare var mer än tre gånger högre i vissa landsting än i andra (diagram 21). Inom slutenvården var skillnaden i anmälningsfrekvens mellan landstingen inte lika uttalad (diagram 22 och 23). Det sammanlagda antalet anmälningar inom primärvården, den somatiska slutenvården och de andra verksamheterna redovisas per landsting i diagram 24. Det totala antalet anmälningar ökade under perioden 2010–2012 från cirka 10 500 till drygt 12 800 (diagram 25).

Diagram 21

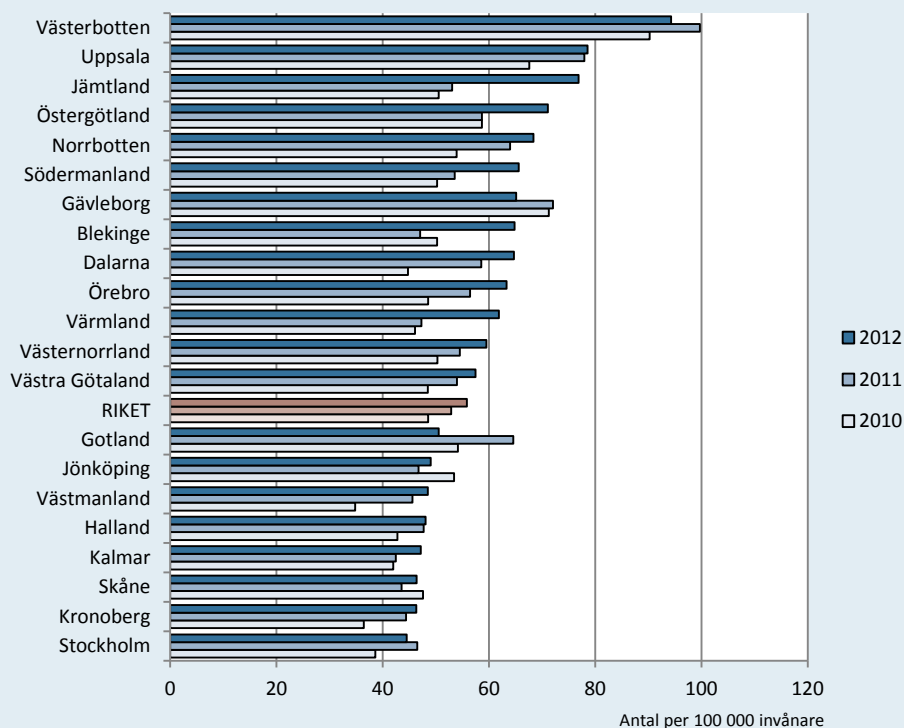
Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF per 100 000 invånare, primärvården.



Källa: Patientförsäkringen LÖF

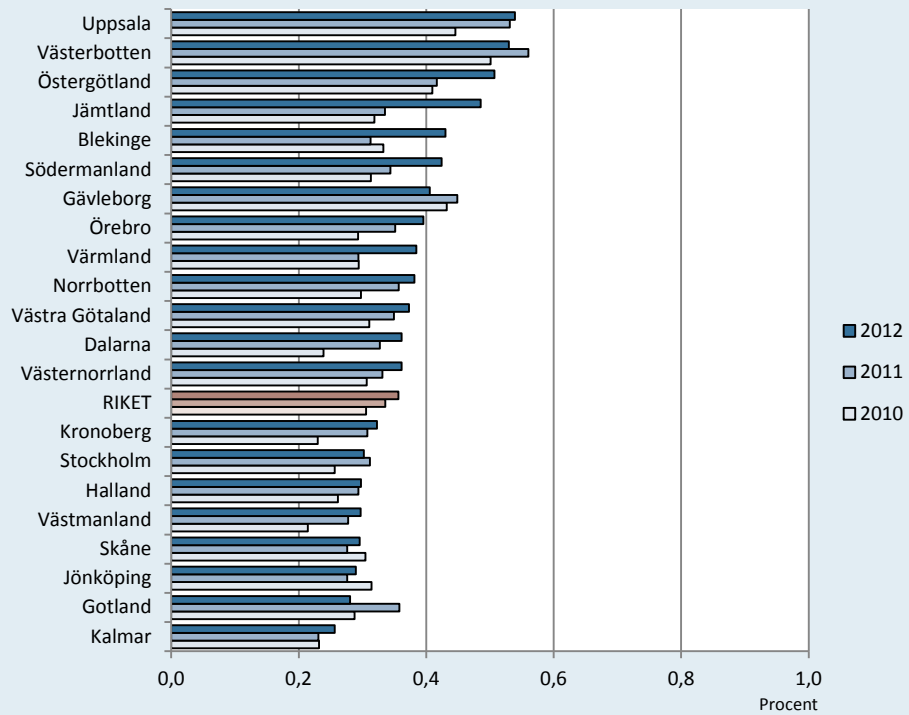
Diagram 22

Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF per 100 000 invånare, slutenvården.



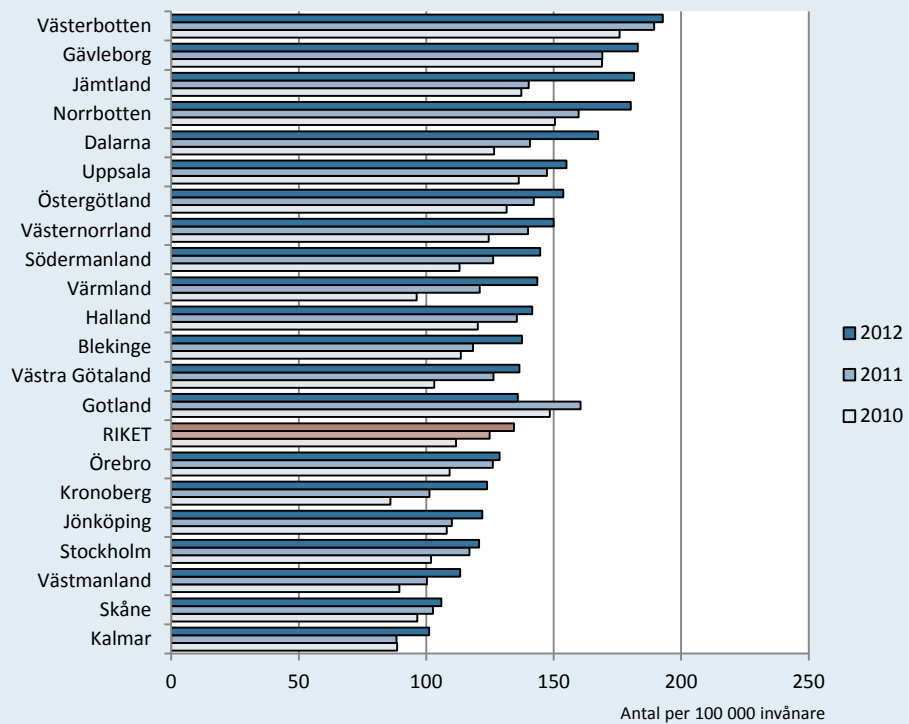
Källa: Patientförsäkringen LÖF

Diagram 23 Andel (%) vårdtillfällen på sjukhus som medfört anmälan till Patientförsäkringen LÖF.



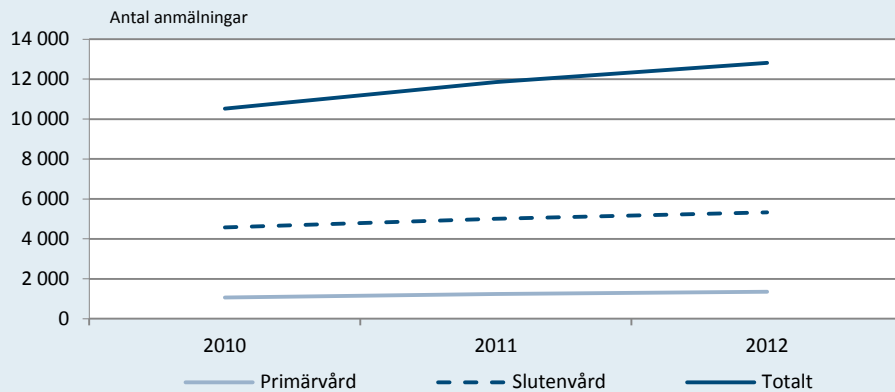
Källa: Patientförsäkringen LÖF

Diagram 24 Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF, totalt.



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Diagram 25 Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF, primärvård, slutenvård och totalt. Riket



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Det är okänt hur stor andel av de skador som inträffar i vården som blir anmälda till Patientförsäkringen LÖF och som skulle ha bedömts som möjliga att undvika och därmed vara ersättningsbara enligt patientskadelagen. Socialstyrelsen har uppskattat att cirka 10 000 patienter per år drabbas av undvikbara skador som medfört bestående men, i någon utsträckning [4]. Detta kan jämföras med de cirka 5 000 anmälningarna om skador i slutenvården till Patientförsäkringen LÖF, varav cirka 40 procent bedömdes som möjliga att undvika. Troligen anmäls endast en mindre andel av de skador som skulle ha bedömts som undvikbara, till Patientförsäkringen LÖF. Antalet anmälningar återspeglar förmodligen i större utsträckning patienters och närståendes benägenhet att anmäla skador, än det verkliga antalet skador och vårdskador som inträffar i vården.

Att patienter och närstående uppfattar att det uppstått en skada och att de känner till att det går att söka ersättning är av stor betydelse för benägenheten att anmäla skador. Traditionellt har skador som uppstått i vården uppfattats som komplikationer, och ofta med den underförstådda innebörden att dessa inte går att undvika.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), som trädde i kraft den 1 januari 2011, ställer krav på att patienter som drabbats av vårdskador ska informeras om detta och om möjligheten att söka ersättning från Patientförsäkringen LÖF. Den ökning i antalet anmälningar som skett under perioden 2010–2012 återspeglar troligen att informationen till patienter och närstående har förbättrats. Under samma period har andelen patienter som fått ersättning minskat från 41 procent till 39 procent.

Även när det gäller anmälningsfrekvensen i de enskilda landstingen är det troligt att den i stor utsträckning återspeglar hur väl patienter och närstående informerats om möjligheten att söka ersättning i samband med vårdskada.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att vårdgivarna säkerställer att patienter och närstående informeras om möjligheten att söka ersättning när en vårdskada inträffat.

Anmälningar till patientnämnderna

I varje landsting finns en patientnämnd som patienter och deras närstående kan vända sig till när de upplevt problem i kontakten med i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Patientnämnden granskar vad som skett, föreslår lösningar, informerar och hjälper vid behov patienter eller närstående vidare till annan instans.

Varje patientnämnd är en fristående enhet och har ingen gemensam överordnad organisation. Respektive patientnämnd väljer själv hur den kategoriserar inkomna ärenden. Ingen av patientnämnderna har haft som rutin att fråga patienter eller närstående om de upplever att det har inträffat en vårdskada.

Metod

Patientnämnderna i Stockholm och Örebro genomförde under hösten 2012 var sitt pilotprojekt enligt ett gemensamt upplägg i syfte att belysa i vilken utsträckning patienterna och patienternas närstående uppfattar att det har inträffat en skada, om den hade kunnat undvikas eller om det fanns risk för skada i samband med vård. Alla skriftliga ärenden som inkom under tre månader inkluderades i pilotundersökningarna. Undersökningarna genomfördes som telefonintervjuer med ett strukturerat frågeformulär som underlag.

Resultat

Resultaten från de två pilotprojekten redovisas sammanslagna. Sammanlagt 404 personer erbjöds att svara på frågorna varav 25 avböjde. Drygt 70 procent av svaren kom från patienter, de övriga från närstående. Över 50 procent av de som svarade uppfattade att en skada hade inträffat. Över 90 procent av patienter och närstående bedömde att dessa skador var undvikbara, det vill säga var vårdskador. Cirka 20 procent uppfattade att det hade funnits risk för att en skada kunde inträffa. Övriga tillfrågade hade inte uppfattat att vården medfört någon skada eller risk för skada.

Resultaten antyder att en betydande andel av de patienter och närstående som kontaktar patientnämnderna uppfattar att vårdskador har inträffat.

Det finns för närvarande få källor som belyser patienters och närståendes uppfattning om säkerheten i vården. Patientnämnderna har tagit emot cirka 30 000 anmälningar från patienter och närstående det senaste året.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att patientnämnderna utvecklar en gemensam metodik för att inhämta patienternas och deras närståendes uppfattning om förekomsten om vårdskador.

Indikatorer för skador och vårdskador – rapportering från vårdgivare och profession

Indikatorer från öppna jämförelser

I detta avsnitt redovisas ett antal indikatorer för komplikationer och skador, som har valts ut för att avspegla vårdskador. Indikatorerna har tidigare presenterats i rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2012* [19]. Där används *oönskade händelser* för att beteckna komplikationer och skador. Socialstyrelsen har valt att behålla *oönskade händelser* i denna beskrivning av indikatorerna för att inte ändra på den terminologi som används inom öppna jämförelser. Inom öppna jämförelser finns även andra indikatorer som speglar patientsäkerhet men vi har här valt att enbart redovisa indikatorer som bedömts avspegla vårdskada eller uppenbar risk för vårdskada.

Av de 14 indikatorer (se punktlista nedan) som presenteras är alla utom tre resultatmått som mäter någon form av komplikation eller skada. Tre indikatorer för läkemedelsbehandling är processmått och mäter inte direkt komplikation eller skada utan istället sådan olämplig läkemedelsbehandling som skulle kunna leda till en komplikation eller skada. De flesta måtten baseras på data som sjukvården rapporterar men några av måtten är patientrapporterade.

Följande indikatorer ingår i redovisningen:

- Andel patienter med vårdrelaterad infektion.
- Andel barn med vårdrelaterade infektioner bland barn intagna för neonatalvård.
- Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar.
- Oönskade händelser efter borttagande av livmoder.
- Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder.
- Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall.
- Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för urininkontinens.
- Oönskade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation.
- Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling.
- Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation.

- Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa.
- Andel äldre i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner).
- Andel äldre i befolkningen med minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas.
- Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 80 år och äldre.

Datakällor

För dessa kvalitetsmått har hälsodataregistren vid Socialstyrelsen, Nationella Kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landstings punktprevalensmätning använts. Information om dessa datakällor nås via www.socialstyrelsen.se/register, www.kvalitetsregister.se samt www.skl.se.

Indikatorer

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras i Socialstyrelsens termbank som ”infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning” Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärds paket som förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter. Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under vår respektive höst. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mätningen, ingår i rapporteringen. Hösten 2012 genomfördes den tionde mätningen sedan starten 2008. Inom somatisk slutenvård omfattade mätningen 19 308 patienter.

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen. Detta ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Vid jämförelser mellan sjukhus bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patientsammansättning påverkar utfallet.

I diagram 26 visas resultatet från mätningen hösten 2012. Andelen patienter med VRI varierar mellan landstingen från drygt 5 till knappt 11 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus. Totalt sett har andelen patienter med VRI sjunkit

sedan 2008, men ingen större minskning har skett de senaste åren (diagram 27). Andelen patienter med VRI är under hela perioden lägre för kvinnor än för män.

Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt 4 extra vård-dygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i form av vårdplatser och andra kostnader i anspråk.

Diagram 26 Andel patienter med vårdrelaterad infektion, höst 2012. Avser patienter i slutenvård.

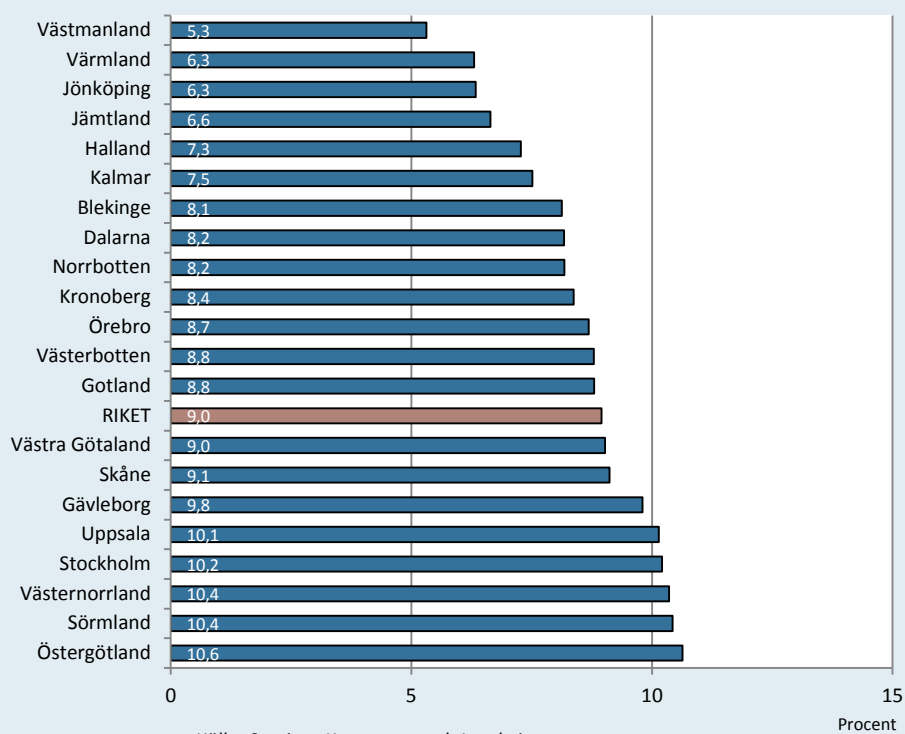
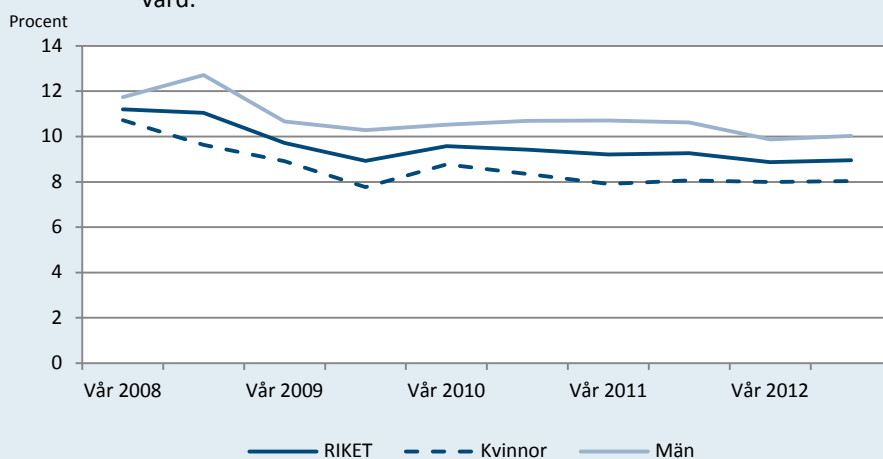


Diagram 27 Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård

År 2011 vårdades i riket nästan 10 procent av alla nyfödda barn på neonatalavdelning.

Variationerna mellan landstingen var stora, främst beroende på skillnader i hur vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln är organiserad.

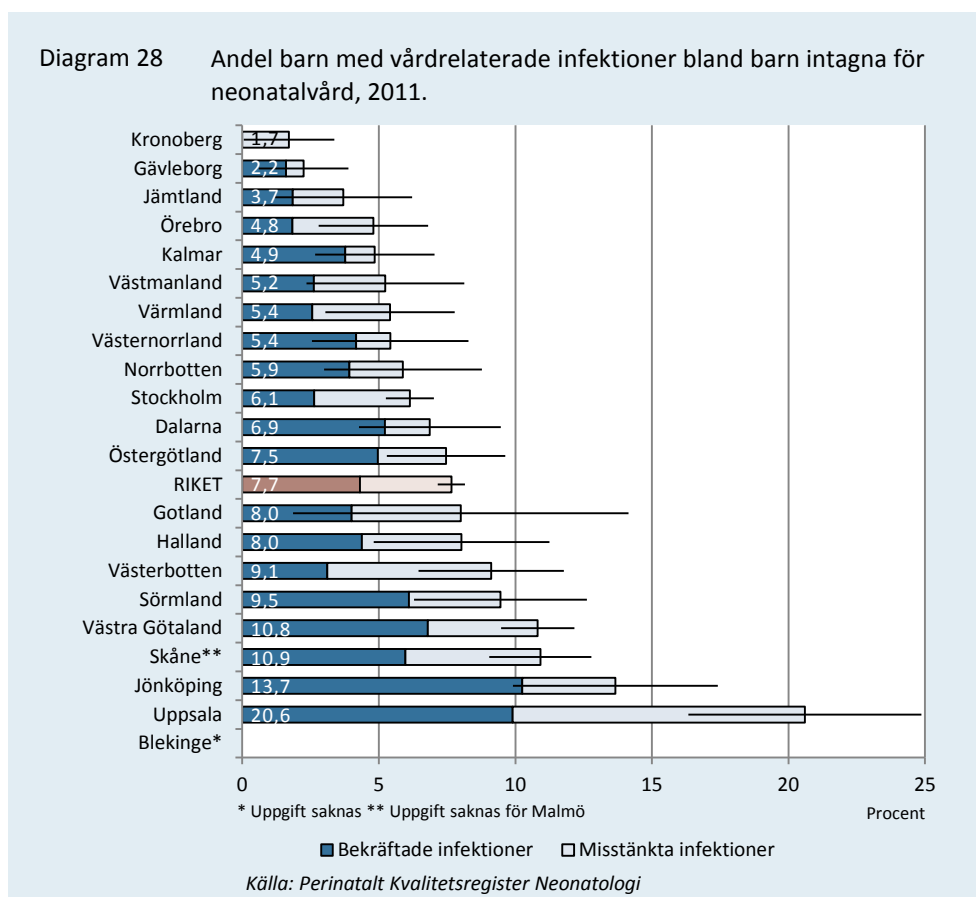
Vård på neonatalavdelning kan vara motiverad av till exempel infektioner, som snabbt kan leda till livshotande tillstånd hos nyfödda. Syrebrist under förlossningen kan göra att barnet får svårare att anpassa sig till livet utanför livmodern (svårare hålla kroppstemperatur, andningsproblem med mera). Andningsproblem och medfödda missbildningar är andra orsaker. Slutligen är för tidig födsel en viktig anledning till neonatalvård. Omkring 40 procent av alla neonatalt vårdade barn är födda för tidigt, det vill säga före 37:e graviditetsveckan.

Till det perinatala kvalitetsregistret för neonatologi, PNQn, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och rutiner varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret. För två kliniker saknas dock uppgift om förekomsten av förvärvade infektioner under 2011. PNQn har samordnats med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Diagram 28 visar andelen nyfödda barn med bekräftade eller misstänkta vårdrelaterade infektioner, av alla som vårdats på neonatalavdelning. Ingår gör fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det andra levnadsdygnet hos barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födelsen, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår drygt 11 000 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter klinikens lokalisering, inte moderns hemort. I riket fick nästan 7 procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2011, med en spridning mellan landsting från en till drygt 20 procent.

Antalet vårdade barn är många, men den låga andelen barn med infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

Skillnader mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor är efterlevnad av goda hygienrutiner. Hög beläggningsgrad ökar risken för infektion. Enheter som tar emot patienter med särskilt komplicerade tillstånd har en högre infektionsfrekvens. Rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion kan variera mellan enheter – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Slutligen är datakvaliteten i PNQn ännu inte känd.



Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning dessutom rektalslemhinnan.

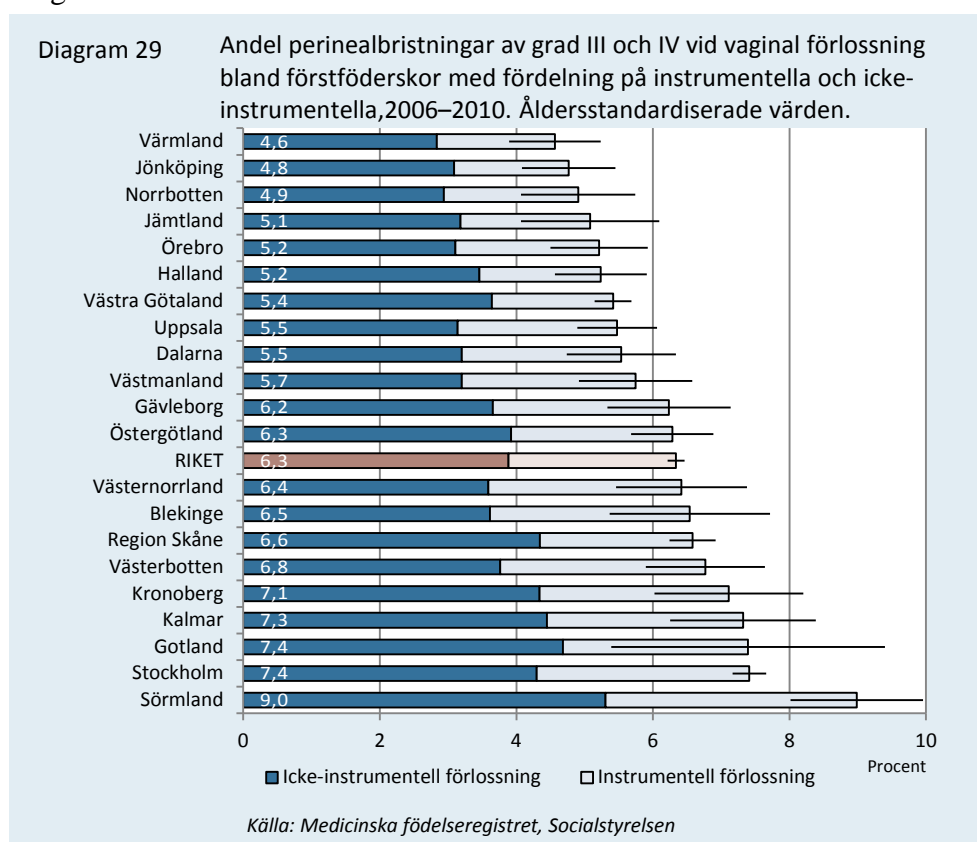
Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning.

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga

problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel underlivssmärter och avföringsinkontinens.

I diagram 29 visas andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2006–2010. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna.

I riket som helhet medförde 6,3 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV bristningar var mellan 4,6 och 9,0 procent under den studerade perioden 2006–2010, vilket innebär att cirka 2 500 förstföderskor drabbas årligen. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.



Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Som vid alla kirurgiska ingrepp, finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinläggas på sjukhus för behandling. Andelen som återinskrivs är en patientsäkerhetsindikator för kvinnosjukvården. Alla återinskrivningar kan inte tillmätas det enskilda sjukhuset, men måttet pekar på sjukhusens ansvar för att förebygga infektioner, vikten av en välplanerad utskrivning och att det finns en primärvård som tar över efter utskrivning.

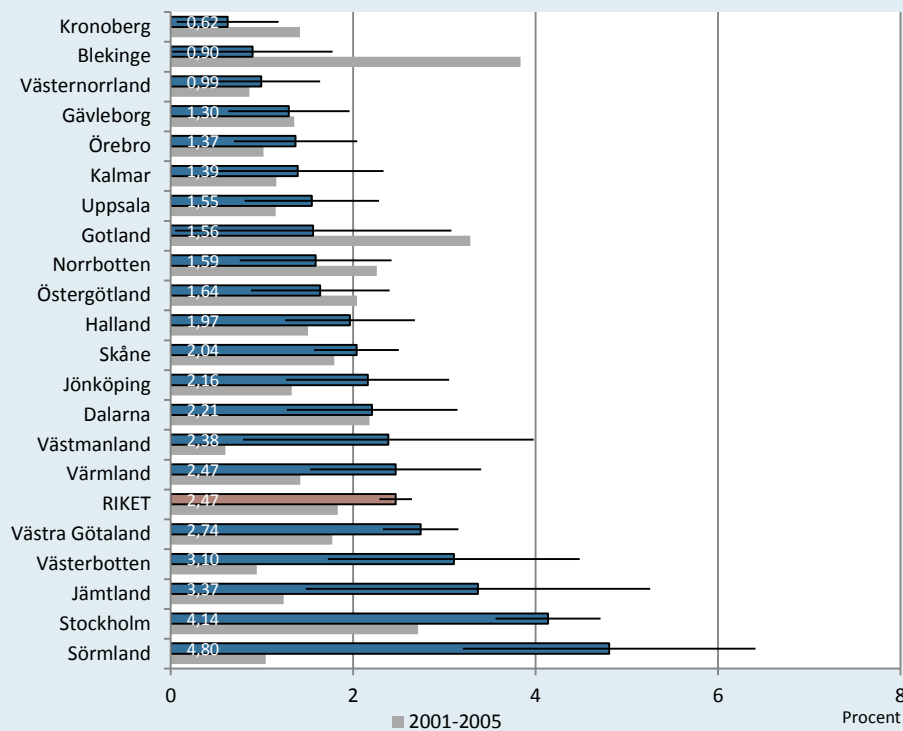
Indikatorn visar oönskade händelser, mätt som återinläggning hos de kvinnor som opererat bort livmodern med benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos. Den vanligaste orsaken till denna operation är myom (godartad muskelknuta) i livmodern, framfall samt riklig blödning i samband med menstruation, där läkemedelsbehandling inte räcker till. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte i denna jämförelse.

Under senare år görs enligt patientregistret knappt 5 000 operationer per år på benign indikation. Antalet hysterektomier har minskat de senaste tio åren. Detta kan bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi. Drygt 29 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation som opererades under åren 2006 till 2011 studerades. De följdes upp avseende återinläggning på grund av komplikationer inom 28 dagar. De komplikationer som inkluderades var postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen samt svårighet att tömma urinblåsan. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av de återinskrivna.

I riket återinskrevs under de studerade åren 2,5 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation (diagram 30). Andelen varierade från under en till knappt fem procent i landstingen, men konfidensintervallen är för många landsting vida. Indikatorn formulerades och användes först i Kanada (Canadian Institute of Health Information). Man har där funnit återinskrivningar till sjukhusvård på mellan 1,0 och 1,2 procent under senare år. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå. Under de studerade åren varierade andelen återinskrivna mellan 2,2 och 2,8 procent.

Detta mått fångar enbart komplikationer som lett till återinskrivning. Se vidare nästa indikator, som visar om de opererade kvinnorna själva bedömde att efterförloppet var fritt från komplikationer, oavsett om dessa föranledde återinskrivning eller ej.

Diagram 30 Oönskade händelser efter borttagande av livmoder, 2006–2011. Avser kvinnor 15–84 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad (hysterektomi) vilket medför att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Ungefär hälften av dessa opereras på grund av symtomgivande, men benigna (godartade) besvär från livmodern. I ett internationellt perspektiv är det en låg operationsfrekvens, vilket kan förklaras av att man i andra länder tillämpar vidare indikationer för ingreppet. Det finns dock stora skillnader i antalet operationer per invånarantal mellan landstingen, vilket delvis kan förklaras av att kriterierna för när operation skall utföras varierar inom landet.

Den vanligaste orsaken till att livmodern avlägsnas vid symtomgivande benigna besvär är en blödningsrubbing som inte svarar på medicinsk behandling. En vanlig orsak till blödningsbesvär är muskelknutor (myom) i livmodern. Ungefär 80 procent av alla kvinnor får myom, de flesta utan att få några besvär. Även vid operation av framfall i underlivet är det vanligt att livmodern samtidigt avlägsnas.

I början av 90-talet opererades de flesta livmödrar bort via ett större buksnitt, om det inte samtidigt förelåg ett framfall. Nu används istället oftare mindre invasiva metoder. Framför allt har den vaginala metoden etablerats, men även titthålskirurgi används idag allt mer. Undvikandet av ett stort buksnitt medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

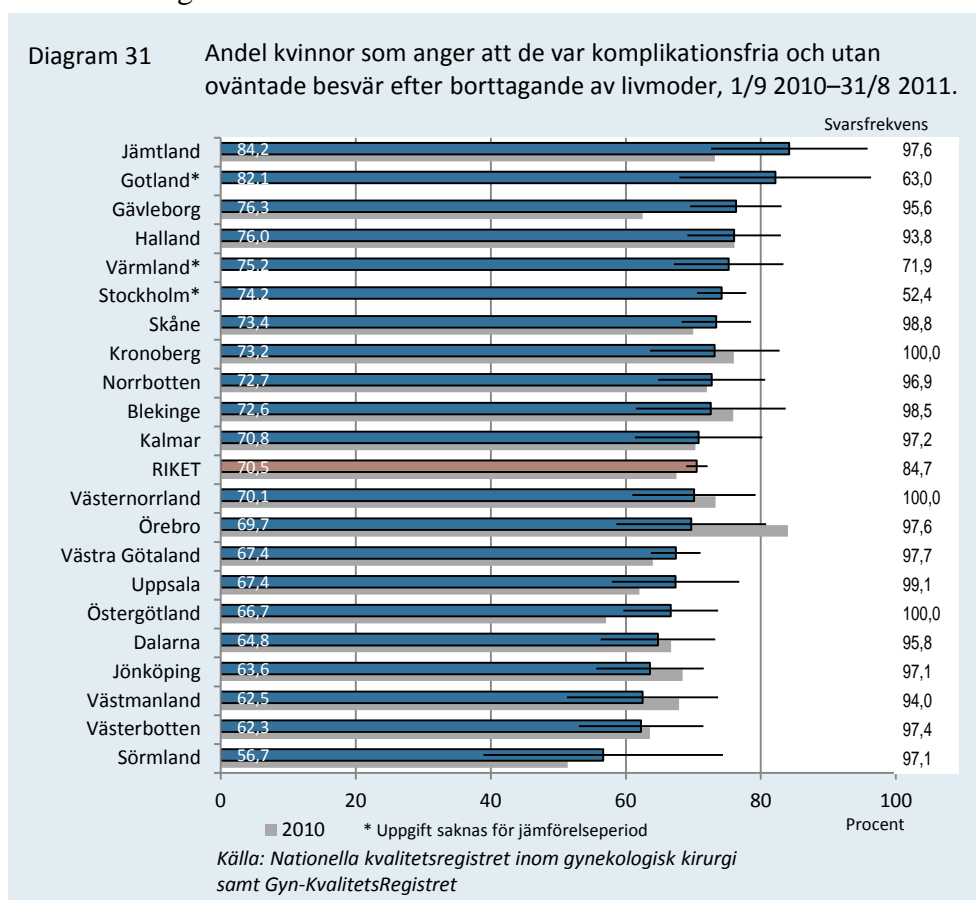
Bortsett från vid cancer består utvärderingen efter hysterektomi i huvudsak av att följa upp förekomsten av komplikationer. Patienterna är i stort sett friska, frånsett de livskvalitetssänkande besvär/symtom de söker lindring för. Under dessa förutsättningar är det extra viktigt att patienten inte drabbas av allvarliga komplikationer. Allvarliga komplikationer, som kräver återinläggning, reoperation och sjukskrivning förlängd till längre än 4 veckor, är också sällsynta och drabbar cirka 3 procent av patienterna.

Indikatorn som här visas bygger istället på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårproblem och bristande information. Hysterektomi på grund av premaligna eller maligna tillstånd eller de som utförts i samband med framfallsoperationer ingår inte.

I diagram 31 visas andelen av de opererade patienterna som uppgav att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, eller att de haft lindrigare besvär, men som inte krävt vårdkontakt. I riket var andelen över 70 procent, med en spridning mellan landstingen från knappt 57 till 84 procent.

Av närmare 4 200 opererade kvinnor svarade cirka 3 200 på den enkät, som sändes ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen var totalt cirka 85 procent, men med variationer mellan de båda registren och mellan kliniker. Svarsfrekvensen var mycket hög, närmare 98 procent, för Gynopregistret. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

I en internationell jämförelse är resultaten goda och komplikationsfrekvensen är lägre än vad som redovisas i randomiserade studier.



Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

Ungefär 6 500 svenska kvinnor opereras varje år för framfall av livmodern och/eller slidan (genital prolaps). Framfallet innebär att livmodern eller slidan (tillsammans med urinblåsan eller tarmen) sjunker ned till eller utanför slidöppningen. Detta medför normalt sett inte medicinska komplikationer, men de symtom som uppkommer kan vara mycket besvärande. Prolapsoperation syftar till symtomlindring och uppföljning av komplikationer efter operation är en viktig del i uppföljning av resultatet.

För första gången kan uppgifter för båda registren visas: I Gynop-registret och i Gyn-KvalitetsRegistret, GKR, har sammantaget registrerats 5 827 prolapsoperationer under den tolv månadersperiod som här är mätperiod.

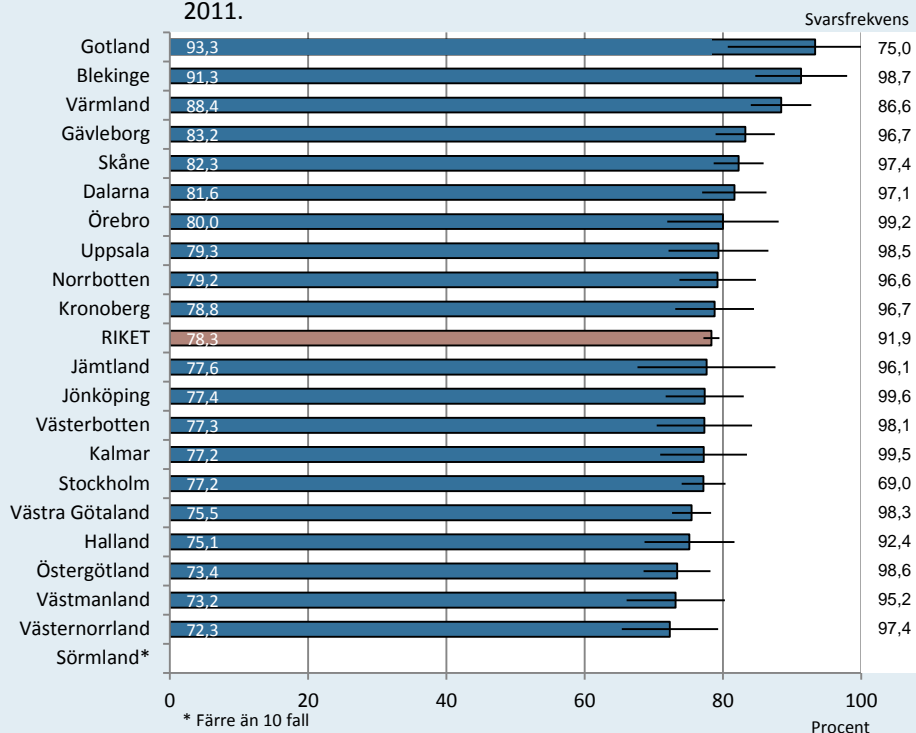
Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt (diagram 32). Jämförelsen baseras på 4 853 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för hela enkäten var 92 procent, men med variation mellan registren och klinikerna. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

I riket anger drygt 78 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning från 72 till 93 procent. Variationen mellan olika kliniker är något större, men bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen.

En prolapsoperation kan ha många olika svårhetsgrader. Det kan vara ett tekniskt enkelt dagkirurgisk ingrepp, men det kan också vara en större utmaning, utan säkerhet för att resultatet blir lyckat. Operationerna görs i stigande grad i samarbete mellan kliniker: några kliniker specialiserar sig på "fast track"-kirurgi och gör endast relativt enkla operationer, medan andra kliniker fungerar som remisskliniker för de mera komplexa fallen. Vid jämförelse mellan olika kliniker är det nödvändigt att ta hänsyn till dessa skillnader i patientsammansättning eller casemix.

Troligen spelar även information om det normala postoperativa förloppet stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom och därmed för hur man svarar på enkätfrågan.

Diagram 32 Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 1/9 2010-1/9 2011.



Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

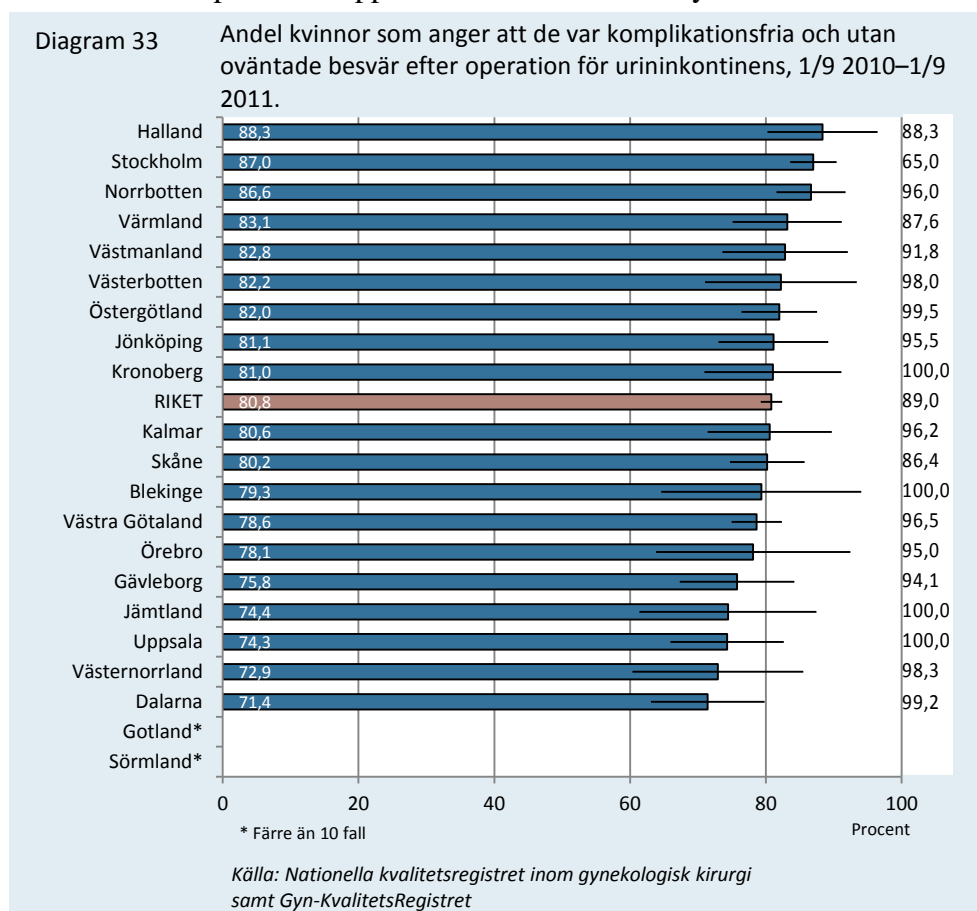
Över 3 000 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. För 20 år sedan opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt (öppen kirurgi). Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling som innebar ökad användning av minimalinvasiva och dagkirurgiska ingrepp. Inkontinensoperationsregistren har en viktig roll för att utvärdera de olika operationstyper som idag förekommer. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar.

Syftet med operation är göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngning, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage. Hög ålder (> 75 år), tidigare inkontinens- eller framfallsoperationer och fetma (BMI > 35) försämrar behandlingsresultaten. Mer än 80 procent av de opererade har minst en sådan riskfaktor och andelen medel- och högriskpatienter kan variera avsevärt mellan olika kliniker. Hänsyn till detta måste tas, för att jämförelser mellan kliniker skall vara rättvisande.

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen (diagram 33). Jämförelsen baseras på 2 345 opererade patienter som besvarade denna fråga i patientenkäten. 2 925 operationer registrerades av de båda registren Gyn-OP och GKR under den tolv månadersperiod som här redovisas. Svarsfrekvensen i enkäten som helhet är 89 procent.

Andelen som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket nästan 81 procent, med en variation mellan landstingen från 71 till över 88 procent.

Troligen spelar information om det normala förloppet efter operationen stor roll för hur patienten uppfattar vissa förväntade symtom.



Oönskade händelser efter knä- och höftprotesoperation

I Sverige genomförs årligen cirka 13 000 knäprotes- och 16 000 totala höftprotesoperationer. Därtill kommer även revisionsoperationer, där protesens byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesologi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations- och mortalitetsfrekvenser.

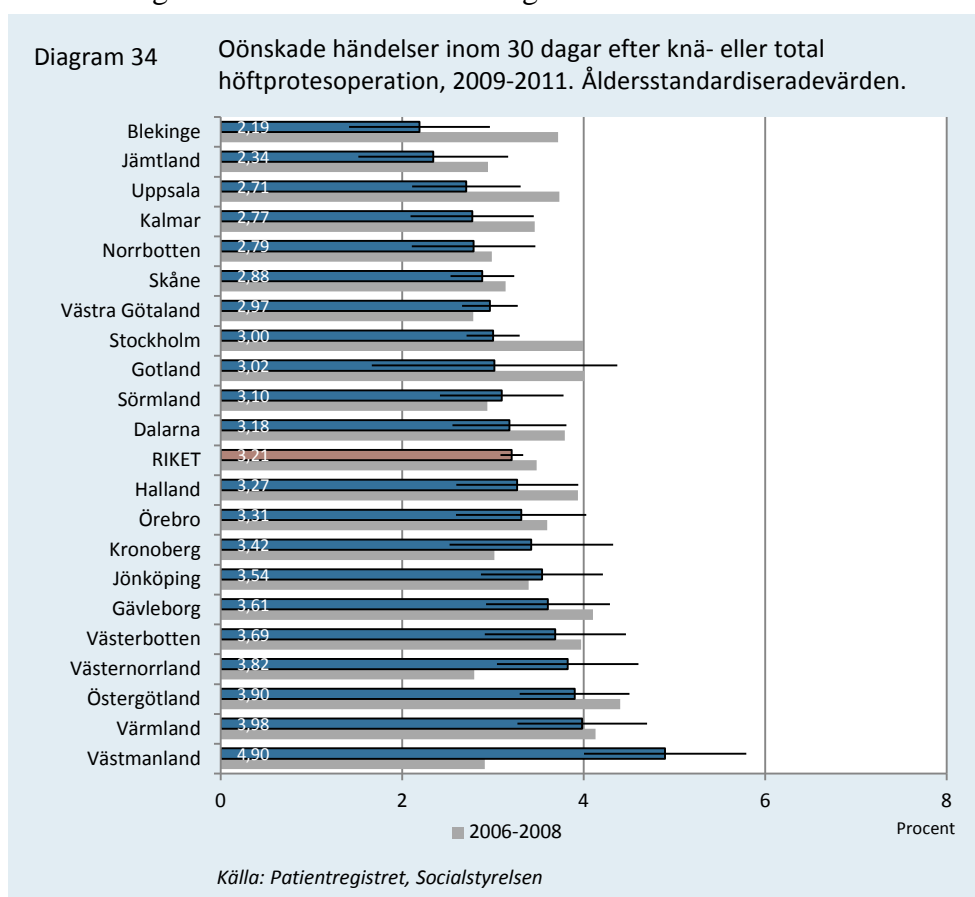
Återinläggning och död efter operation är internationellt sett vanligt förekommande kvalitetsindikatorer. Rubrikens ”oönskade händelser” är en försvenskning av det vanligt förekommande engelska uttrycket ”adverse events”.

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgen, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av reoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna.

Med Patientregistret som källa kan flera oönskade händelser analyseras. Indikatorn som här presenteras är en del i arbetet med att utveckla flera breda resultatmått, indikatorer som omspannar flera olika behandlingar och sjukdomar.

I diagram 34 redovisas frekvensen återinläggning och död inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Drygt 78 000 operationer utförda under 2009–2011 ingår i jämförelsen. Som orsak till återinläggning valdes bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna till 3,2 procent. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,2 till 4,9 procent. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden, trots en kraftig nedgång av medelvårdtiden från cirka tio dagar 1998 till strax under 6 dagar 2011.



Komplikationer efter pacemakerinsättning

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 300 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en genomsnittsalder för män på 75 år och för kvinnor på 78 år. Knappt 50 000 personer lever med pacemaker i Sverige.

En vanlig pacemakeroperation är normalt okomplicerad och tar en timme i anspråk. Den utförs vanligtvis i slutenvård, men i vissa fall även som dagkirurgi. Implantation av pacemaker är dock förenat med risk för komplikationer. Komplikationsfrekvens är därför en naturlig indikator vid kvalitetsuppföljning.

Källan till indikatorn är det Svenska Pacemaker- och ICD-registret. Till registret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemakers (CRT). Alla 43 kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden på individnivå är mycket god. En jämförelse avseende 2006 visade att täckningsgraden var 95 procent, vilket var högre än Patientregistrets.

Indikatorn visar andelen patienter som inom 365 dagar drabbas av komplikation vid nyimplantation, utbyte eller korrektion av standardpacemaker (diagram 35). Redovisning per landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

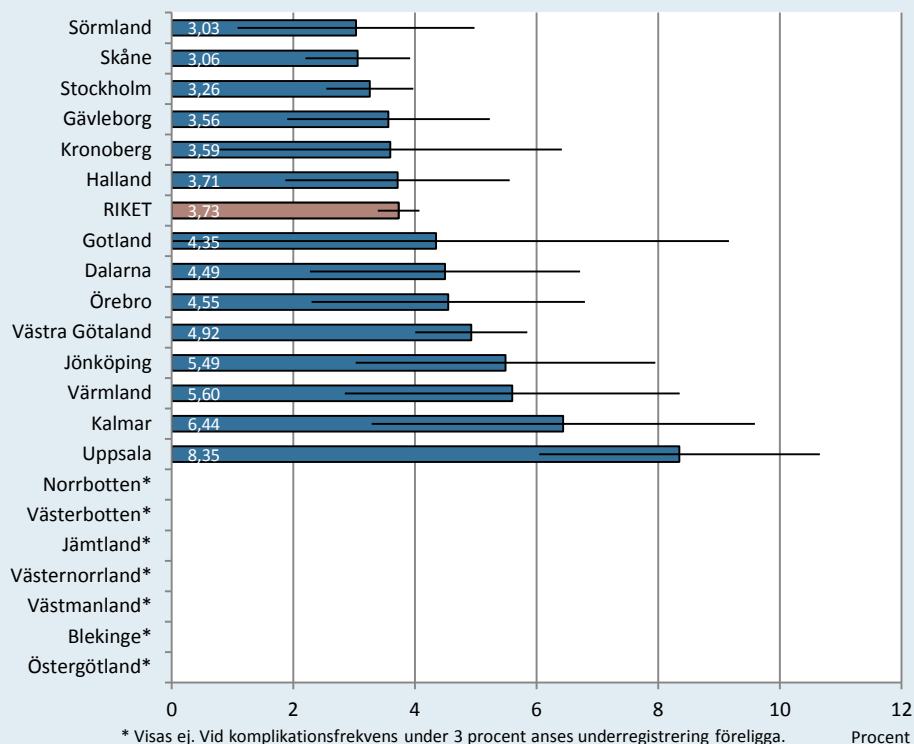
Komplikationen kan dels avse händelser under vårdtillfället, dels händelser som uppkommer efter vårdtillfället. Som komplikation räknas en oförutsedd händelse med felfunktion i pacemakersystemet eller en annan för patienten allvarlig händelse. För att registreras som komplikation ska händelsen vara av den art och grad att den antingen kräver operativt åtgärdande eller läkemedelsbehandling, till exempel antibiotika vid infektion.

Jämförelsen omfattar cirka 11 700 patienter, varav knappt hälften var kvinnor, som fick behandling under 2010 och följdes upp under 2011. I riket var andelen komplikationer 3,7 procent för patienter opererade under 2010, med en spridning mellan landstingen från knappt en till drygt åtta procent.

Skillnader mellan kliniker kan också bero på olikheter i hur likformig och komplett komplikationsregistreringen är. Varje sjukhus registrerar sina egna komplikationer i samband med operation eller vid uppföljning. I kvalitetsregistrets egen årsrapport markeras orimliga resultat genom att kliniker med lägre komplikationsandel än tre procent inte visas med övriga, då de anses ha för stort bortfall av registrering av komplikationer för att anses tillförlitliga.

Diagram 35

Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2010.



Källa: ICD- och Pacemakerregistret

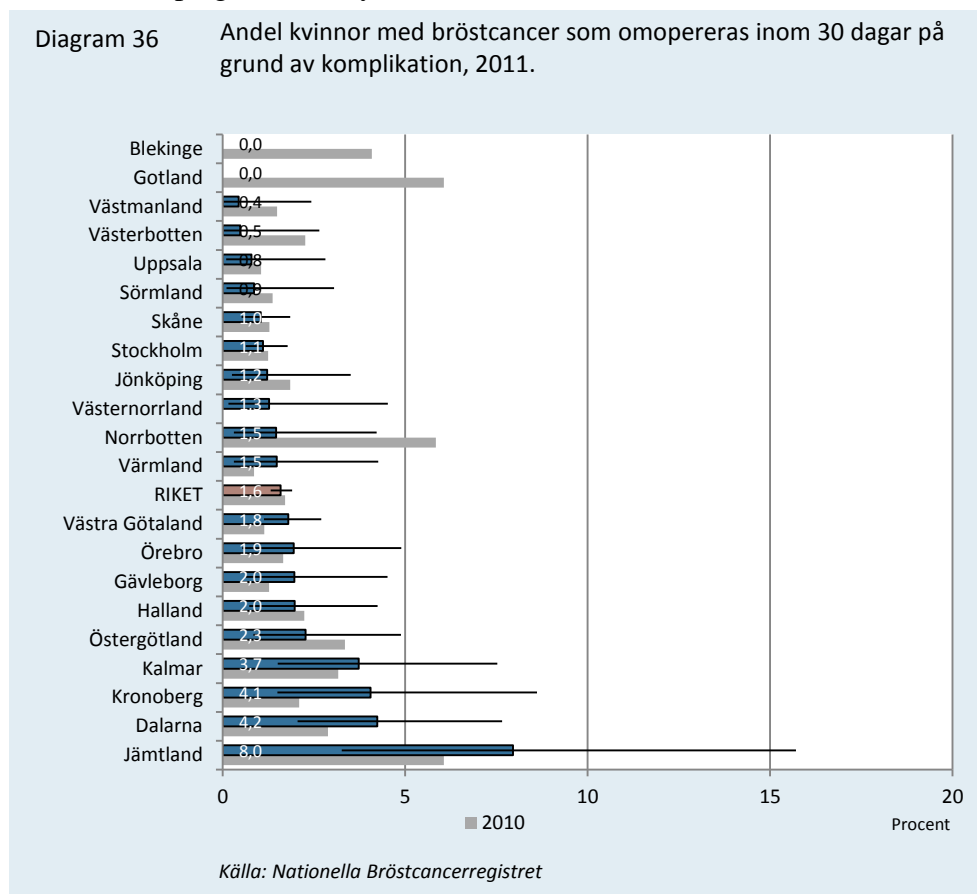
Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den primära åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på tumörens läge, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka.

Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad ren operation bör infektioner vara sällsynta, och det var också mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uppdateras för närvarande och kommer att publiceras i mars 2013. Samtidigt publiceras en utvärdering av riktlinjerna. En av de indikatorer som kommer att följas upp är andelen patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter den första operationen.

I diagram 36 redovisas andelen omoperationer under 2011. Av de 7 366 kvinnor som primäropererades var det 117 som omopererades, vilket motsvarar 1,6 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden varierade men den statistiska osäkerheten är stor på grund av mycket få fall.



Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

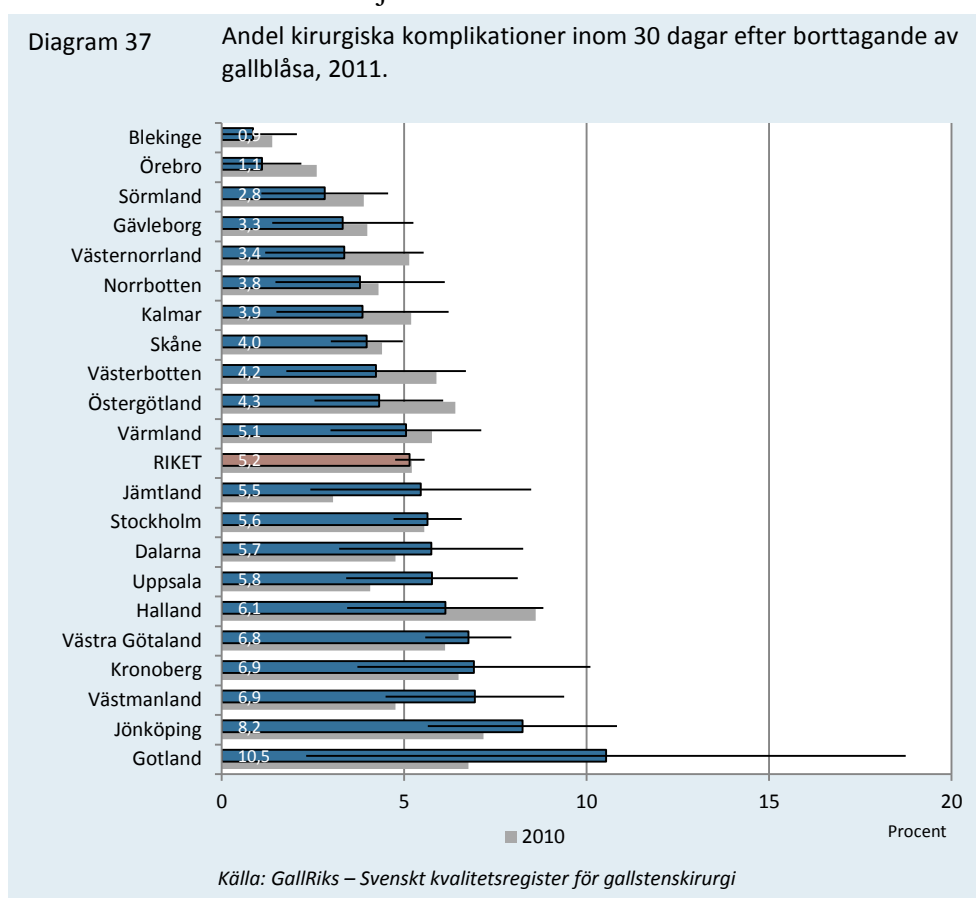
Denna indikator speglar de kirurgiska komplikationerna inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi (diagram 37). Exempel på komplikationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd.

År 2011 drabbades 587 av 11 394 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,2 procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med komplikationstal på 5,8 respektive 4,8 procent. Komplikationsfrekvensen ligger relativt stabil över åren även om det finns en viss tendens till sjunkande frekvens, framförallt för män.

Det finns ingen "acceptabel" nivå för andelen patienter som får drabbas av kirurgiska komplikationer vid kolecystektomi. Målet måste vara noll, även om det idag verkar vara långt borta. Väl genomarbetade rutiner, check-listor, god utbildning och ett välfungerande team kring patienten ökar chansen till en komplikationsfri operation.

Det finns skillnader mellan olika landsting, men tolkningen av dessa bör göras med stor försiktighet, dels för att konfidensintervallen är breda, dels för att det för närvarande finns vissa frågetecken kring validiteten i denna del av GallRiks.

En omfattande kontroll av GallRiks validitet har genomförts. Denna visar att av drygt 45 000 registerdata var 1,8 procent felregistrerade, jämfört med vad som framgick av den medicinska journalen, vilket kan betecknas som en hög kvalitet. Dock fann granskarna ett antal kirurgiska komplikationer som inte blivit registrerade. Av 1 172 granskade journaler hade 30 en notering om en kirurgisk komplikation som inte registrerats. Detta motsvarar en underregistrering av komplikationer på cirka 30 procent. Ökad utbildning och mer arbetstid avsatt för uppföljningsarbetet vid deltagande kliniker bör de kommande åren kunna höja datakvaliteten även i denna del.



Läkemedelsinteraktion bland äldre

C- och D-interaktioner är de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna, med vilket menas kombinationer av läkemedel som kan ha en betydande påverkan på varandras omsättning eller verkan. D-interaktion kan enligt FASS, ett uppslagsverk som beskriver alla läkemedel som är godkända i Sverige, ”leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas”. Indikatoren är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

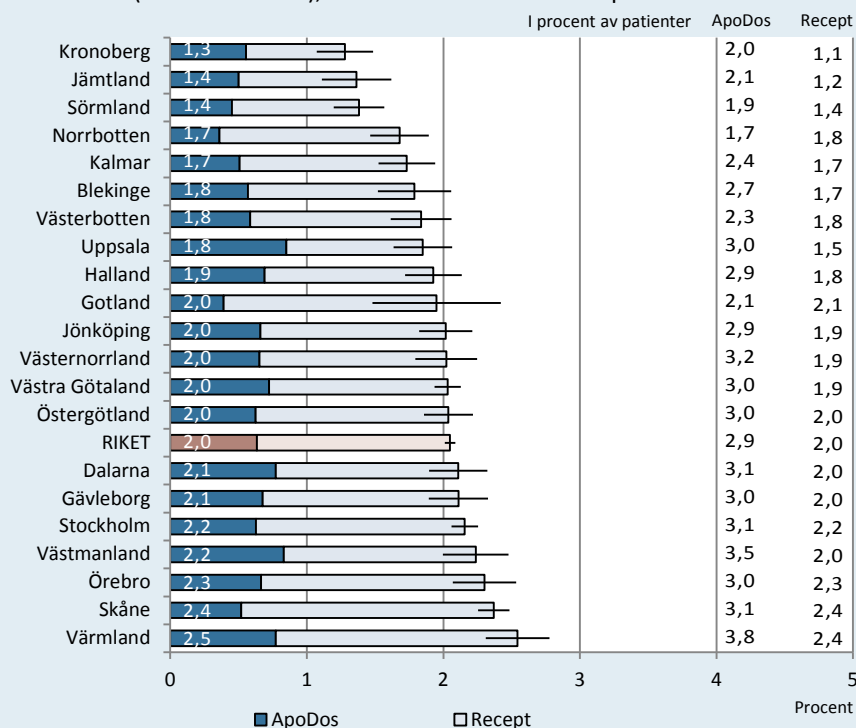
I diagram 38 visas andelen patienter i gruppen 80 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättidpunkten 31 december 2011. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpediton (ApoDos) respektive via recept.

Analysen av läkemedelsinteraktioner som hittills utgått från den databas som legat till grund för interaktionsinformationen i FASS, baseras i årets rapport på en ny källa; SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), som numera är tillgänglig för de landsting som är anslutna till SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel). Analysen omfattar som tidigare läkemedelsinteraktioner av klass D med dokumentationsgrad 1–4.

Andelen äldre med dessa läkemedelskombinationer är i riket 2,0 procent. Detta motsvarar drygt 10 000 patienter. Jämfört med förra året (2,6 procent) är andelen lägre, vilket förklaras av att analysen från och med 2012 baseras på en annan läkemedelsinteraktionskälla (se ovan). Det finns för riket inga könsskillnader.

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisning av andelen med dessa läkemedelskombinationer för gruppen äldre med ApoDos-expediering respektive gruppen med receptexpedierade läkemedel. Se till höger i diagrammet. Där ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan i stapeldiagrammet hela befolkningen ingår. En möjlig felkälla är att läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

Diagram 38 Andel äldre i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer, (D-interaktioner), 31 december 2011. Avser personer 80 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

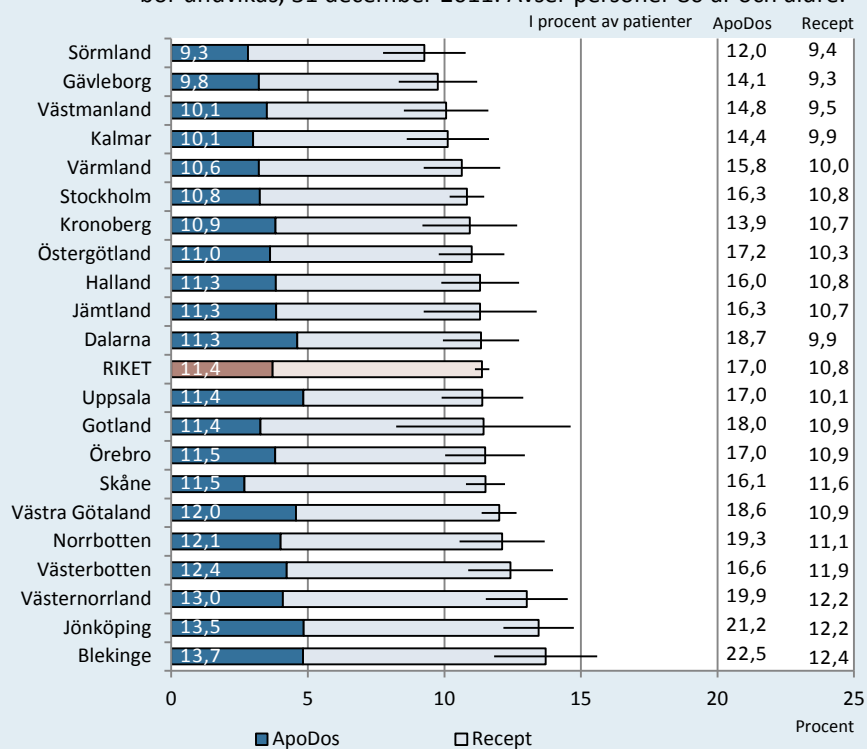
Äldre med läkemedel som bör undvikas

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa omfattas av indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*, som är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Indikatorn innefattar läkemedlen/läkemedelsgrupperna: bensodiazepiner med lång halveringstid, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, det smärtstillande medlet tramadol och sömnmedlet propiomazin.

I diagram 39 visas andelen äldre av hela befolkningen som hade minst ett av dessa fyra olämpliga läkemedel, vid mättdpunkten 31 december 2011. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen var bland kvinnor 12,5 procent och bland män 9,5 procent år 2011, vilket totalt motsvarar knappt 57 000 personer. Variationen mellan landstingen är relativt stor och sträcker sig från Sörmlands 10,4 till Blekinges 15,3 procent för kvinnor och från Sörmlands 7,4 till Jönköpings och Blekinges 11,2 procent för männen. Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre är något lägre än förra året då den var 13,1 och 10,0 procent hos kvinnor respektive män.

Användningen av dessa läkemedel var högre i gruppen med ApoDos, där 17,0 procent hade detta, att jämföra med 10,8 procent i gruppen med recept-expedierade läkemedel.

Diagram 39 Andel äldre i befolkningen med minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas, 31 december 2011. Avser personer 80 år och äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

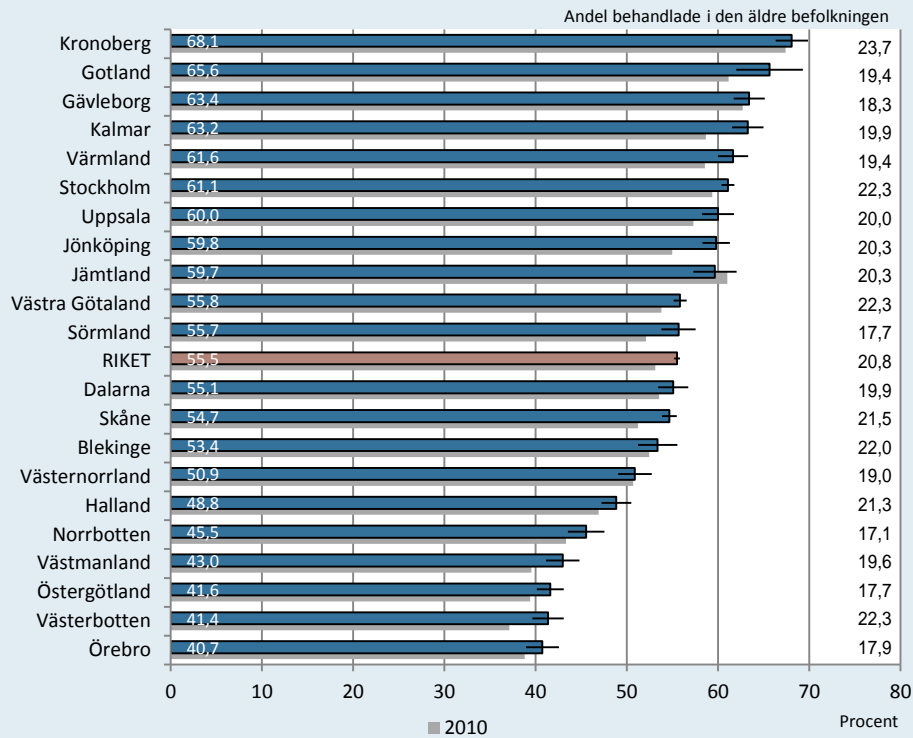
Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan, och att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet hos äldre mer känsligt för effekterna av dessa läkemedel. Detta innebär en större risk för biverkningar såsom dagtrötthet, fall och störningar av kognitiva funktioner, som minne, orientering i tid och rum, förmåga till abstrakt tänkande och liknande.

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling. Totalt hade drygt 103 000 personer som är 80 år och äldre sömnmedel vid mättidpunkten 31 december 2011. Enligt diagram 40 står zopiklon år 2011 dock för bara drygt hälften (56 procent) av all användning av sömnmedel till personer som är 80 år och äldre. Variationen mellan landstingen är relativt påtaglig (41–68 procent).

Diagram 40

Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 80 år och äldre, 31 december 2011.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen vill uppmärksamma att det skett en förbättring i de tre indikatorer som redovisar olämplig läkemedelsförskrivning.

Förekomsten av VRI inte har minskat. Socialstyrelsen anser att ökade insatser behövs så att evidensbaserade åtgärdsprogram för att minska förekomsten av VRI kommer till bredare användning i vården.

För övriga indikatorer är resultaten inte av den art som går att kommentera generellt.

Förekomsten av trycksår inom somatisk slutenvård

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador, och det är också ett av områdena i Sveriges Kommuner och Landstings, SKL, satsning på att öka patientsäkerheten. Många patienter drabbas av ett stort och onödigt lidande på grund av allvarliga trycksår.

Användningen av trycksårsförebyggande åtgärder är avgörande för att minska förekomsten av trycksår. Sådana åtgärder kan vara att ge tryckavlastning, hålla huden torr, motverka undernäring och vätskebrist. Sedan våren 2011 genomförs i SKL:s regi två mätningar per år av trycksår i Sverige. Trycksår ingår som en indikator i överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet sedan 2011, vilket ökat uppmärksamheten och aktiviteterna inom området.

Metod

Förekomsten av trycksår mäts sedan 2011, en gång på våren och en gång på hösten. Den första mätningen våren 2011 omfattade över 36 000 patienter i landsting och kommuner. I den mätning som genomfördes under hösten 2012 ingick drygt 17 000 patienter, varav knappt 9 000 patienter från landstingen. I denna rapport redovisas endast uppgifter om patienter över 18 år som var inlagda på sjukhus den aktuella mätdagen.

Mätningarna innehåller fyra moment: hudbedömning med trycksårsklassificering, registrering av preventiva åtgärder, riskbedömning och journalgranskning.

Resultat

Ungefär 15 procent av samtliga patienter i slutenvården bedömdes ha någon form av trycksår vid mätningen hösten 2012 (tabell 8). Sedan den första mätningen våren 2011 har andelen patienter med trycksår varierat mellan 15 och 17 procent.

Bland de patienter som bedömdes ha en ökad risk för trycksår, så kallade riskpatienter, var andelen med trycksår 40 procent under hösten 2012 (tabell 9). Sedan den första mätningen våren 2011 har denna andel varierat mellan 38 och 44 procent. Det finns ingen skillnad mellan könen i andelen patienter med trycksår.

Förekomsten av trycksår ökar med patienternas ålder. De flesta patienter med trycksår är över 80 år, och i denna åldersgrupp har nästan var fjärde patient ett trycksår. För alla patienter med trycksår hörde det vanligaste trycksåret till kategori ett, som innebär rodnad som inte bleknar vid tryck. Bland riskpatienterna med trycksår var andelen trycksår av kategori två, tre och fyra högre än för patienter som bedömts ha en låg risk för trycksår.

Mätningen hösten 2012 visar att ungefär 85 procent av alla riskpatienter i slutenvården hade fått någon form av förebyggande madrass, vilket är en ökning med cirka 10 procentenheter från första mätningen (tabell 10). Cirka hälften av patienterna hade så kallad planerad lägesändring i säng som trycksårsförebyggande åtgärd (tabell 11). Andelen patienter som fått denna förebyggande åtgärd visar ingen förändring över tid.

Cirka 30 procent av både riskpatienterna och patienter med trycksår hade hälavlastning (tabell 12). Mätningarna visar ingen förändring över tid.

Landstingen uppvisar stora variationer när det gäller användningen av trycksårsförebyggande åtgärder, både sinsemellan och över tid. Andelen riskpatienter som hade fått en trycksårsförebyggande madrass ökade över tid i alla landsting utom ett.

Överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL har medfört att landstingen har börjat mäta förekomsten av trycksår och vilka förebyggande åtgärder som används. Den senaste mätningen visar att förekomsten av trycksår är fortsatt hög och att en stor andel av patienterna inte får förebyggande åtgärder.

Tabell 8. Andel patienter med trycksår i somatisk slutenvård, vår och höst 2011–2012. Resultaten anges i procent. Tabellen är rangordnad utifrån bästa resultat hösten 2012.

Landsting	vår 2011	höst 2011	vår 2012	höst 2012
Gotland	10	16	16	9
Örebro	15	11	10	9
Jönköping	12	12	9	11
Kalmar	9	11	10	12
Halland	14	13	13	13
Västerbotten	16	11	13	13
Jämtland	11		20	14
Region Skåne	18	14	18	15
Sörmland	19	12	15	15
Kronoberg	24	18	17	16
Norrbottn	12	14	13	16
Värmland	19	14	13	16
Västernorrland	31	20	15	17
Västmanland	27	17	19	18
Stockholm	15	17	18	20
Västra Götaland	15		18	23
Blekinge	22		20	
Dalarna	13			
Gävleborg	22		17	
Uppsala	17		18	
Östergötland	17		17	
RIKET	17	14	16	15

Tabell 9. Andel riskpatienter med trycksår i somatisk slutenvård, vår och höst 2011–2012. Resultaten anges i procent. Tabellen är rangordnad utifrån bästa resultat hösten 2012.

Landsting	vår 2011	höst 2011	vår 2012	höst 2012
Gotland	17	44	63	23
Örebro	39	32	30	29
Region Skåne	45	36	43	31
Västmanland	66	42	42	35
Jönköping	39	40	33	35
Kalmar	24	32	28	36
Norrbottn	25	38	38	37
Värmland	41	36	32	39
Västerbotten	47	23	35	40
Kronoberg	57	41	47	44
Stockholm	44	38	44	45
Sörmland	48	40	48	48
Västernorrland	59	54	38	49
Halland	36	39	35	49
Jämtland	33		56	55
Västra Götaland	47		49	56
Blekinge	54		43	
Dalarna	46			
Gävleborg	50		45	
Uppsala	40		38	
Östergötland	41		39	
RIKET	44	38	42	40

Tabell 10. Andel riskpatienter i somatisk slutenvård som hade förebyggande eller behandlande madrass, vår och höst 2011–2012. Resultaten anges i procent. Tabellen är rangordnad utifrån bästa resultat hösten 2012.

Landsting	vår 2011	höst 2011	vår 012	höst 2012
Kronoberg	100	96	98	100
Värmland	99	100	98	100
Örebro	84	88	90	93
Gotland	100	83	94	92
Region Skåne	85	91	88	92
Stockholm	82	83	85	89
Halland	75	82	88	87
Jönköping	87	85	74	86
Kalmar	58	85	87	86
Sörmland	81	86	85	83
Västmanland	70	66	78	81
Västernorrland	30	41	67	80
Norrbottn	58	79	79	73
Västerbotten	69	66	56	67
Jämtland	58		53	65
Västra Götaland	66		66	56
Blekinge	75		66	
Dalarna	68			
Gävleborg	85		90	
Uppsala	73		80	
Östergötland	80		76	
RIKET	76	81	79	86

Tabell 11. Andel patienter i somatisk slutenvård med planerad lägesändring i säng, vår och höst 2011–2012. Resultaten anges i procent. Tabellen är rangordnad utifrån bästa resultat hösten 2012.

Landsting	vår 2011	höst 2011	vår 2012	höst 2012
Jönköping	63	62	65	68
Värmland	60	64	64	60
Kalmar	52	57	63	60
Örebro	49	48	64	56
Västerbotten	54	55	49	56
Norrbottn	61	59	58	55
Sörmland	44	52	36	50
Stockholm	46	45	46	44
Region Skåne	38	45	43	43
Västmanland	49	40	46	43
Kronoberg	43	45	53	42
Gotland	65	56	44	42
Västernorrland	38	43	25	41
Halland	36	42	20	33
Jämtland	52		53	32
Västra Götaland	47		41	11
Blekinge	49		54	
Dalarna	51			
Gävleborg	44		27	
Uppsala	45		59	
Östergötland	42		57	
RIKET	47	50	47	48

Tabell 12. Andel patienter med trycksår i somatisk slutenvård som hade härlavlastning, vår och höst 2011–2012. Resultaten anges i procent. Tabellen är rangordnad utifrån bästa resultat hösten 2012.

Landsting	vår 2011	höst 2011	vår 2012	höst 2012
Kalmar	42	54	62	53
Gotland	45	47	42	50
Jönköping	46	56	61	49
Stockholm	42	35	37	46
Västerbotten	37	27	25	38
Västernorrland	18	11	18	36
Norrbottn	43	53	39	34
Halland	29	25	34	32
Sörmland	33	38	24	31
Jämtland	45		34	30
Västra Götaland	31		26	29
Värmland	29	33	24	25
Örebro	37	28	34	24
Region Skåne	20	26	21	18
Västmanland	33	29	31	18
Kronoberg	22	27	31	17
Blekinge	17		37	
Dalarna	34			
Gävleborg	19		19	
Uppsala	34		28	
Östergötland	33		37	
RIKET	31	34	31	33

Socialstyrelsen konstaterar att förekomsten av trycksår är oförändrat hög och att användningen av förebyggande åtgärder är otillräcklig. Det är angeläget att landstingen ökar sina insatser för att införa evidensbaserade åtgärder för att förebygga trycksår.

Granskningar av patientsäkerheten inom vissa områden

Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

Städning i vårdlokaler har tidigare inte betraktats som en patientsäkerhetsfråga, men 2011 publicerades en artikel [20] som summerade evidensen för smittspridningens olika steg. Den tydliggjorde hur en hög städkvalitet kompletterar en god handhygien i kampen mot spridningen av vårdrelaterade infektioner. Därför är det angeläget att följa hur styrning och uppföljning av städning i vårdlokaler utvecklas över tid.

Landstingen kan utföra städning i vårdlokaler helt i egen regi eller i olika utsträckning med hjälp av externa entreprenörer. Oavsett vem som utför städningen är det viktigt hur städuppdragen styrs och följs upp.

I 3 kap. 1–2 § patientsäkerhetslagen (2010:659) fastställs kraven på vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, respektive tandvårdslagen (1985:125), upprätthålls, och att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Enligt tillägg i HSL ska vården bedrivas med en god hygienisk standard (2 a § 1 HSL). Detta tillägg infördes den 1 juli 2006 efter förslag i proposition 2006/06:50. Där anges att vårdgivaren måste vidta alla de åtgärder som behövs för att uppnå en god hygienisk standard för lokaler och utrustning, att ha en god organisation och planering samt ha tillgång till vårdhygienisk kompetens.

De krav som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innefattar även de kvalitetskrav som gäller för god hygienisk standard.

Metod

I juni 2012 sände Socialstyrelsen ut en enkät till de politiska styrelserna i landstingen som bestod av elva frågor om styrning av städning i vårdlokaler. Avsikten var att hämta in landstingsstyrelsernas bedömningar av den egna verksamhetens styrning och uppföljning av städning i vårdlokaler. I den fortsatta texten används termen vårdgivare i stället för landstingsstyrelse. Frågorna i enkäten berörde åtta områden:

- ledningssystem
- expertkompetens
- krav vid upphandling
- tillgång till utrustning
- ansvarsfördelning
- kunskap och kompetens
- egenkontroll av städning i vårdlokaler
- i vilken utsträckning landstingen utför städning i vårdlokaler i egen regi.

En femgradig skala, där 1 motsvarade inte alls och 5 motsvarade helt och hållet, användes för att ange i vilken utsträckning frågan stämde överens med förhållandena i den egna verksamheten. Enkätsvaren samlades in under perioden juli–september 2012 och samtliga landsting svarade.

Resultat

Vårdgivarna bedömde att deras ledningssystem i varierande utsträckning omfattar dokumenterade rutiner och kvalitetskrav för städning i vårdlokaler (diagram 41). Tre landsting svarade att sådana ingår i liten utsträckning eller inte alls. De flesta landsting bedömde att expertkompetenser inom vårdhygien och städning deltar i hög utsträckning när rutiner och kvalitetskrav tas fram (diagram 42). Landstingen svarade också att ansvarsfördelningen mellan städ- och vårdpersonal i hög utsträckning är dokumenterad (diagram 43). Vårdgivarnas bedömning av tillgången på adekvat utrustning för extra städinsatser av vårdpersonal varierade (diagram 44).

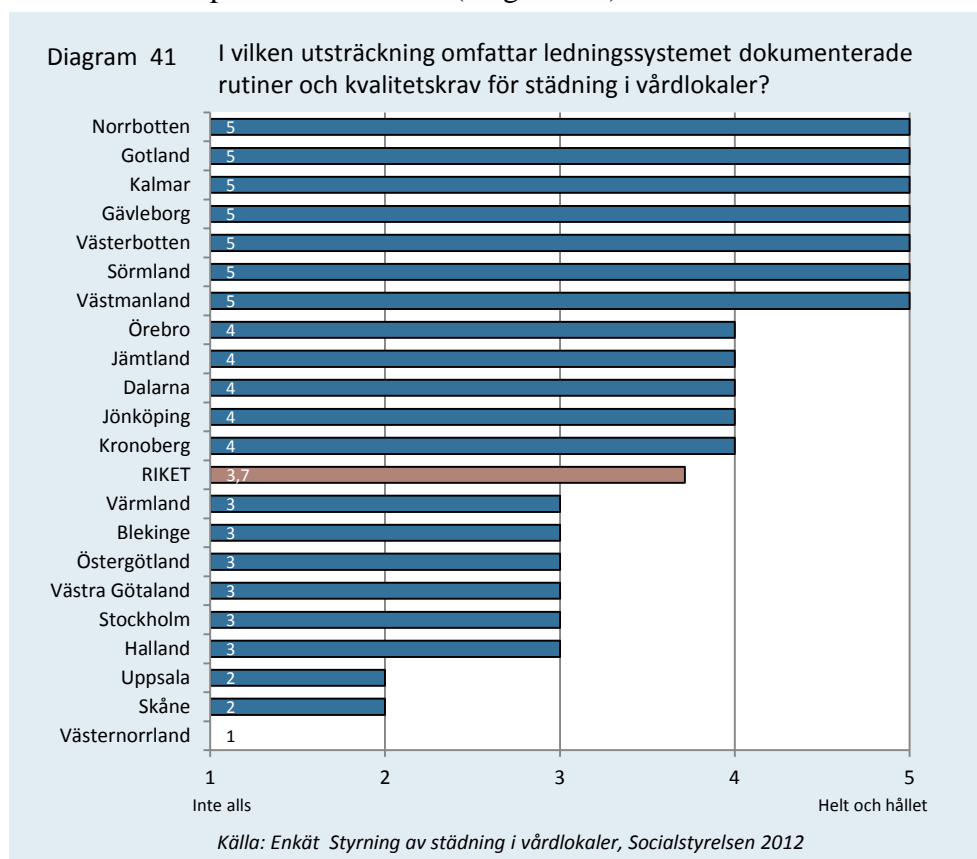
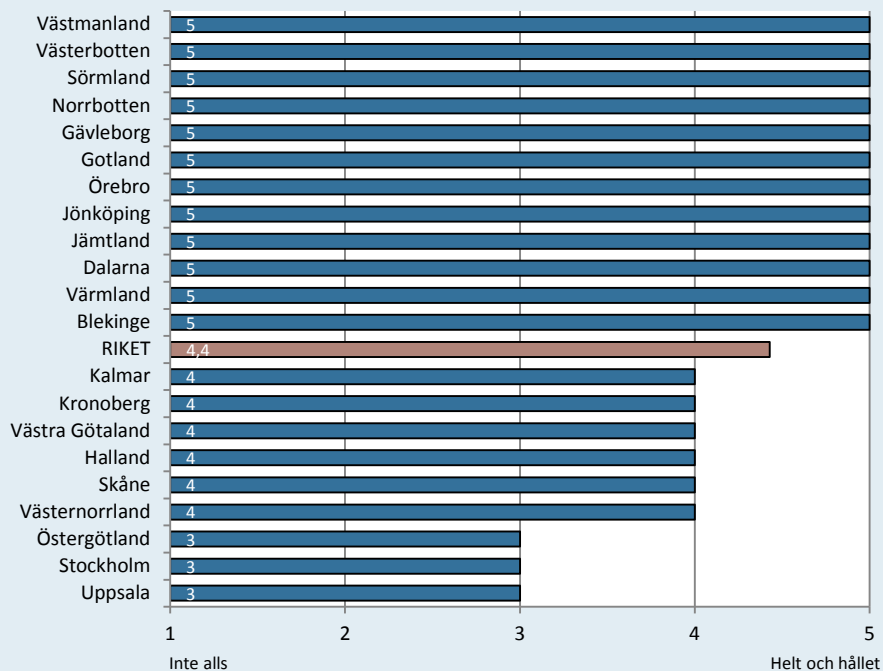
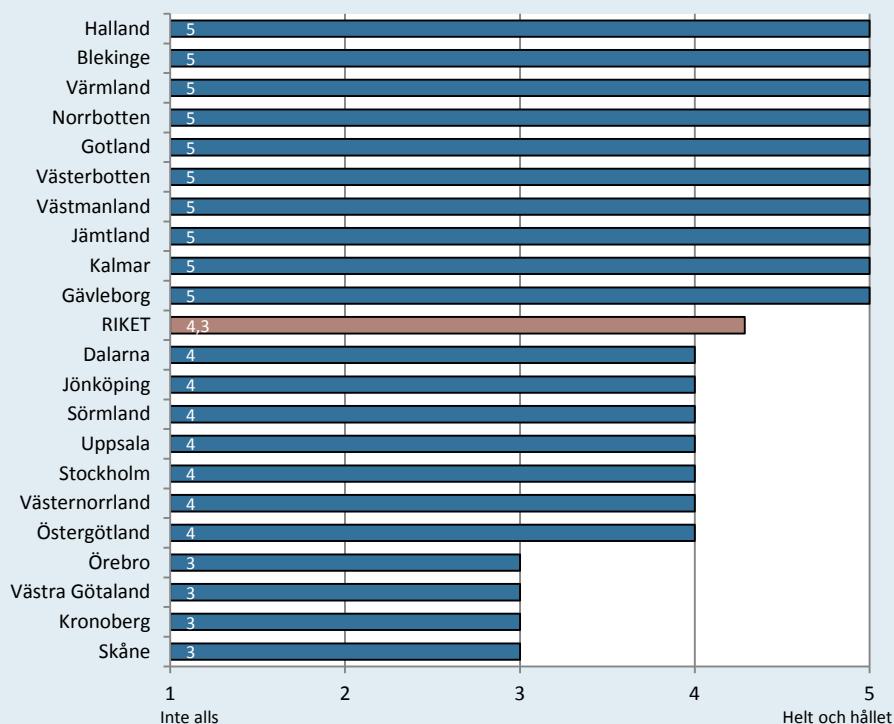


Diagram 42 I vilken utsträckning medverkar expertkompetenser inom vårdhygien och städning i framtagande av rutiner och kvalitetskrav för städning i vårdlokaler?



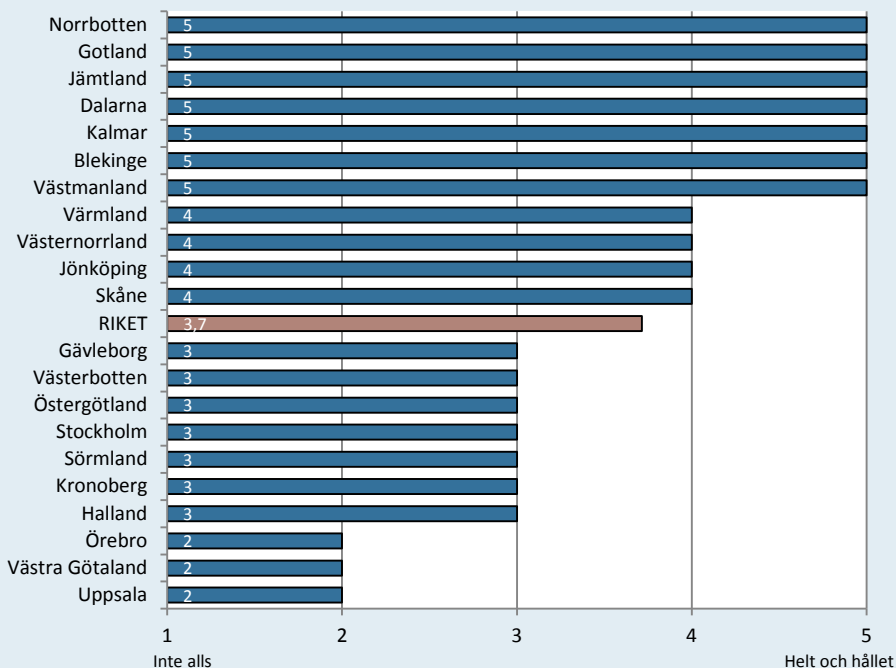
Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

Diagram 43 I vilken utsträckning är ansvarsfördelning mellan vårdpersonal och städpersonal vid städning i vårdlokaler dokumenterad?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

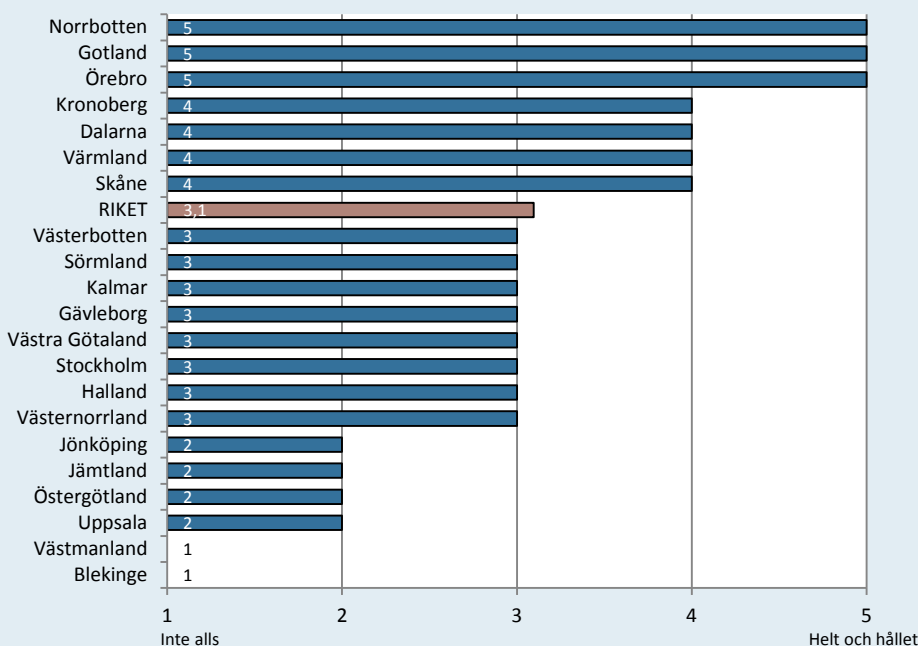
Diagram 44 I vilken utsträckning finns tillgång till adekvat utrustning (förvarad i lämpligt utrymme) avsedd för extra städinsatser som vårdpersonal kan behöva utföra?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

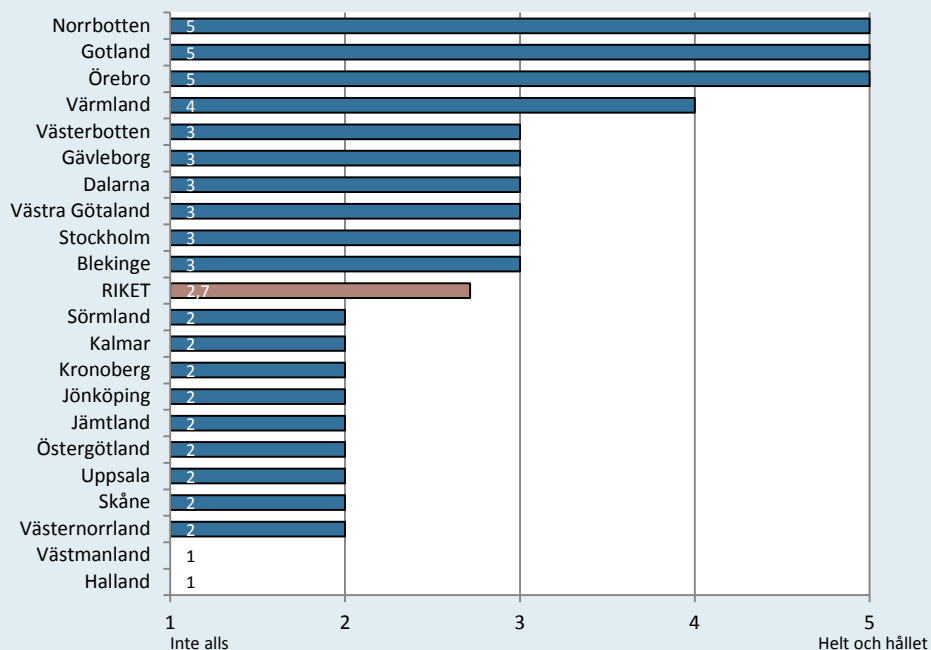
När det gäller hur kompetensen säkerställs, både vid introduktion till nya arbetsuppgifter (diagram 45) och när nya metoder och ny utrustning införs i verksamheten (diagram 46) antyder svaren att det finns en betydande förbättringspotential i de flesta landstingen.

Diagram 45 I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses vid introduktion till nya arbetsuppgifter?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

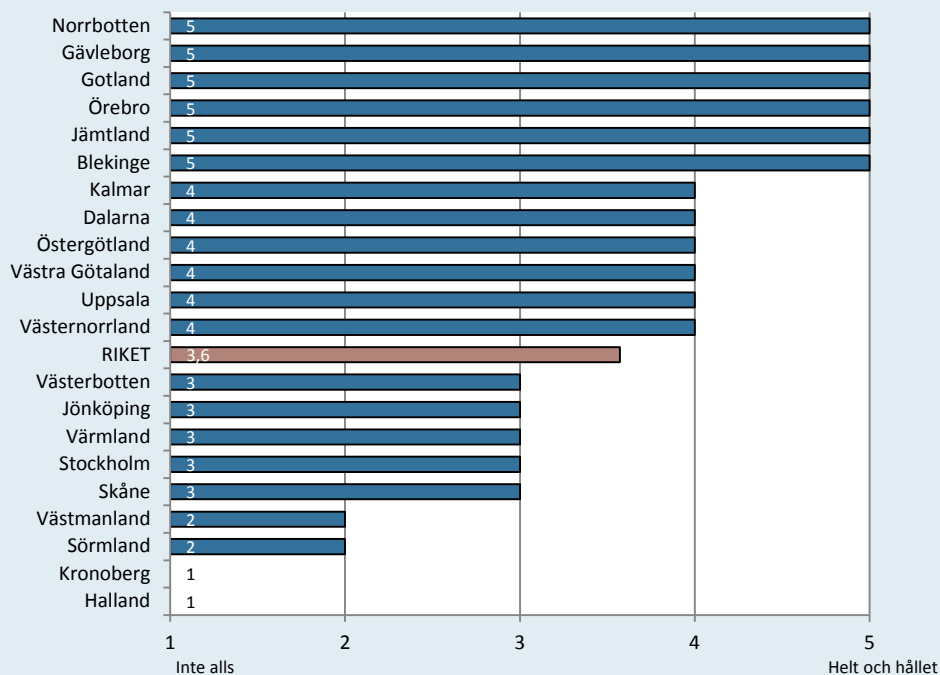
Diagram 46 I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses när nya metoder och ny utrustning införs i verksamheten?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

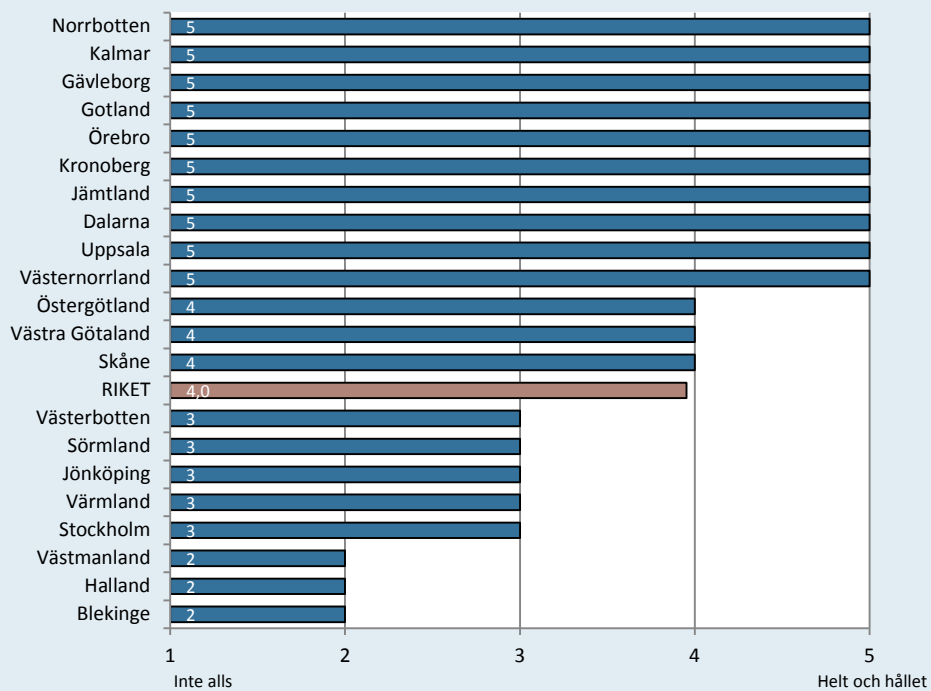
Två landsting uppgav att de saknar dokumenterade rutiner för att följa upp resultatet av städning (diagram 47), medan sex landsting uppgav att sådana rutiner var helt införda i ledningssystemet. Rutiner för avvikelshantering (diagram 48) och rutiner för återföring av resultat av egenkontroll till all berörd personal (diagram 49) uppgavs ha införts i varierande utsträckning i de olika landstingen.

Diagram 47 I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av uppföljning av resultat?



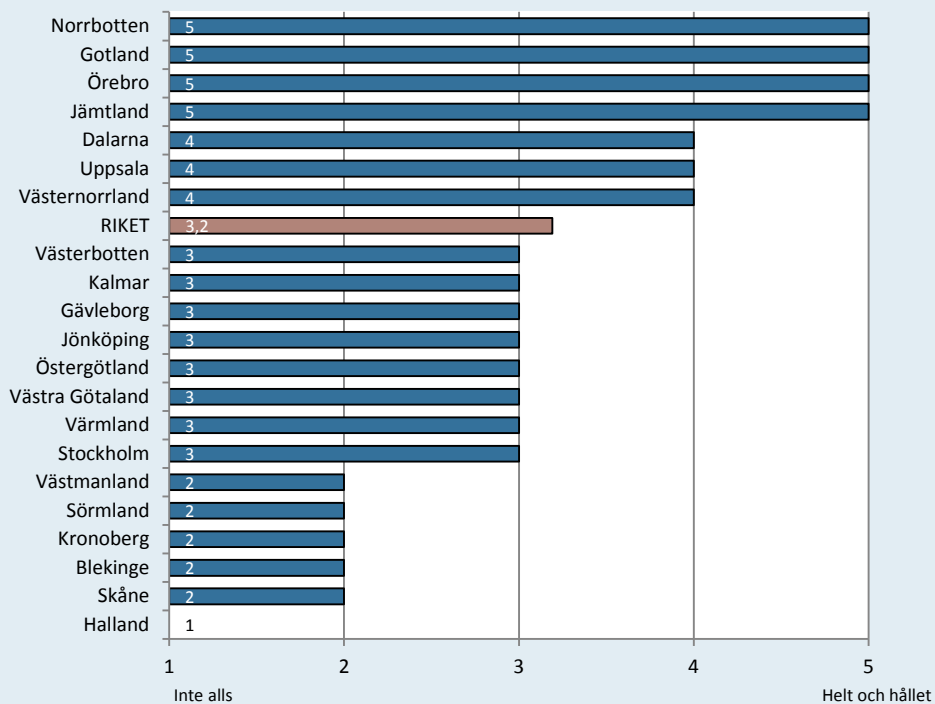
Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

Diagram 48 I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av avvikelshantering?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

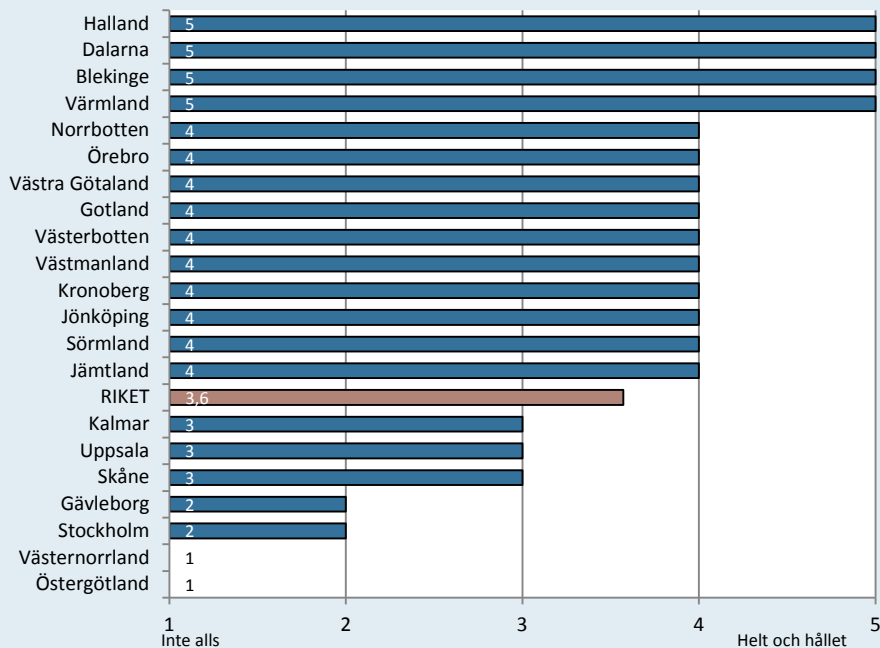
Diagram 49 I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för återföring av resultat av egenkontroll till all berörd personal?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

Två tredjedelar av landstingen svarade att de bedriver städning i vårdlokaler i hög utsträckning eller helt i egen regi. Två av landstingen svarade att de inte bedriver städning i egen regi (diagram 50). Samtliga landsting som upphandlar städtjänster uppgav att de i hög utsträckning ställer krav på att leverantören ska tillämpa landstingets kvalitetskrav och rutiner för städning i vårdlokaler. De angav minst 4 på enkätens 5-gradiga skala.

Diagram 50 I vilken utsträckning bedrivs städning i vårdlokaler i landstingets egen regi?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

Vårdgivarnas samlade bedömning av den egna verksamhetens styrning av städning i vårdlokaler framgår av diagram 51. Två landsting bedömde att formerna för styrningen var helt utvecklade.

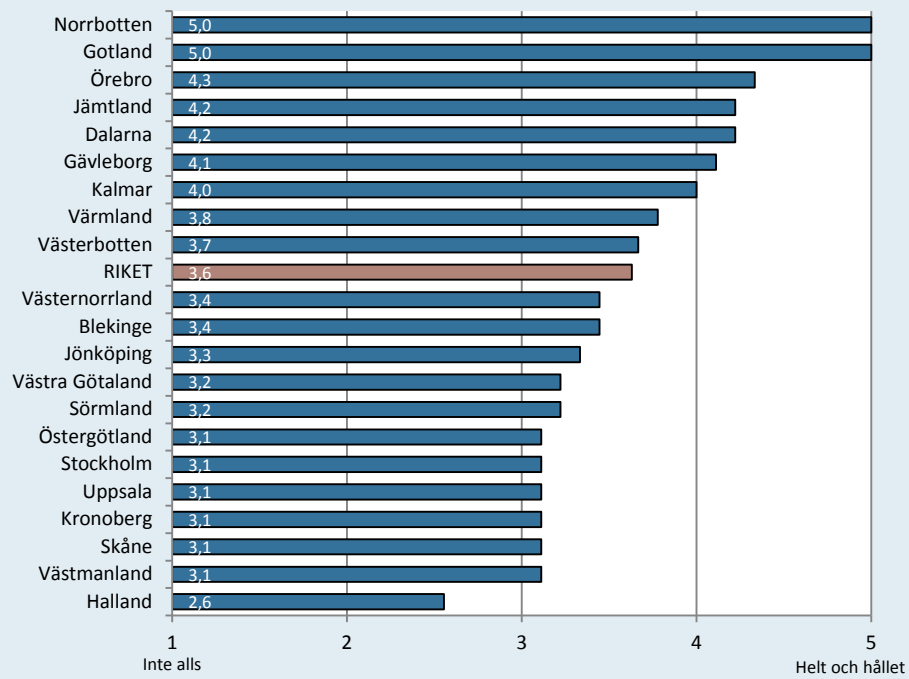
Resultaten av enkätundersökningen återspeglar vårdgivarnas bedömning av den egna verksamheten med ledning av frågorna i enkäten. Frågorna är generellt formulerade och lämnar utrymme för olika tolkningar. Vårdgivarna kan ha hämtat in underlagen för sina bedömningar på olika sätt och från olika delar av sina organisationer, vilket också kan ha påverkat bedömningarna. Skillnaderna i vårdgivarnas bedömningar ska därför inte uppfattas som att de återspeglar verkliga skillnader, i hur väl utvecklad styrningen av städning i vårdlokaler är, i de olika landstingen. Troligen återspeglar bedömningarna vårdgivarnas uppfattning om förbättringspotentialen inom området.

Städning i vårdlokaler är ett viktigt område som behöver uppmärksammas mer av vårdgivarna. En av avsikterna med Socialstyrelsens enkätundersökning var att bidra till detta.

Under 2012 har Svensk Förening för Vårdhygien gett ut en kunskaps-sammanställning om säker städning på vårdinrättningar ur smittspridnings-synpunkt, *Städning i vårdlokaler* [21], som kan vara ett stöd för landstingens styrning av kvaliteten vid städning i vårdlokaler.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att vårdgivarna tillämpar den kunskap som finns inom området i sina verksamheter.

Diagram 51 Landstingens samlade bedömning av styrning av städning i vårdlokaler.



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012

Socialstyrelsen anser att landstingen bör förbättra styrningen och egenkontrollen av städning i vårdlokaler med ledning av tillgänglig evidensbaserad kunskap.

Integrering av patientsäkerhetsarbete i landstingens ledningssystem

Socialstyrelsen genomförde under åren 2009–2010 en granskning av vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet [22]. Med vårdgivare avsågs i granskningen den politiska styrelse som ansvarar för hälso- och sjukvården inom respektive landsting och region. Resultaten av granskningen visade på ett flertal brister i de övergripande ledningssystemen. Socialstyrelsen ställde krav på alla vårdgivare (styrelser) att förbättra och utveckla det övergripande ledningssystemet för styrning av kvalitet och patientsäkerhetsarbete i enlighet med gällande lag och föreskrifter.

I 3 kap. i patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), PSL, ställs det krav på vårdgivarna att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och stärka patienters och närståendes ställning och delaktighet i vården. För att underlätta för vårdgivarna att införa och leva upp till kraven i den nya lagen, utarbetade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, en vägledning som heter *Att styra och leda för ökad patientsäkerhet* [23].

Det övergripande ledningssystemet för styrningen av vårdgivarnas verksamhet har stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen. Det är därför av intresse att belysa i vilken utsträckning vårdgivarna bedömer att lagens krav på att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, såsom kraven uttolkats i SKL:s vägledning, har införts i de övergripande ledningssystemen.

Metod

I juni 2012 sände Socialstyrelsen ut enkäten *Landstingens/regionernas ledningssystem avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete* till styrelserna i landstingen. I den fortsatta texten används termen vårdgivare i stället för landstingsstyrelse. Enkäten var baserad på de 31 frågorna i SKL:s vägledning. Frågorna berörde fem områden:

- allmänna bestämmelser
- anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen
- skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador
- dokumentationsskyldighet
- bemyndigande.

Varje fråga utgick ifrån ett påstående om innehållet i ledningssystemet, till exempel "Ledningssystemet beskriver övergripande strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet". En femgradig skala, där 1 motsvarade inte alls och 5 motsvarade helt och hållet, användes för att ange hur väl påståendet överensstämde med verksamhetens ledningssystem. Enkätsvaren samlades in under perioden juli–september 2012.

Resultat

Vårdgivarna bedömde att ledningssystemen beskriver övergripande strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet i hög utsträckning, liksom även roller och ansvarsfördelning i patientsäkerhetsarbetet samt rutiner för händelseanalys (fråga 1, 2 och 7 och tabell 13 och 14). De bedömde att lednings-

systemen i lägre utsträckning beskriver hur patienter och närstående ges möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet och hur deras synpunkter på och erfarenheter av risker tas till vara (fråga 8 och 9). Även kompetensutvecklingen för patientsäkerhetsarbetet och arbetet för att stärka patientsäkerhetskulturen (fråga 5 och 8) bedömdes vara mindre beskrivna i ledningssystemet.

Vårdgivarna bedömde att anmälningsskyldigheten till Socialstyrelsen för allvarliga vårdskador och händelser som hade kunnat medföra allvarliga vårdskador (fråga 11) var beskriven i hög utsträckning i jämförelse med beskrivningarna av de övriga anmälningsskyldigheterna.

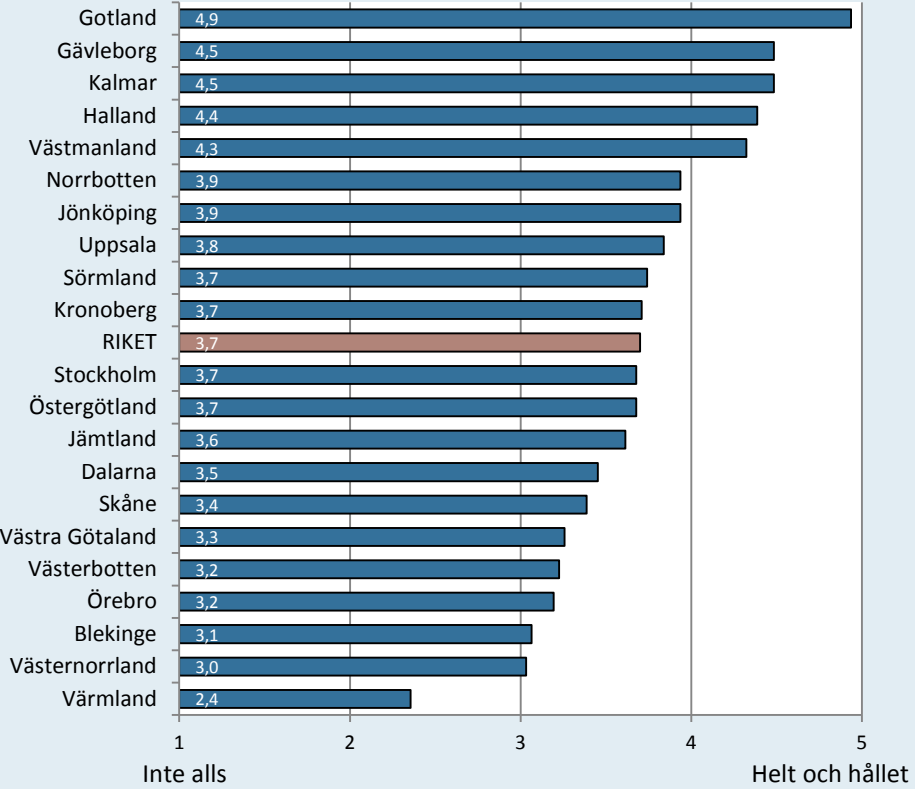
De bedömde också att ledningssystemen i hög utsträckning beskriver hur vårdskador ska definieras och hur patienten eller dennes närstående ska informeras när en vårdskada inträffat (fråga 15 och 17).

Vårdgivarna bedömde att ledningssystemen i förhållandevis hög utsträckning beskriver hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat, hur detta arbete ska följas upp och hur patientsäkerhetsberättelserna ska utformas. Rutinerna för egenkontroll, det vill säga regelbundna uppföljningar av resultatet av patientsäkerhetsarbetet (fråga 28), bedömdes däremot vara förhållandevis mindre beskrivna i ledningssystemen.

Vårdgivarna bedömde att ledningssystemen i låg utsträckning ger anvisningar för hur föreskrifter om patientsäkerhetsarbetet ska bli kända, förstådda och tillämpade.

Vårdgivarnas sammanvägda bedömning av de 31 frågorna i enkäten redovisas i diagram 52.

Diagram 52 Genomsnittligt värde samtliga frågor i enkät om patientsäkerhetsarbete i landstingens ledningssystem.



Källa: Socialstyrelsen

Kortversion av frågorna i Socialstyrelsens enkät
Landstingens/regionernas ledningssystem avseende systematiskt
patientsäkerhetsarbete

Allmänna bestämmelser

	Östergötland	Örebro	Västra Götaland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Uppsala	Sörmland	Stockholm	Skåne	Norrbotten	Kronoberg	Kalmar	Jönköping	Jämtland	Halland	Gävleborg	Gotland	Dalarna	Blekinge	Riket	
1. Strategier och mål	5	4	3	5	4	4	3	4	3	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	3	3	4,0
2. Roller och ansvarsfördelning	5	4	4	5	2	5	2	4	3	4	3	5	5	4	4	5	4	5	5	4	3	4,0
3. Mätning av vårdskador och uppföljning av åtgärder	3	3	3	3	3	2	3	4	3	4	2	4	4	5	4	2	4	5	5	4	3	3,5
4. Förebyggande av vårdskador	4	2	2	5	3	4	4	3	2	4	3	4	4	5	4	3	4	3	5	4	4	3,6
5. Kompetensutveckling inom patientsäkerhet	3	2	2	5	3	1	2	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	5	3	3	3,2
6. Hantering av risker	4	3	3	5	4	4	1	3	3	4	2	4	3	4	4	2	4	5	4	4	4	3,5
7. Rutiner för händelseanalys	5	5	3	5	4	4	3	5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4,4
8. Utveckling av patientsäkerhetskulturen	2	3	3	3	4	2	2	4	2	4	3	3	3	4	4	2	3	5	5	3	2	3,1
9. Patienter och närståendes medverkan	2	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5	4	3	2	2,9
10. Patienters och närståendes erfarenheter	4	2	3	3	2	3	2	2	4	3	3	3	4	3	3	2	4	5	5	3	2	3,1

Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen

11. Anmälning av vårdskador och risker	5	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4,6
12. Anmälning av andra skador	5	2	4	5	3	3	1	5	4	4	3	4	4	5	4	1	4	5	5	3	2	3,6
13. Anmälning av personal med riskbeteende	2	3	4	5	3	2	2	4	5	3	2	4	5	5	4	5	5	5	5	2	2	3,7
14. Anmälningskriterier	5	3	1	5	2	4	2	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	4	2	3,8

Skyldighet att informera patient om inträffade vårdskador

15. Definition av vårdskada	5	3	2	5	3	5	3	5	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4,3
16. Hur kompetens om vårdskador säkerställs	3	3	3	5	3	1	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	5	3	3,7
17. Information till patient vid vårdskada	4	5	4	5	3	4	3	5	5	4	3	4	5	5	4	5	5	5	5	3	4	4,3
18. Hur klagomål anmäls till Socialstyrelsen	3	3	4	3	3	4	3	4	5	3	4	4	3	5	4	5	5	3	5	4	4	3,9
19. Hur ersättning för skada söks	3	3	4	3	3	4	3	3	5	3	3	4	2	5	4	5	5	3	5	4	4	3,7
20. Information om patientnämnden	3	3	4	3	3	4	3	4	5	3	4	4	1	5	4	5	5	4	5	4	4	3,8
21. Dokumentation av given information	5	2	4	5	3	4	2	3	4	3	3	3	5	5	4	5	1	3	5	2	3	3,5

Dokumentationsskyldighet

22. Organisation för patientsäkerhetsarbete	5	5	3	5	3	4	2	4	3	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	4,2
23. Hur kunskap om organisationen sprids	3	3	3	5	3	1	1	4	2	4	3	4	2	4	4	1	5	5	5	2	3	3,2
24. Uppföljning av patientsäkerhetsarbete	4	4	4	5	4	4	3	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	2	4,2
25. Uppföljning av förbättringsåtgärder	2	2	4	5	3	3	2	5	4	4	3	4	3	5	4	2	5	5	5	4	2	3,6
26. Uppföljning av resultat	2	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	5	4	2	5	5	5	3	2	3,6
27. Utformning av patientsäkerhetsberättelse	3	4	4	5	4	4	2	5	5	4	4	5	2	5	4	5	5	5	5	4	3	4,1
28. Regelbunden uppföljning av resultat och effekt	5	2	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	5	2	2	3,2
29. Samverkan för säker vård	3	3	3	3	2	3	2	3	4	3	2	4	4	4	4	3	4	5	5	4	2	3,3
30. Hantering av avvikelser och synpunkter	5	4	4	5	3	5	3	4	5	4	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	5	4,2
31. Spridning och förankring av föreskrifter	2	2	2	3	3	1	1	3	1	3	3	4	2	4	4	1	4	3	5	2	2	2,6

Källa: Enkät om landstingens/regionernas ledningssystem avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen 2012

Inne alls
1 2 3 4 5
Helt och hållet

Tabell 13 Landstingsledningarnas bedömning av i vilken utsträckning patientsäkerhetsarbete har integrerats landstingens ledningssystem

Tabell 14 Frågorna i enkäten Landstingens/regionernas ledningssystem avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Fråga	Formulering i tabell 13:	Formulering i enkäten:
Allmänna bestämmelser		
1	Strategier och mål	Övergripande strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet.
2	Roller och ansvarsfördelning	Tydliga roller och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet.
3	Mätning av vårdskador och uppföljning av åtgärder	Former för hur vårdskador ska mätas och hur beslutade åtgärder ska följas upp.
4	Förebyggande av vårdskador	Hur arbetet med patientsäkerhet ska eller kan genomföras, dvs. att förebygga vårdskador.
5	Kompetensutveckling inom patientsäkerhet	Hur kunskap och kompetens ska tillgodoses så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan använda de metoder och verktyg som finns för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i verksamheten.
6	Hantering av risker	Hur risker ska identifieras och hanteras innan patienten kommer till skada.
7	Rutiner för händelseanalyser	Hur och när händelseanalyser ska genomföras, exempelvis vid allvarliga vårdskador eller när flera verksamheter är involverade.
8	Utveckling av patientsäkerhetskulturen	Hur arbetet för att stärka verksamheternas patientsäkerhetskultur sker.
9	Patienter och närståendes medverkan	Hur patienter och närstående ges möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.
10	Patienters och närståendes erfarenheter	Hur patienters och närståendes synpunkter på och erfarenheter av risker i vården kan tas tillvara.
Anmälningsskyldighet till Socialstyrelsen		
11	Anmälning av vårdskador	Hur allvarliga vårdskador och risker för allvarliga vårdskador ska anmälas till Socialstyrelsen och vem som ska göra det.
12	Anmälning av andra skador	Hur annan allvarlig skada än vårdskada ska anmälas till Socialstyrelsen och vem som ska göra det.
13	Anmälning av personal med riskbeteende	Hur och när en legitimerad person som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten, ska anmälas till Socialstyrelsen och vem som ska göra det.
14	Anmälningskriterier	Riktlinjer för anmälningskriterier.
Skyldighet att informera patienter om inträffade vårdskador		
15	Definition av vårdskada	Hur vårdskador ska definieras.
16	Hur kompetens om vårdskador säkerställs	Hur vårdgivaren tillgodoser att verksamheterna känner till begreppet vårdskada, vad det innebär och vad som ska göras när en vårdskada sker.
17	Information till patient vid vårdskada	Hur och vem som kommunicerar med patienten eller dennes närstående när en vårdskada har inträffat.
18	Hur klagomål anmäls till Socialstyrelsen	Hur patienter eller närstående ska få information om hur de kan anmäla klagomål till Socialstyrelsen.
19	Hur ersättning för skada söks	Hur patienter eller närstående ska få information om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen.
20	Information om patientnämnden	Hur patienter eller närstående ska få information om patientnämndens verksamhet.
21	Dokumentation av given information	Hur och av vem uppgifterna om informationen till patienter eller närstående angående vårdskador ska dokumenteras i patientens journal.
Dokumentationsskyldighet		
22	Organisation för patientsäkerhetsarbete	Hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat.
23	Hur kunskap om organisationen sprids	Rutiner för att säkerställa att det organisatoriska ansvaret är känt i organisationen på alla nivåer.
24	Uppföljning av patientsäkerhetsarbete	Rutiner för att följa upp hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår.
25	Uppföljning av förbättringsåtgärder	Rutiner för att följa upp vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten.
26	Uppföljning av resultat	Rutiner för att följa upp vilka resultat som har uppnåtts.
27	Utformning av patientsäkerhetsberättelse	Rutiner för hur patientsäkerhetsberättelsen utformas (vilka nivåer, t.ex. landsting, sjukhus, division, klinik) och hålls tillgänglig.
28	Regelbunden uppföljning av resultat och effekt	Rutiner för egenkontroll, dvs. regelbundna uppföljningar av resultat och effekter av patientsäkerhetsarbetet.
29	Samverkan för säker vård	Rutiner för hur samverkan internt och med andra vårdgivare sker för att tillgodose patientens behov av säker vård.
30	Hantering av avvikelser och synpunkter	Rutiner för hur avvikelser och inkomna synpunkter och klagomål på patientsäkerheten ska hanteras.
Bemyndigande m.m.		
31	Spridning och förankring av föreskrifter	Hur föreskrifter om patientsäkerhetsarbetet blir kända, förstådda och tillämpade.

Resultaten återger vårdgivarnas tolkningar och bedömningar av enkätfrågorna som är baserade på SKL:s vägledning. Frågorna i vägledningen är utformade i syfte att vara ett stöd i ledningarnas arbete för att utveckla ledningssystemen med utgångspunkt i de krav som ställs på vårdgivarna i 3 kap. PSL. Vägledningen ska därför inte uppfattas som en uttolkning av lagens krav i juridisk mening.

Resultaten återspeglar vårdgivarnas bedömning av i vilken utsträckning det som frågorna i enkäten berör, har införts i landstingens övergripande ledningssystem. Frågorna i enkäten är öppet hållna och lämnar utrymme för olika tolkningar. Vårdgivarna kan antas ha hämtat in underlagen för sina bedömningar på olika sätt och från olika delar av sina organisationer, vilket också kan ha påverkat bedömningarna. Skillnaderna i vårdgivarnas bedömningar återspeglar vårdgivarnas uppfattning om den potential som finns för att utveckla de övergripande ledningssystemen.

De områden som bedöms vara mest beskrivna i vårdgivarnas övergripande ledningssystem är hur allvarliga vårdskador och risker ska anmälas till Socialstyrelsen samt hur och när händelseanalyser ska genomföras. Hur föreskrifter om patientsäkerhetsarbetet sprids och förankras samt hur patienter och närstående ges möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet är de områden som uppges vara minst beskrivna i ledningssystemen.

Socialstyrelsen ser det som önskvärt att patientsäkerhetsarbetet beskrivs mer utförligt i landstingens ledningssystem.
--

Landstingens patientsäkerhetsberättelser

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som började gälla 1 januari 2011, ska vårdgivarna upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars varje år. Av berättelsen ska det framgå hur de bedrivit patientsäkerhetsarbetet det senaste året, vilka åtgärder de vidtagit för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som de uppnått. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Socialstyrelsen har gett Linköpings universitet, LiU, i uppdrag att granska innehållet i patientsäkerhetsberättelserna för landstingens högsta vårdgivar-nivå. Syftet med granskningen var att få en redovisning av hur landstingen beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete. LiU:s granskning kompletterar också den bild som för övrigt ges i denna rapport. Deras uppdrag har varit att jämföra innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser för verksamhetsåren 2010 och 2011 samt att jämföra hur innehållet i berättelserna utvecklats över tid.

Uppdraget redovisas i sin helhet i bilaga 2 och sammanfattas kort enligt nedan.

Metod

Innehållet i berättelserna analyserades utifrån Donabedians triad [24]. Denna modell används för att studera olika aspekter av kvalitet och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården. Innehållet i patientsäkerhetsberättelserna har enligt modellen kategoriserats som struktur-, process- eller resultatvariabler.

Resultat

Forskarna identifierade 36 variabler som de bedömde belyser olika aspekter av patientsäkerhetsområdet. Av dessa klassades 8 som strukturvariabler (tabell 15), 20 som processvariabler (tabell 16 och 17) och 8 som resultatvariabler (tabell 18).

I tabellerna redovisas om ett landsting har beskrivit en variabel i sin patientsäkerhetsberättelse eller inte. Många variabler betyder inte nödvändigtvis att landstinget har ett brett förankrat och välfungerande patientsäkerhetsarbete i alla delar av verksamheten.

Förklaringar till nedanstående tabeller

Mörkblått = variabeln är beskriven i patientsäkerhetsberättelsen
Mellanblått = variabeln är delvis beskriven i patientsäkerhetsberättelsen
Ljusblått = variabeln är inte beskriven i patientsäkerhetsberättelsen eller går ej att utläsa av patientsäkerhetsberättelsen.

Förkortningar i tabellerna

PS = patientsäkerhet

STRAMA = strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

NPÖ = Nationell patientöversikt

SBAR = metod för strukturerad kommunikation

BHK = basala hygienrutiner och klädregler

PPM = punktprevalensmätningar

VRI = vårdrelaterade infektioner

PUK = patientupplevd kvalitet

Tabell 15. Strukturvariabler som beskrivs i patientsäkerhetsberättelserna.

	2010								2011							
	Har PS-enhet eller PS-avdelning	Har STRAMA-grupp	Har organisation för hygienarbete	Har digitaliserat avvikelse-system	Har infört NPÖ**	Har infört IT-stödet Infektionsverktyget***	Är ansluten till Senior Alert eller motsvarande	Har system för upptäckt av svårt sjuk patient	Har PS-enhet eller PS-avdelning	Har STRAMA-grupp	Har organisation för hygienarbete	Har digitaliserat avvikelse-system	Har infört NPÖ	Har infört IT-stödet Infektionsverktyget	Är ansluten till Senior Alert eller motsvarande	Har system för upptäckt av svårt sjuk patient
Blekinge	■	□	□	■	□	□	□	□	■	■	□	■	□	□	■	■
Dalarna	■	■	□	■	□	□	■	□	■	■	□	■	□	■	■	■
Gotland	□	□	□	■	□	□	□	□	□	□	■	□	□	□	□	□
Gävleborg	□	■	■	■	■	□	■	□	■	■	□	■	□	■	■	□
Halland	□	□	■	■	□	□	□	□	□	■	■	□	□	■	■	□
Jämtland	□	□	■	■	□	□	■	□	■	■	□	□	■	■	□	□
Jönköping	□	□	■	■	□	□	■	□	■	■	■	□	■	■	■	■
Kalmar	□	□	□	□	□	□	□	□	■	■	■	□	■	■	■	■
Kronoberg	□	■	□	■	□	□	■	□	■	■	■	□	□	■	■	■
Norrbottn	□	■	□	■	□	□	■	□	■	■	■	□	■	■	■	□
Skåne	□	■	■	■	□	■	□	□	■	■	■	□	■	□	□	□
Stockholm*	■	■	■	■	□	□	□	□	■	■	■	■	□	□	□	■
Sörmland	■	□	■	■	□	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	□
Uppsala	■	□	□	■	□	■	■	□	■	■	■	□	■	■	■	□
Värmland	□	□	■	■	□	□	□	□	■	■	■	■	■	□	□	□
Västerbotten	□	■	■	■	□	□	■	□	■	■	■	■	□	■	■	□
Västernorrland	□	□	■	■	□	□	■	□	■	■	■	□	□	□	□	□
Västmanland	■	□	□	□	□	□	■	□	■	■	■	■	□	■	□	□
Västra Götaland	□	□	□	■	□	□	□	□	■	■	□	■	■	□	□	□
Örebro	■	■	■	■	□	□	■	□	■	■	■	■	□	■	□	□
Östergötland	■	■	□	■	□	□	■	□	■	■	□	■	■	■	■	■

*Uppgifter om Stockholms läns landsting baseras på patientsäkerhetsberättelser från nio av de större vårdgivarna inom länet 2010 och tio vårdgivare 2011

**Ej aktuellt 2010

***Verktyget började utvecklas 2010

Tabell 16. Processvariabler som beskrivs i patientsäkerhetsberättelserna.

	2010										2011										
	Arbetar med händelseanalyser	Uppger antal genomförda händelseanalyser	Arbetar med riskanalyser	Uppger antal genomförda riskanalyser	Arbetar med strukturerad journalgranskning	Uppger antal genomförda journalgranskningar	Arbetar med SBAR	Använder WHO:s checklista för säker kirurgi	Deltar i Nationell Patientenkät	Mäter PS-kultur	Arbetar med händelseanalyser	Uppger antal genomförda händelseanalyser	Arbetar med riskanalyser	Uppger antal genomförda riskanalyser	Arbetar med strukturerad journalgranskning	Uppger antal genomförda journalgranskningar	Arbetar med SBAR	Använder WHO:s checklista för säker kirurgi	Deltar i Nationell Patientenkät	Mäter PS-kultur	
Blekinge	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dalarna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gotland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gävleborg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Halland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jämtland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jönköping	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kalmar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kronoberg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Norrbottn	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Skåne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Stockholm*	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sörmland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uppsala	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Värmland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västerbotten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västernorrland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västmanland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västra Götaland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Örebro	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Östergötland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

*Uppgifter om Stockholms läns landsting baseras på patientsäkerhetsberättelser från nio av de större vårdgivarna inom länet 2010 och tio vårdgivare 2011

Tabett 17. Processvariabler som beskrivs i patientsäkerhetsberättelserna (fortsättning).

	2010										2011									
	Mäter följsamhet till BHK	Uppger följsamhet till BHK	Mäter förekomst av trycksår	Deltar i nationella PPM av VRI	Arbetar aktivt med antibiotikaförskrivningen	Arbetar med hygienronder eller liknande	Arbetar med läkemedels-avstämning/genomgångar	Använder PS-dialoger/PS-ronder	Uppger antal avvikelserärenden	Uppger antal Lex Maria-anmälningar	Mäter följsamhet till BHK	Uppger följsamhet till BHK	Mäter förekomst av trycksår	Deltar i nationella PPM av VRI	Arbetar aktivt med antibiotikaförskrivningen	Arbetar med hygienronder eller liknande	Arbetar med läkemedels-avstämning/genomgångar	Använder PS-dialoger/PS-ronder	Uppger antal avvikelserärenden	Uppger antal Lex Maria-anmälningar
Blekinge	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dalarna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gotland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gävleborg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Halland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jämtland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jönköping	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kalmar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kronoberg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Norrbottn	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Skåne	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Stockholm*	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sörmland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Uppsala	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Värmland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västerbotten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västernorrland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västmanland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Västra Götaland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Örebro	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Östergötland	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

*Uppgifter om Stockholms läns landsting baseras på patientsäkerhetsberättelser från nio av de större vårdgivarna inom länet 2010 och tio vårdgivare 2011

Tabell 18. Resultatvariabler som beskrivs i patientsäkerhetsberättelserna.

2010	2011							
	Antal klagomål från enskilda till Socialstyrelsen	Antal anmälningar till Patientnämnden****	Antal anmälningar till patientskadeförsäkring	Antibiotikaförskrivning, antal recept/1000 invånare	Punktprevalens av VRI	Trycksårshäns	Antal fall/fallskador	PUK-värde från Nationella patientenkäten
Blekinge								
Dalarna								
Gotland								
Gävleborg								
Halland								
Jämtland								
Jönköping								
Kalmar								
Kronoberg								
Norrbottn								
Skåne								
Stockholm*								
Sörmland								
Uppsala								
Värmland								
Västerbotten								
Västernorrland								
Västmanland								
Västra Götaland								
Örebro								
Östergötland								

*Uppgifter om Stockholms läns landsting baseras på patientsäkerhetsberättelser från nio av de större vårdgivarna inom länet 2010 och tio vårdgivare 2011

****Omfattar både Patientnämnden och den tidigare Förtroendenämnden

Forskarna konstaterar att PSL och överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet 2011 har bidragit till att fler områden uppmärksammats i patientsäkerhetsberättelserna för 2011, än under föregående år. Skillnaderna är dock stora mellan landstingen när det gäller vilka områden som de återger i berättelserna. Vidare bedömer forskarna att de landsting som använt sig av SKL:s mall för utformning av patientsäkerhetsberättelser i stor utsträckning tycks ha fångat de mest relevanta variablerna. Forskarna föreslår därför att mallen ska utvecklas ytterligare.

LiU:s rapport (bilaga 2) beskriver innehållet i patientsäkerhetsberättelserna på ett utförligt sätt, men det kommenteras inte närmare här. Socialstyrelsen vill dock lyfta fram och kommentera de resultat som berör patientperspektiven i PSL. Enligt 3 kap. 4 § i PSL ska vårdgivaren ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. I rapporten redovisas resultaten som berör detta i tabell 3. Av tabellen framgår att beskrivningarna av hur vårdgivarna arbetar för att få med patienterna i patientsäkerhetsarbetet har ökat mellan åren 2010 och 2011, men de är enligt Socialstyrelsens mening fortfarande sparsamma.

I PSL 3 kap. 8 § ställs krav på att patienter som drabbats av en vårdskada ska informeras bland annat om möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen och om möjligheten att begära ersättning. Endast cirka var femte patientsäkerhetsberättelse för 2011 berörde hur patienter och närstående informeras när en vårdskada hade inträffat.

<p>Socialstyrelsen bedömer att patientsäkerhetsberättelserna på ett mer ingående sätt bör beskriva hur vårdgivarna har arbetat för att ge patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och för att informera dem när en vårdskada har inträffat.</p>
--

Diskussion

Detta är den första rapporten i sitt slag och här redovisas resultat från olika källor som belyser landstingens patientsäkerhetsarbete och förekomsten av skador och vårdskador. Som landstingens patientsäkerhetsberättelser visar (se bilaga 2), har landstingen även arbetat med flera andra metoder utöver dem som redovisas i denna rapport i syfte att förbättra patientsäkerheten, till exempel riskanalys. För att ge en mer heltäckande beskrivning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet behöver fler system utvecklas för att samla in uppgifter som belyser omfattningen av landstingens arbete. Bland annat behövs fler uppgifter om i vilken utsträckning man använder olika åtgärder och rutiner som kan förebygga vårdskador, till exempel WHO:s checklista för säker kirurgi [25, 26].

Några indikatorer som belyser förekomsten av skador och komplikationer inom somatisk slutenvård har återgetts i rapporten. De har sitt ursprung i kvalitetsregistren, och har tidigare redovisats i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2012* [19]. Socialstyrelsen vill framhålla registrens betydelse för att följa utvecklingen och avser att återge fler registerbaserade indikatorer i kommande rapporter för att följa patientsäkerhetsutvecklingen.

Resultaten som redovisas i rapporten belyser i första hand patientsäkerhetsutvecklingen i somatisk slutenvård. Flera viktiga aspekter har lyfts fram, men rapporten gör inte anspråk på att ge en heltäckande beskrivning av utvecklingen inom området.

Socialstyrelsen avser att belysa utvecklingen inom primärvården och psykiatri i större utsträckning i de kommande rapporterna.

Utvecklingen av landstingens patientsäkerhetsarbete

Under åren 2011 och 2012 har användningen av följande metoder som syftar till att förbättra patientsäkerheten spridit sig till samtliga landsting:

- mätning av patientsäkerhetskulturen
- användning av strukturerad journalgranskning
- mätning av personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- mätning av förekomsten av trycksår och användningen av åtgärder mot trycksår.

Användningen av dessa metoder inom de enskilda landstingen har också ökat. Flera nya metoder som kan bidra till ökad patientsäkerhet har dessutom utvecklats under perioden:

- Nationell patientöversikt, NPÖ
- Nationellt IT-stöd för händelseanalys, Nitha

- Infektionsverktyget – kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner
- mätning av överbeläggning och utlokaliserad patient.

Alla dessa metoder, med undantag av Nitha, har under perioden introducerats i samtliga landsting. Socialstyrelsen bedömer att det sammantaget har skett en påtaglig utveckling när det gäller spridningen och användningen av flera befintliga metoder för patientsäkerhetsarbete och introduktionen av nya.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, VRI har minskat sedan mätningarna inleddes 2008, men mellan åren 2010 och 2012 har inga större förbättringar skett. Förekomsten av trycksår har också varit i stort sett oförändrad, liksom användningen av åtgärder för att förebygga dem, med undantag för tryckavlastande madrasser som använts i högre utsträckning. På båda dessa områden behövs ökade insatser för att införa de evidensbaserade åtgärdsprogram som tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för att minska förekomsten av trycksår och VRI.

De metoder som används för att mäta personalens följsamhet till åtgärder som minskar risken för trycksår, eller basala hygienrutiner och klädregler som minskar spridningen av infektioner inom vården, ger ett direkt mått på i vilken utsträckning de åtgärder som förebygger vårdskador används. De flesta av metoderna som används är dock till för att upptäcka omständigheter och förhållanden i vården som behöver åtgärdas för att patientsäkerheten ska kunna förbättras. Att använda dem ger underlag för att vidta åtgärder, och för att följa effekterna av vidtagna åtgärder, men har ingen egen effekt på patientsäkerheten. Att till exempel mäta antalet överbeläggningar eller antalet patienter som skadas på sjukhus påverkar inte utfallet om inget görs åt orsakerna. Socialstyrelsen bedömer det som angeläget att de resultat som kommer fram med sådana metoder också analyseras så att lämpliga förbättringsåtgärder kan sättas in.

I överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet 2012 och 2013 ingår krav på att landstingen ska upprätta handlingsplaner och påbörja förbättringsarbete som gäller patientsäkerhetskultur och trycksår. Socialstyrelsen bedömer det som viktigt att sådana krav ställs.

Patienters och närståendes uppfattning om förekomsten av vårdskador

I vilken utsträckning patienter och deras närstående bedömer att det uppstått vårdskador återspeglas i antalet anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkring, Patientförsäkringen LÖF. Antalet skador som anmäls bedöms dock vara betydligt färre än antalet skador som faktiskt inträffar. Antalet anmälningar visar snarare benägenheten att anmäla skador, än hur vanliga de är.

Under perioden 2010–2012 ökade antalet anmälningar från cirka 10 500 till drygt 12 800. I patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft den 1 januari 2011, ställs krav på att patienter ska informeras om möjligheten att söka ersättning från Patientförsäkringen LÖF när de drabbats av en vård-

skada. Ökningen i antalet anmälningar beror troligen på att informationen till patienter och närstående om denna möjlighet har förbättrats.

Andra källor som kan ge information om patienters och närståendes uppfattning om hur ofta vårdskador inträffar är deras anmälningar till patientnämnderna och klagomål till Socialstyrelsen. Preliminära resultat från undersökningar som patientnämnderna i Stockholm och Örebro har gjort visade att en betydande andel av patienterna som vände sig till dem upplevde att de hade drabbats av en vårdskada.

Patientnämnderna tar emot cirka 30 000 anmälningar per år och Socialstyrelsen tar emot cirka 6 000 klagomål. För närvarande är den metodik som används vid handläggningen av dessa ärenden inte tillräckligt utvecklad när det gäller att fånga patienters och anhörigas uppfattning om vårdskada inträffat. Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att metodiken utvecklas.

Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden

Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

Synliga brister i städningen i vårdlokaler inverkar negativt på patienters och deras närståendes uppfattning om vårdmiljön. Det är också sannolikt att en hög kvalitet på städningen även motverkar spridningen av infektioner inom vården [20]. Resultaten av Socialstyrelsens enkätundersökning om städning i vårdlokaler visar att det finns en förbättringspotential för landstingens styrning och egenkontroll av detta. Socialstyrelsen bedömer att en bättre styrning och bättre tillämpning av den kunskap som finns på området behövs för att höja kvaliteten.

Landstingens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsen bedömer att de högsta landstingsledningarnas engagemang är av stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen. Deras engagemang tydliggörs bland annat i de övergripande ledningssystemen för styrningen av vårdgivarnas verksamhet. Resultaten av enkätundersökningen om hur väl patientsäkerhetsarbetet uppmärksammas i dessa ledningssystem, visar att det finns en förbättringspotential här. Socialstyrelsen ser det som angeläget att patientsäkerhetsarbetet beskrivs mer utförligt i landstingens ledningssystem.

Innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser

Landstingens patientsäkerhetsberättelser berör till stor del det arbete som beskrivs i denna rapport. Berättelserna innehåller även information om många andra områden där vårdgivarna arbetar för att förbättra patientsäkerheten. Berättelserna ger ett viktigt komplement till de övriga resultat som redovisas här. Resultatet av den granskning av berättelserna som Linköpings universitet har genomfört (se bilaga 2) visar på en stor variation i innehållet. I stort sett alla landsting har utökat innehållet i berättelserna mellan åren

2010 och 2011, vilket bedöms vara en följd av överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet.

Socialstyrelsen vill dock framhålla att innehållet i berättelserna är sparsamt när det gäller PSL:s krav 3 kap, att patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet och informeras när en vårdskada har inträffat. Socialstyrelsen bedömer att berättelserna på ett mer ingående sätt bör redovisa hur vårdgivarna har arbetat för att uppfylla dessa krav.

Effekten av de årliga överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL

Socialstyrelsen bedömer att den påtagliga utvecklingen av landstingens patientsäkerhetsarbete som skett under åren 2011 och 2012 i stor utsträckning är en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet.

Överenskommelsen har också i hög grad påskyndat framtagandet av gemensamma definitioner, nya metoder, system för datainsamling, datasammanställning och analys och på så vis bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete inom flera viktiga områden. Socialstyrelsen bedömer att detta kan få stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen framöver.

Samlad bedömning av utvecklingen

Socialstyrelsen kan konstatera att följande utveckling har skett inom somatisk slutenvård under perioden 2010–2012:

- Användningen av metoder som syftar till att förbättra patientsäkerheten och introduktionen av nya sådana metoder i vården har ökat väsentligt.
- En nationell infrastruktur för ett samlat patientsäkerhetsarbete har byggts upp inom flera viktiga områden.

Socialstyrelsen bedömer att det har tagits många viktiga steg mot en förbättrad patientsäkerhet.

Referenser

1. Patientsäkerhetsratsning 2011. Utvärdering av antibiotikaförskrivning och införandet av lokala Stramagrupper i landstingen. Smittskyddsinstitutet; 2011.
2. Patientsäkerhetsratsning 2012. Utvärdering av antibiotikaförskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Smittskyddsinstitutet; 2012.
3. A Report on Swedish Antibiotic Utilization and Resistance in Human Medicine. Smittskyddsinstitutet; 2012.
4. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
5. Att mäta patientsäkerhetskulturen Socialstyrelsen et.al; 2009.
6. Patientsäkerhetsratsning 2011 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
7. Patientsäkerhetskultur – sammanfattning av resultat från landstingens mätningar av patientsäkerhetskultur. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
8. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality USA; 2004.
9. Unbeck M, Muren O, Lillkrona U. Identification of adverse events at an orthopedics department in Sweden. Acta Orthopaedica; 2008.
10. Classen DC, Resar R, Griffin f, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. Health Affairs; 2011.
11. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - results of the Harvard Medical Practice Study I. N Eng J Med.; 1991.
12. Strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool – Handbok för patientsäkerhetsarbete. Cambridge; 2008.
13. Berglund C, Nylén U. Inventering av hur strukturerade journalgranskning används på svenska sjukhus. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
14. Skador i vården. Resultat från nationell mätning med strukturerad journalgranskning under perioden januari-mars 2012. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
15. Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.
16. www.vardhandboken.se hygien, infektioner och smittspridning. Hämtat 2013-02-28.
17. Risk & Händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens Ömsesidiga

- Försäkringsbolag, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland; 2009.
18. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
 19. Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012. Socialstyrelsen; 2012.
 20. Dancer, S. J. Hospital cleaning in the 21st century. Springer; 2011.
 21. Städning i vårdlokaler SIV. Svensk Förening för Vårdhygien; 2012.
 22. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008–2011. Socialstyrelsen; 2011.
 23. Att styra och leda för ökad patientsäkerhet. Vägledning för vårdgivare enligt kraven i patientsäkerhetslagen. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
 24. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
 25. Surgical Safety Checklist. WHO. www.safesurg.org;2009. Hämtat 2013-03-04.
 26. Checklista vid operation minskar dödsfall och komplikationer. www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=11259; 2009.

Bilaga 1. Projektorganisation

Ansvarig chef

Marie Lawrence enhetschef, enheten för utvärdering

Arbetsgrupp

Michael Soop projektledare

Anna-Karin Alvé

Rickard Ljung

Eva Lööf

Övriga deltagare

Lena Gabrielsson sakkunnig tillsyn

Carolin Holm enkätkonstruktion

Caroline Lööf administrativt stöd

Tsega Muzullo statistikframställning

Björn Nilsson metodstöd

Inger Riesenfeld-Örn sakkunnig smittskydd

Jessica Sundberg statistikframställning

Bilaga 2

Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – beskrivning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige för åren 2010 och 2011. Tillgänglig på www.socialstyrelsen.se