

Bilaga 2. Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser

– beskrivning och jämförande analys
av patientsäkerhetsberättelser
för åren 2010 och 2011

Siw Carlford, Kerstin Roback, Per Nilsen
Linköpings universitet

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.

Artikelnr Bilaga 2 till rapport 2013-4-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2013

Förord

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att presentera årliga lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet. Linköpings universitet har på uppdrag av Socialstyrelsen granskat innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser. Denna rapport beskriver en analys av de patientsäkerhetsberättelser som landstingen och regionerna sammanställt för åren 2010 och 2011. Avsikten har varit att tydliggöra vad som rapporteras i dessa berättelser, hur rapporteringen skiljer sig mellan olika landsting och regioner, och vilken utveckling som skett över tid. Rapporten riktar sig till såväl beslutsfattare, tjänstemän och verksamma inom svensk hälso- och sjukvård, som till andra som har intresse av patientsäkerhetsberättelsernas innehåll.

Linköping i januari 2013

Siw Carlford, Kerstin Roback, Per Nilsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Förkortningar och ordförklaringar</i>	8
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget	9
Målgrupp	9
Frågeställningar och syfte	9
<i>Bakgrund</i>	10
Säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården	10
Lagstiftning och krav	11
Prioriterat säkerhetsarbete och riskhantering	12
<i>Metod</i>	13
Material – landstingens och regionernas PS-berättelser	13
Analysmetod	13
Granskning av PS-berättelserna	14
Analys av PS-berättelserna	14
<i>Resultat av granskningen</i>	16
Del I: Uppgifter i PS-berättelser från samtliga landsting och regioner utom SLL	16
Del II: Uppgifter i PS-berättelser från SLL	40
Del III: Landstingsvisa jämförelser av uppgifter som redovisas i PS-berättelserna 2010–2011	46
<i>Diskussion</i>	54
<i>Referenser</i>	57

Sammanfattning

Den 1 januari 2011 trädde en ny patientsäkerhetslag i kraft i Sverige, med syfte att göra vården säkrare. Den nya patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659), ställer krav på att vårdgivare årligen sammanställer en patientsäkerhetsberättelse (PS-berättelse).

Avsikten med PS-berättelsen är att vårdgivaren lättare ska kunna ha kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom är tanken att PS-berättelsen ska göra det enklare för allmänheten att ta del av information om hur vårdgivaren arbetar med olika patientsäkerhetsfrågor.

Syftet med denna rapport är att ge en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård, med utgångspunkt i de PS-berättelser som vårdgivarna har sammanställt. Uppdraget har varit att beskriva och jämföra innehållet från landstingens och regionernas PS-berättelser för verksamhetsåren 2010 och 2011 utifrån perspektiven struktur, process och resultat.

Vid granskningen av PS-berättelserna kunde vi identifiera ett stort antal variabler som sedan kategoriserades utifrån de tre perspektiven. Variablerna sammanställdes i en matris som sedan låg till grund för det fortsatta analysarbetet. Sammanlagt granskades 57 variabler: 11 strukturvariabler, 37 processvariabler och 9 resultatvariabler.

Resultatet visar på en stor variation mellan de olika landstingen och regionerna, men också generellt på en positiv utveckling över tid. I stort sett alla landsting och regioner rapporterar fler variabler år 2011 än 2010. De som använt sig av SKL:s mall tycks i stor utsträckning ha fångat de mest relevanta variablerna. En ytterligare utveckling av mallen skulle sannolikt vara ett värdefullt stöd för samtliga vårdgivare och även underlätta vid jämförelser i framtiden.

Förkortningar och ordförklaringar

ADE (adverse drug event) = läkemedelsavvikelser

BHK (basala hygien- och klädregler)

GTT (Global Trigger Tool) = en metod för strukturerad journalgranskning

HA (händelseanalys)

HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd)

Infektionsverket = ett nationellt enhetligt IT-stöd för lokalt förbättringsarbete

KAD (kateter à demeure) = en typ av kateter som inte tas ut ur urinblåsan efter varje tömning

LÖF (landstingens ömsesidiga försäkringsbolag)

MEWS (modified early warning score) = en bedömning av vitalparametrar

NPÖ (Nationell patientöversikt)

PPM (punktprevalensmätning) = mätning av förekomst (prevalens)

PS (patientsäkerhet)

PUK-värde = mått på patientupplevd kvalitet

RA (riskanalys)

SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) = ett verktyg för strukturerad kommunikation.

Senior Alert = ett webbaserat kvalitetsregister där personer som är 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, åtgärder och resultat för fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens)

VRI (vårdrelaterade infektioner)

VRIS (vårdrelaterade infektioner ska stoppas) = ett projekt med syfte att drastiskt minska vårdrelaterade infektioner

Inledning

Denna rapport är sammanställd av forskare vid Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, på uppdrag av Socialstyrelsen.

Uppdraget

Uppdraget har varit att analysera innehållet från landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser (PS-berättelser) för verksamhetsåren 2010 och 2011, utifrån perspektiven struktur, process och resultat. I uppdraget ingick det även att jämföra hur de enskilda landstingens och regionernas berättelser utvecklats från år 2010 till år 2011.

Målgrupp

Denna rapport riktar sig till beslutsfattare, tjänstemän och verksamma inom svensk hälso- och sjukvård, samt till andra som har intresse av PS-berättelsernas innehåll.

Frågeställningar och syfte

De frågor som ställts är:

- Vad redovisas i PS-berättelserna när det gäller struktur, process och resultat för patientsäkerhetsarbetet?
- Hur skiljer sig rapporteringen i PS-berättelserna mellan de olika landstingen och regionerna?
- Hur har PS-berättelserna utvecklats från 2010 till 2011?

Syftet med denna rapport är att ge en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård med utgångspunkt i de PS-berättelser som vårdgivarna har sammanställt.

Bakgrund

Säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Patientsäkerhet har under det senaste decenniet uppmärksammats alltmer, såväl i Sverige som internationellt. Institute of Medicines rapport *To Err Is Human – Building A Safer Health System* (1999) har haft en avgörande betydelse för denna utveckling. Rapporten betonade vikten av ett systematiskt säkerhetsarbete byggt på kunskap som baserar sig på säkerhetsforskning. Rapporten ledde till större uppmärksamhet för vårdens säkerhetsfrågor och under 2000-talet har forskning och utvecklingsarbete inom patientsäkerhet ökat kraftigt.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har sedan början av 2000-talet uppmärksammat frågor kring patientsäkerhet på olika sätt. Sedan 2004 anordnas en återkommande nationell konferens med fokus på patientsäkerhet. Det pågår även en nationell satsning med åtgärdsprogram för ett antal prioriterade områden inom patientsäkerhetsarbetet.

Socialstyrelsens föreskrifter för kvalitet och patientsäkerhet från 2005 (SOSFS 2005:12, senare ersatt av SOSFS 2011:9) pekar bl.a. på ansvaret för patientsäkerhet på olika beslutsnivåer inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2005, 2011). År 2008 publicerade Läkartidningen en undersökning av antal inträffade vårdskador i Sverige (Soop et al.). Där framgick det att 8,6 procent av de patienter som vårdas inom svensk somatisk slutenvård drabbas av vårdskador. Studien underströk behovet av fortsatt satsning på patientsäkerhetsarbetet i Sverige.

Patientsäkerhetsarbetet har intensifierats i Sverige under de senaste åren, inte minst i och med att den nya lagen, PSL (2010:659), trädde i kraft 2011. Samtidigt har regeringen tillsammans med SKL inlett en satsning på prestationsbaserad ersättning till landstingen. Mellan 2011 och 2014 delar de ut medel till landsting som uppfyller ett antal grundläggande krav och uppnår tillräckligt god nivå inom specificerade områden. Satsningen omfattar totalt 2,5 miljarder kronor till och med 2014.

Lagstiftning och krav

Den nya patientsäkerhetslagen i Sverige, PSL (2010:659), trädde i kraft den 1 januari 2011. Syftet med lagen är att stimulera vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete och minska antalet vårdskador. I lagen tydliggörs att vårdgivaren har ett ansvar att göra allt som krävs för att patienter inte ska drabbas av vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att rapportera de risker de uppmärksammar.

Patientsäkerhetslagen ska på så vis utgöra en grund för en patientsäkerhetskultur, där både personal och patienter deltar i arbetet för ökad patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska vara en organisation som underlättar för personalen att arbeta på ett säkert sätt. Till exempel ska det vara svårt att av misstag använda medicinsk utrustning på fel sätt eller ge fel läkemedel.

Den nya lagen ställer också krav på att vårdgivare årligen sammanställer en patientsäkerhetsberättelse (PS-berättelse). Denna ska vara färdig senast den 1 mars året efter det verksamhetsår den omfattar. Syftet med PS-berättelsen är att underlätta för vårdgivaren att få kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom ska PS-berättelsen förenkla för allmänheten att ta del av information om hur vårdgivaren arbetar med olika patientsäkerhetsfrågor.

Enligt prop. 2009/10:210, Patientsäkerhet och tillsyn, kan PS-berättelserna även kunna underlätta Socialstyrelsens tillsyn (Socialdepartementet, 2010). PS-berättelsen beskriver vad verksamheten har gjort för att identifiera, analysera och reducera risker, tillbud och negativa händelser i vården. Den ska även innehålla de resultat vårdgivaren har uppnått i sitt patientsäkerhetsarbete. Åtgärder som ännu inte kunnat genomföras ska också beskrivas, tillsammans med en plan för genomförandet.

De första PS-berättelserna gällde verksamhetsåret 2010. Inför arbetet med PS-berättelserna för 2011 tog SKL fram en mall för berättelsernas utformning för att underlätta processen för vårdgivarna. Mallen var alltså inte tillgänglig för år 2010.

Prioriterat säkerhetsarbete och riskhantering

Under det första år som denna rapport omfattar, det vill säga 2010, fanns inga specificerade krav eller någon prestationsbaserad ersättning inom området för patientsäkerhet. Som tidigare nämnts har regeringen avsatt statliga medel för detta från och med 2011. För att få ta del av dessa medel måste landstingen och regionerna uppfylla följande grundläggande krav:

- De ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse.
- De ska ha en regional STRAMA-grupp (Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).
- De ska delta i den nationella patientenkäten.
- De ska ha tagit väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt (NPÖ).

När de fyra grundläggande kraven var uppfyllda kunde landstingen och regionerna få ersättning för att ha uppfyllt ett eller flera av följande kriterier:

- Har mätt patientsäkerhetskulturen bland minst 25 procent av hälso- och sjukvårdspersonalen. Mätningen måste ha en svarsfrekvens på minst 50 procent.
- Har mätt följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 75 procent av alla avdelningar på samtliga sjukhus inom slutenvården.
- Har mätt förekomsten av trycksår på minst 50 procent av alla avdelningar på alla sjukhus.
- Verkar för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende infektioner i öppenvården, och har minskat sin antibiotikaföreskrivning inom öppenvården med minst 10 procent av mellanskillnaden mellan antal förskrivna recept per 1000 invånare för perioden 1 oktober 2009–30 september 2010 och målet om högst 250 recept per 1 000 invånare.

Metod

Denna rapport innehåller en systematisk sammanställning och analys av de uppgifter som vårdgivarna lämnat i sina patientsäkerhetsberättelser (PS-berättelser) för 2010 respektive 2011. Enbart de uppgifter som finns i PS-berättelserna har legat till grund för rapporten. Inga andra datakällor har använts för att komplettera innehållet i de fall då uppgifter har saknats i PS-berättelserna.

Material – landstingens och regionernas PS-berättelser

Materialet bestod av de PS-berättelser som vårdgivarna sammanställt för 2010 och 2011. Berättelserna för 2010 inhämtades direkt från respektive landsting eller region, medan berättelserna för 2011 kunde inhämtas från Socialstyrelsen. För 2010 har 19 landsting och regioner levererat en sammanhållen PS-berättelse, medan en region har tillhandahållit två olika PS-berättelser från olika delar av verksamheten.

För 2011 har totalt 66 PS-berättelser lämnats in till Socialstyrelsen. Fjorton landsting och regioner har lämnat in en sammanhållen PS-berättelse, medan de övriga sju lämnade in mellan 2 och 15 olika rapporter.

Stockholms läns landsting (SLL) intar en särställning på grund av det stora antalet vårdgivare som tillhandahåller vård inom landstinget. SLL hänvisar därför till respektive vårdgivare. Vi har valt att kontakta tio av de största vårdgivarna inom SLL för att få ta del av deras PS-berättelser för 2010, och inhämtat motsvarande PS-berättelser för 2011 från Socialstyrelsen. PS-berättelserna från SLL har analyserats och redovisas separat.

Analysmetod

I uppdraget ingick att analysera PS-berättelserna utifrån perspektiven struktur, process och resultat. Denna modell presenterades av Donabedian (1980) för att studera olika aspekter av kvalitet och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården. Modellen benämns ofta Donabedians triad.

Med struktur menar Donabedian de omständigheter och förutsättningar under vilka vården ges, t.ex. lokaler och utrustning, men också administrativa förhållanden som påverkar vården.

Med process avser Donabedian de åtgärder och aktiviteter som genomförs för att uppnå målen, t.ex. ett systematiskt arbete för att uppnå hög patientsäkerhet.

Med resultat syftar Donabedian på konsekvenserna av strukturen och processen. Detta kan oftast mätas på patientnivå, såsom behandlingsresultat och i vilken mån patienterna blivit nöjda. I Donabedians modell betraktas resultat som en beroende variabel, medan struktur och process är oberoende vari-

abler, d.v.s. de utgör faktorer som kan vara orsak till förändringar i den beroende variabeln.

Donabedians modell har använts på följande sätt i denna rapport:

- Struktur innebär de förutsättningar som finns för en patientsäker vård, t.ex. hur PS-arbetet är organiserat och användningen av olika typer av stödsystem.
- Process syftar till hur vårdgivaren utför PS-arbetet, t.ex. olika aktiviteter och åtgärder för förbättrad patientsäkerhet. Process innefattar också mätningar av olika faktorer som påverkar patientsäkerheten.
- Resultat mäter vårdgivarna i detta fall framför allt på patientnivå med hjälp av olika mått relaterade till patientsäkerhet, till exempel punktprevalens av vårdrelaterade infektioner (VRI) och förekomst av trycksår.

Granskning av PS-berättelserna

Vi genomförde arbetet med att granska landstingens och regionernas PS-berättelser i en iterativ process. Inledningsvis gjordes en översiktlig granskning av PS-berättelserna som resulterade i ett stort antal möjliga variabler inom de tre perspektiven, struktur, process och resultat. Vi sammanställde dessa variabler i tre matriser som sedan låg till grund för det fortsatta analysarbetet.

Textmaterialet fördelades mellan tre granskare som läste och förde in alla uppgifter som uppfattades som relevanta i den gemensamma matrisen. Uppgifter som inte kunde sorteras in under de tidigare föreslagna variablerna resulterade i ett tillägg av kompletterande variabler. Vi hade flera möten för att säkerställa enhetlighet i analysen och redovisningen, samt för att bekräfta de beslut som fattades i analysprocessen.

Då ett landsting eller en region hade lämnat in flera PS-berättelser från sina verksamheter gjorde vi en syntes av dessa. Vi förde alltså endast in *en* uppgift för vart och ett av landstingen och regionerna i matrisen. Ett undantag var SLL, där vi valde att analysera tio PS-berättelser från 2010 och tio från 2011. Dessa har vi fört in i egna matriser och sedan analyserat separat.

Vi gjorde en ny genomgång av variablerna då uppgifterna från alla PS-berättelser förts in i matriserna. Då uteslöt vi ett antal variabler som vi inte ansåg bidra med någon väsentlig och jämförbar information.

Analys av PS-berättelserna

Vi gjorde en sammanställning av alla uppgifter i matrisen för att kunna jämföra landstingens och regionernas PS-berättelser och analysera utvecklingen över tid. Detta gav en överskådlig bild av hur stor andel av PS-berättelserna som innehöll uppgifter inom struktur, process och resultat.

Det är viktigt att påpeka att noteringen ”ingen uppgift” i en tabell endast betyder att det saknas information om en variabel i landstingets eller regionens PS-berättelse. Verksamheten, aktiviteten, instrumentet, mätningen eller motsvarande *kan* alltså förekomma, men den har inte redovisats i PS-berättelsen. Vår sammanställning och analys bygger uteslutande på de uppgifter som tagits med i PS-berättelserna.

Under de båda rubrikerna *Struktur* och *Process* fanns ett antal variabler som enkelt kunde besvaras med ja eller nej. Dessa har i redovisningen betraktats som "hårda" variabler, medan variabler som ansågs kräva mer förklarande text, betraktas som "mjuka".

Under rubriken *Struktur* har vi även valt att redovisa organisationen av PS-arbetet mera detaljerat. Denna redovisas i form av det antal landsting och regioner som anger att de har en PS-enhet eller PS-avdelning, samt med exempel på hur övriga landsting och regioner beskriver att verksamheten är uppbyggd.

När det gäller resultatvariablerna redovisar vi hur många av landstingens och regionernas PS-berättelser som innehåller vissa uppgifter. Som exempel kan nämnas mätningen av trycksårshänsyn, där redovisningen visar hur många PS-berättelser som innehåller resultat från dessa mätningar. Antalet mätningar som genomförts (dvs. själva mätaktiviteten) återfinns däremot som en processvariabel. Vi har inte gjort någon jämförelse av mätresultaten i de olika landsting och regionerna, men några mätresultat som kan anses vara av intresse för en nationell jämförelse redovisar vi i tabell 4.

I uppdraget ingick även att jämföra hur enskilda landstings och regioners PS-berättelser har utvecklats över tid. Detta gör vi dels i form av översiktstabeller, dels genom exempel från några landsting och regioner med en beskrivning av hur deras respektive PS-berättelser har utvecklats mellan år 2010 och 2011.

I resultatdelen beskrivs analysresultatet såväl i text som i form av figurer och tabeller. Analysen av PS-berättelserna från de tio vårdgivarna inom SLL har vi gjort på ett liknande sätt, men inte fullt så detaljerat.

Resultat av granskningen

I del I, under rubrikerna Struktur, Process och Resultat, redovisas uppgifter från samtliga landsting och regioner utom SLL. Motsvarande uppgifter från SLL redovisas i del II. I del III presenteras jämförelser mellan landstingen.

Del I: Uppgifter i PS-berättelser från samtliga landsting och regioner utom SLL

Varierande struktur för PS-arbetet

På grund av strukturvariablernas varierande karaktär redovisar vi dessa i tre delar:

- Organisationen av patientsäkerhetsarbetet (PS-arbetet) visas i tabell 1.
- Variabler som kan besvaras i termer av om strukturen förekommer eller ej redovisas i en figur för respektive variabel.
- Strukturvariabler som kräver närmare specificering beskrivs i tabell 2.

När det gäller organisationen av PS-arbetet, anger sju landsting och regioner 2010 och åtta landsting och regioner 2011 att de har en PS-enhet eller en PS-avdelning. En av PS-berättelserna ger ingen uppgift om organisationen och de övriga beskriver en rad olika sätt att organisera arbetet, vilket framgår av tabell 1.

Ett antal strukturvariabler bedömde vi som möjliga att rapportera enbart utifrån om de förekommer eller ej. Dessa variabler är att ett landsting eller en region anger att de

- har en STRAMA-grupp
- har en organisation för hygienarbete
- har ett digitaliserat avvikelshanteringssystem
- har infört nationell patientenkät (NPÖ)
- har infört IT-stödet Infektionsverktyget
- är anslutna till det webbaserade kvalitetsregistret Senior Alert eller motsvarande
- har ett system för att upptäcka och omhänderta svårt sjuka patienter, t.ex. MEWS.

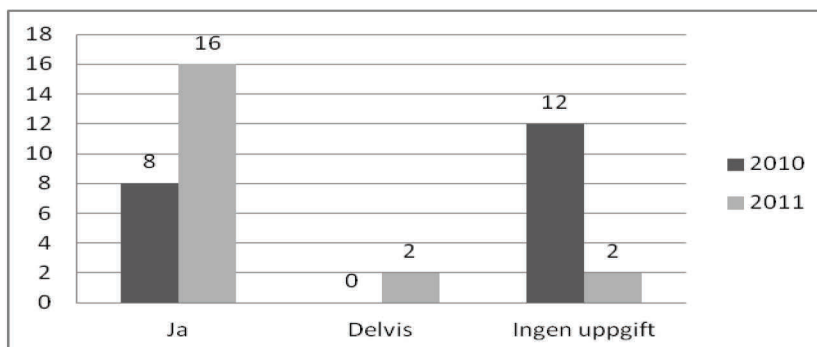
Noteras bör dock att även om ett landsting eller en region anger att någon av ovanstående strukturer förekommer, innebär det inte nödvändigtvis att den finns på alla relevanta enheter. Att ett landsting eller en region inte anger att en struktur förekommer behöver inte heller betyda att den inte förekommer alls, utan kan också innebära att man valt att inte rapportera om den i PS-berättelsen.

Tabell 1. Organisation av patientsäkerhetsarbetet 2010 respektive 2011, enligt uppgifter från landstingen och regionerna.

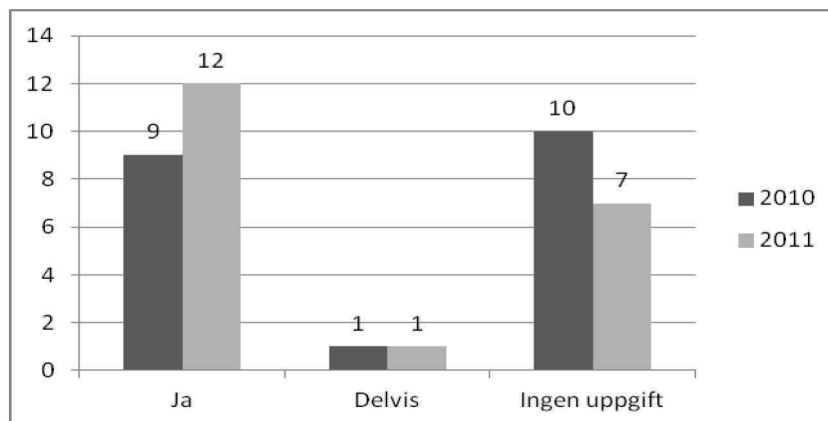
År 2010	År 2011
7 landsting/regioner anger att de har PS-enhet eller PS-avdelning	8 landsting/regioner anger att de har PS-enhet eller PS-avdelning
12 landsting anger att de organiserar arbetet på annat sätt, t.ex. genom - PS-funktion - arbete inom utvecklingsavdelningen - sjukhusgemensam styrgrupp - programmet Säker vård + chefläkaransvar - PS-råd - regional PS-samordnare - samordning inom utvecklingsstaben - kvalitets- och säkerhetssamordnare + kvalitets- och PS-grupp - PS-nätverk inom länet - nätverk för ansvariga för risk- och händelseanalyser vid regionens förvaltningar.	11 landsting anger att de organiserar arbetet på annat sätt, t.ex. genom - ansvar inom respektive verksamhetsområde - sjukhusgemensam styrgrupp - programmet Säker vård + chefläkaransvar - styrgrupp + lokala team/ombud/nätverk - PS-nätverk + medicinsk rådgivare som ansvarar för händelseanalys och riskanalys - PS-råd - regional PS-samordnare - samordning inom hälso- och sjukvårdsstaben + PS-råd + chefläkaransvar - PS-råd + lokala PS-samordnare och PS-team - chefläkare, vårdutvecklingschefer, avvikelsesamordnare och process-ledare som arbetar med PS-frågorna.
1 landsting ger ingen uppgift om organisation	1 landsting ger ingen uppgift om organisation

I figurerna 1–7 visar vi den rapporterade förekomsten av var och en av de sju nämnda strukturvariablerna. Vissa av dem ingår sedan 2011 i de grundläggande kraven för PS-arbetet, vilket också återspeglas i PS-berättelserna. Som exempel kan nämnas förekomsten av en regional STRAMA-grupp, som rapporteras i åtta PS-berättelser 2010. År 2011 rapporteras den i hela 16 PS-berättelser, och ytterligare två landsting anger att de har fattat beslut om att inrätta en. Ett annat exempel är NPÖ som hade börjat utvecklas 2010 och därför bara nämns i en PS-berättelse från det året. Året därpå, 2011, ingick ”förberedelse för införande av NPÖ” som ett grundläggande krav, och då beskriver hälften av PS-berättelserna att NPÖ är infört eller att ett införande planeras.

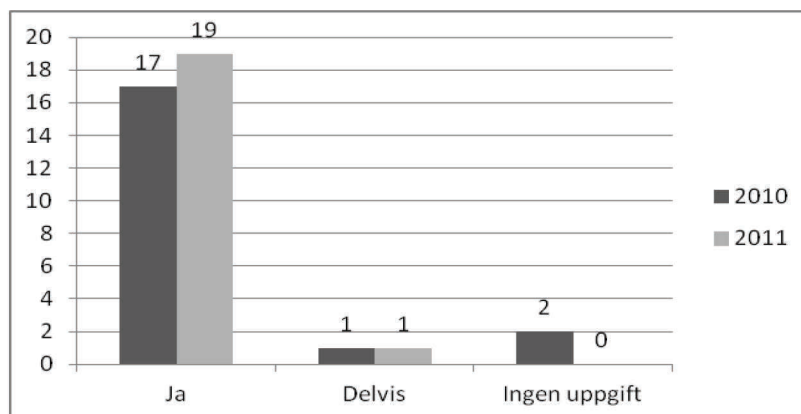
Figur 1. Antal landsting eller regioner som anger att de har en STRAMA-grupp. ”Delvis” innebär uppgift om att beslut fattats om att inrätta en sådan grupp.



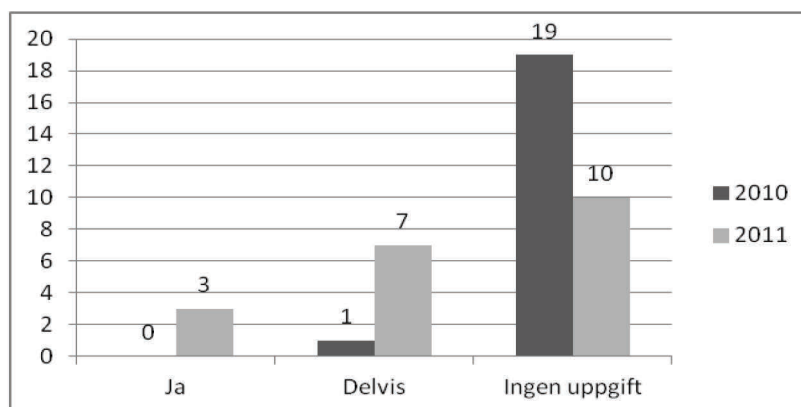
Figur 2. Antal landsting eller regioner som anger att de har en organisation för hygienarbete. "Delvis" innebär uppgift om att en sådan organisation förekommer i delar av verksamheten.



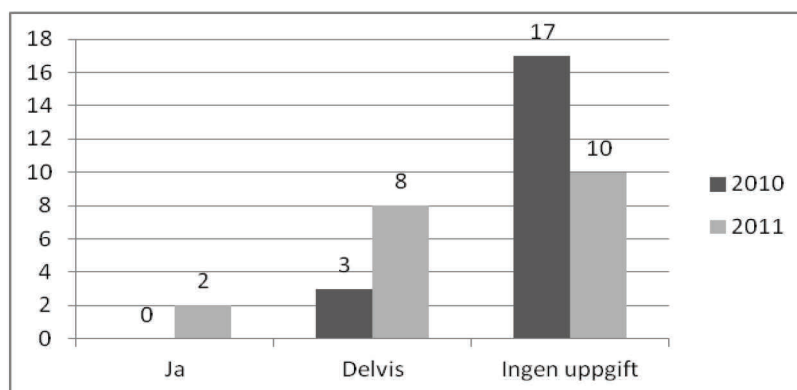
Figur 3. Antal landsting eller regioner som anger att de har ett digitaliserat avvikelssystem. "Delvis" innebär att ett sådant system saknas på någon klinik, eller är på väg att införas.



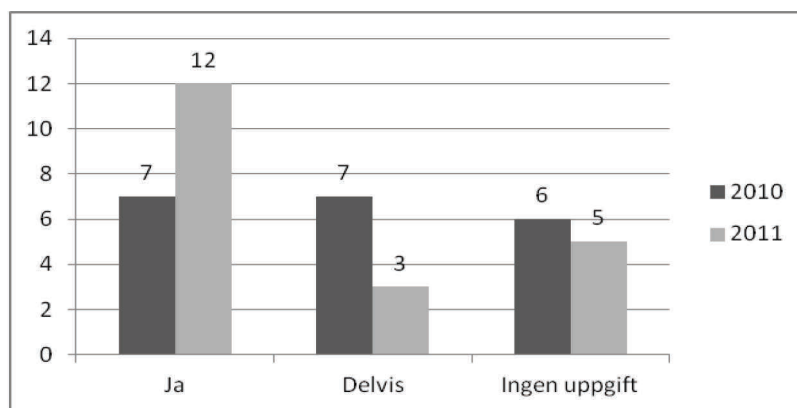
Figur 4. Antal landsting eller regioner som anger att de har infört NPÖ. "Delvis" innebär uppgift om att ett införande planeras eller har påbörjats. Detta var inte aktuellt 2010, varför det inte finns några uppgifter om användare från det året.



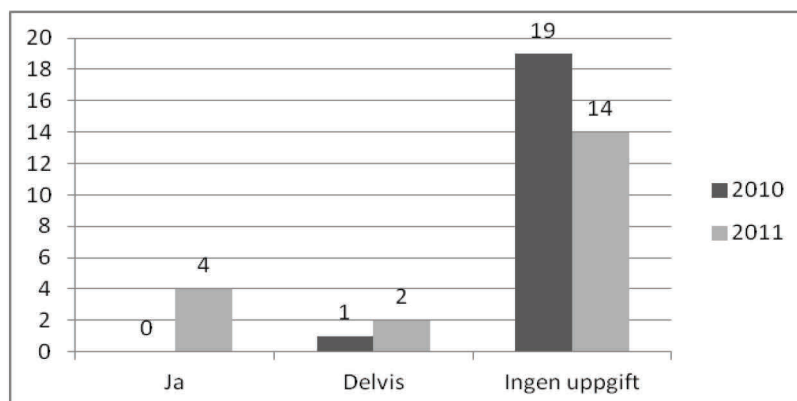
Figur 5. Antal landsting eller regioner som anger att de har infört IT-stödet Infektionsverket. "Delvis" innebär uppgift om att ett införande har påbörjats.



Figur 6. Antal landsting eller regioner som uppger att de är anslutna till Senior Alert (eller motsvarande). "Delvis" innebär uppgift om att en anslutning inletts eller skett i delar av verksamheten.



Figur 7. Antal landsting eller regioner som uppger att de har ett system för upptäckt och omhändertagande av svårt sjuka patienter, t.ex. MEWS. "Delvis" innebär uppgift om att ett sådant system är på väg att införas eller att ett införande planeras.



Tre av strukturvariablerna bedömdes vara intressanta att specificera närmare. De tre variablerna som beskriver landstingens egna vårdgivar-

direktiv för PS-arbetet, samordning av vårdplaneringen och utbildning inom patientsäkerhet, redovisas i tabell 2.

Samordnad vårdplanering nämns i ett fåtal PS-berättelser 2010, men rapporteras av mer än hälften av landstingen 2011. Även den andel som börjat använda IT-system för att samordna vårdplaneringen har ökat. År 2011 anger 19 landsting att de har ett digitaliserat system för avvikelshantering, medan det tjugonde landstinget uppger att ett sådant är på väg att införas. Även rapporteringen av systematisk utbildning inom PS-området har ökat från 2010 till 2011.

Tabell 2. Strukturvariabler med precisering, utifrån hur det beskrivs i PS-berättelserna.

År 2010	År 2011
Har egna vårdgivardirektiv för PS-arbetet, eller PS-relaterade vårdkvalitetsmått	
I ett fåtal PS-berättelser anges landstingens egna fastställda kvalitetsmål, att patientsäkerhetsuppdraget ingår i förvaltningsuppgifterna eller att patientsäkerhet ingår i styrtalen.	I en PS-berättelse nämns att landstingsstyrelsen har fastställt vårdgivardirektiv för patientsäkerhetsarbetet, andra nämner fastställda kvalitetsmål kopplade till en särskild ersättning eller PS som en komponent i styrtalen. I ett landsting anges att kvalitetserättning kommer att införas under 2012.
Har IT-system för samordning av vård och vårdplanering; struktur för vårdprocess och logistik	
Några landsting/regioner nämner medicinska programgrupper för samordning och projektet Samordnad vårdplanering. Tre landsting uppger att de använder IT-system (Prator eller Meddix). Majoriteten av PS-berättelserna innehåller inga uppgifter om samordnad vårdplanering.	Samordnad vårdplanering nämns i hälften av PS-berättelserna, sex landsting/regioner använder olika IT-system som hjälp, andra hänvisar till sammanhållen journal eller till länsövergripande riktlinjer. Ett landsting anger en regional enhet som inrättats för att underlätta samordning.
Har systematisk PS-utbildning*	
Hälften av berättelserna nämner olika utbildningsinsatser inom PS. Ett landsting anger att de varje termin erbjuder grundutbildning i PS för chefer och medarbetare och ett landsting anger att alla i landstinget erbjuds säkerhetsutbildning.	15 av PS-berättelserna nämner utbildningsinsatser inom PS. Flera landsting ger systematisk utbildning till nya chefer och till ST- och AT-läkare, och ett landsting anger att de regelbundet, varje termin, anordnar utbildning för chefer och medarbetare.

* För att förekomst av PS-utbildning ska betraktas som en strukturvariabel ska utbildningen vara inrättad som en återkommande insats för att systematiskt utbilda medarbetare i patientsäkerhetsfrågor.

Många olika processer inom patientsäkerhetsarbetet

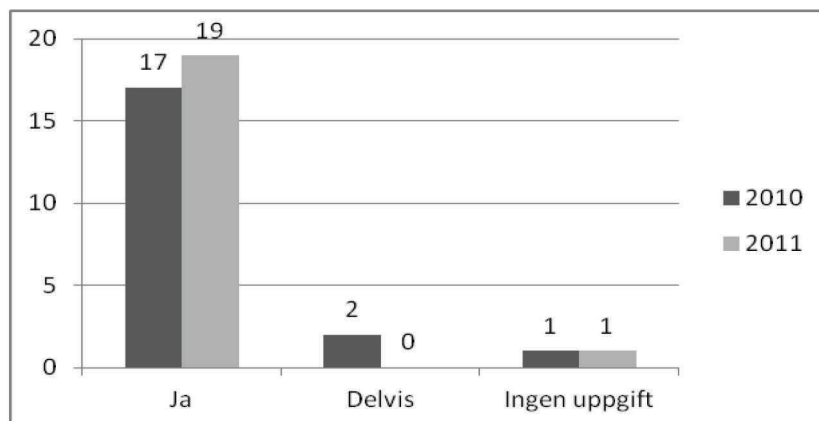
Även processvariablerna har olika karaktär och redovisas därför på olika sätt. De variabler som vi har bedömt kunde besvaras med ”ja”, ”nej” eller ”delvis” är om landstingen och regionerna

- anger att de arbetar med händelseanalyser
- uppger antalet genomförda händelseanalyser
- anger att de arbetar med riskanalyser
- uppger antalet genomförda riskanalyser
- anger att de arbetar med strukturerad journalgranskning, t.ex. Global Trigger Tool (GTT)
- uppger antalet genomförda journalgranskningar
- anger att de arbetar med SBAR eller något annat system för strukturerad kommunikation
- anger att de använder Världshälsoorganisationen WHO:s checklista för säker kirurgi
- anger att de deltar i den nationella patientenkäten
- anger att de mäter PS-kulturen
- anger att de mäter följsamheten till basala hygien- och klädregler (BHK)
- uppger antalet mätningar av följsamhet till BHK
- anger uppmätt följsamheten till BHK (i procent)
- anger att de mäter förekomsten av trycksår
- uppger antalet mätningar av förekomsten av trycksår
- anger att de deltar i nationella punktprevalensmätningar (PPM) av vårdrelaterade infektioner (VRI)
- uppger antalet mätningar av punktprevalens av VRI
- anger att de mäter läkemedelsavvikelser (*adverse drug event*, ADE)
- anger att de arbetar aktivt med minskning eller optimering av antibiotikaförskrivning
- anger att de arbetar med hygienronder eller liknande
- anger att de arbetar med läkemedelsavstämningar eller läkemedelsgenomgångar
- anger att de använder PS-dialoger eller PS-ronder
- uppger antalet avvikelseärenden
- uppger antalet lex Maria-anmälningar.

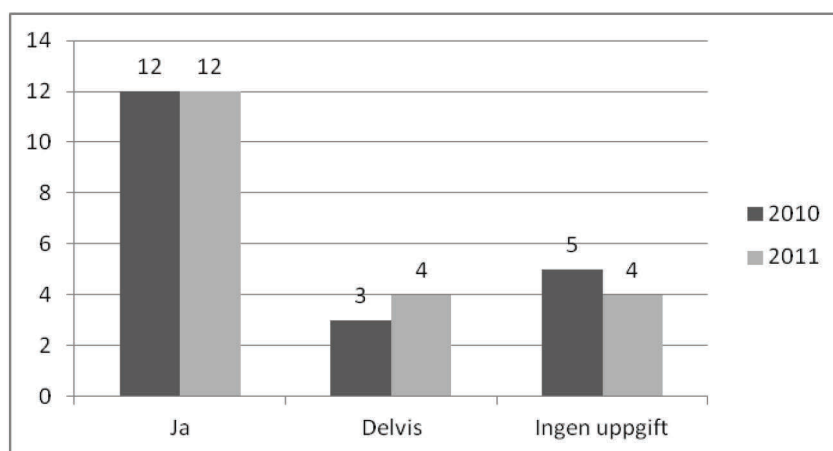
Ovanstående variabler redovisas i figurerna 8–31, där det framgår i vilken mån uppgifterna förekommer i PS-berättelserna för de båda åren som vi har studerat. Här kan nämnas att i stort sett alla landsting och regioner anger att de arbetar med såväl händelseanalyser som riskanalyser. När det gäller riskanalyserna har en ökning skett mellan 2010 och 2011. Även deltagandet i den nationella patientenkäten har ökat över tid: sju landsting och regioner

uppger att de deltar 2010 och 16 landsting och regioner att de deltar 2011. Samtliga landsting och regioner uppger att de mäter PS-kultur och följsamhet till BHK år 2011. Vidare uppger alla att de mäter förekomst av trycksår 2011, jämfört med hälften av landstingen och regionerna år 2010. Få PS-berättelser anger hur ofta mätningar av t.ex. trycksårsförekomst eller punktprevalens av VRI genomförs.

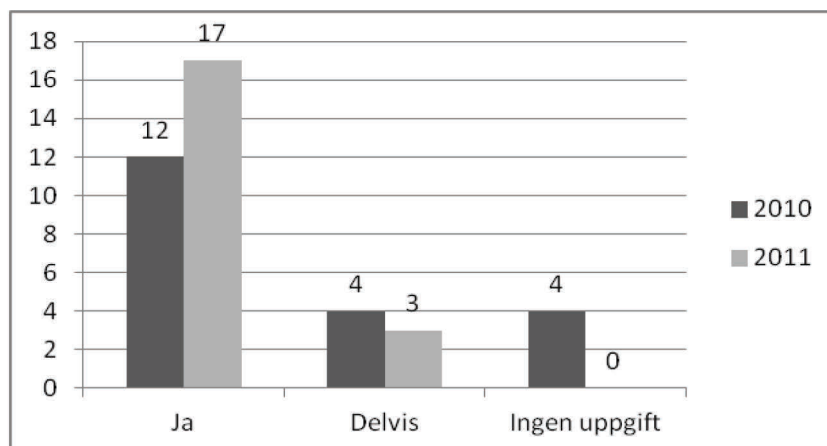
Figur 8. Antal landsting eller regioner som uppger att de arbetar med händelseanalyser. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



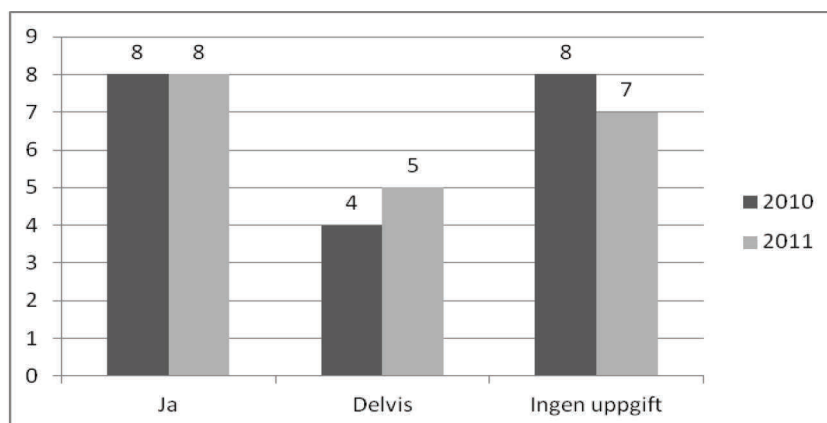
Figur 9. Antal landsting eller regioner som uppger antal genomförda händelseanalyser. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



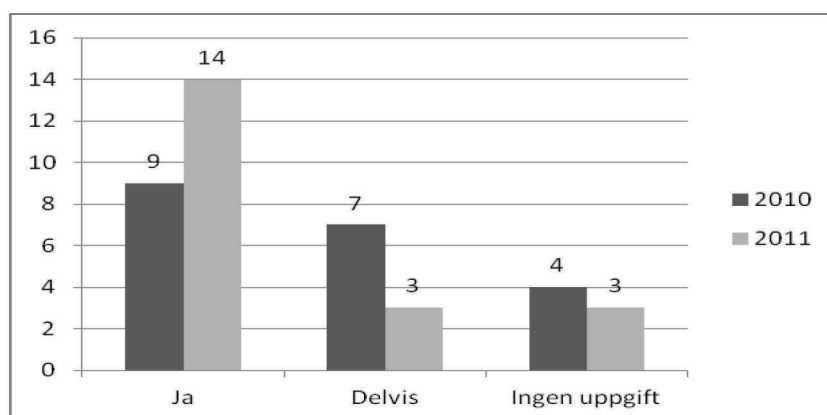
Figur 10. Antal landsting eller regioner som uppger att de arbetar med riskanalyser. "Delvis" innebär att arbetet påbörjats eller att uppgift finns från delar av verksamheten.



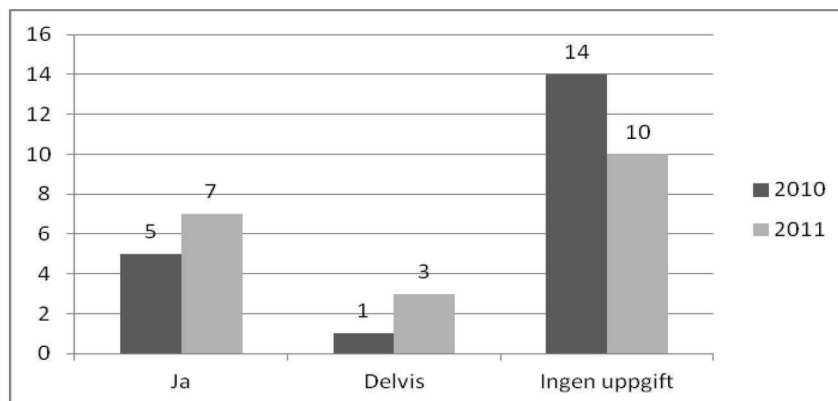
Figur 11. Antal landsting eller regioner som uppger antal genomförda riskanalyser. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



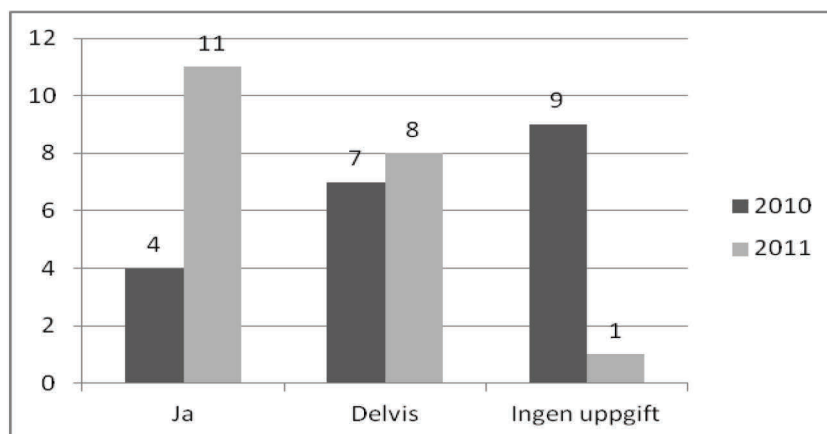
Figur 12. Antal landsting eller regioner som anger att de arbetar med strukturerad journalgranskning, t.ex. GTT. "Delvis" innebär att uppgift finns om att arbetet har påbörjats eller börjat införas, eller att uppgift finns från delar av verksamheten.



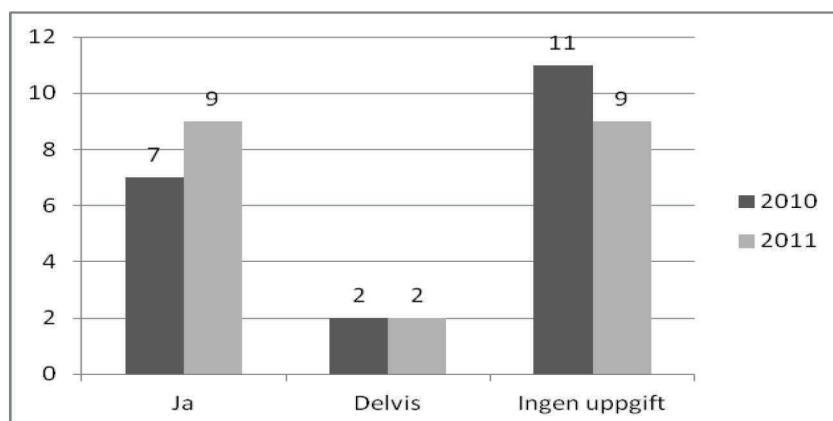
Figur 13. Antal landsting eller regioner som uppger antal genomförda journalgranskningar. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



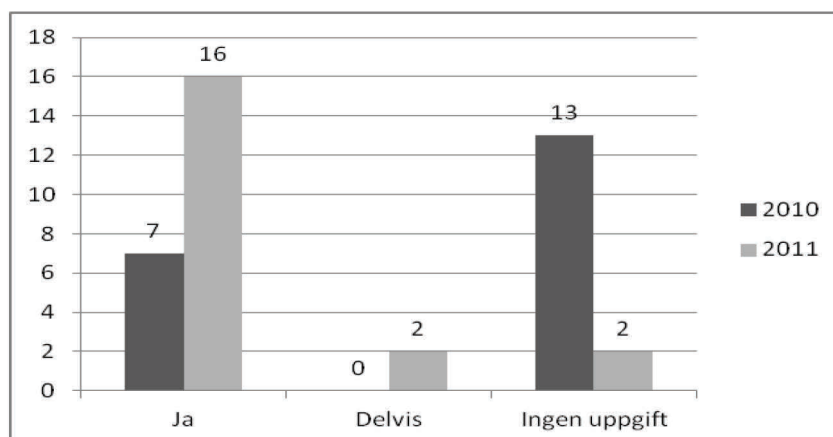
Figur 14. Antal landsting eller regioner som anger att de arbetar med SBAR eller något annat system för strukturerad kommunikation. "Delvis" innebär uppgift om att arbetssättet börjat införas, eller uppgift från delar av verksamheten.



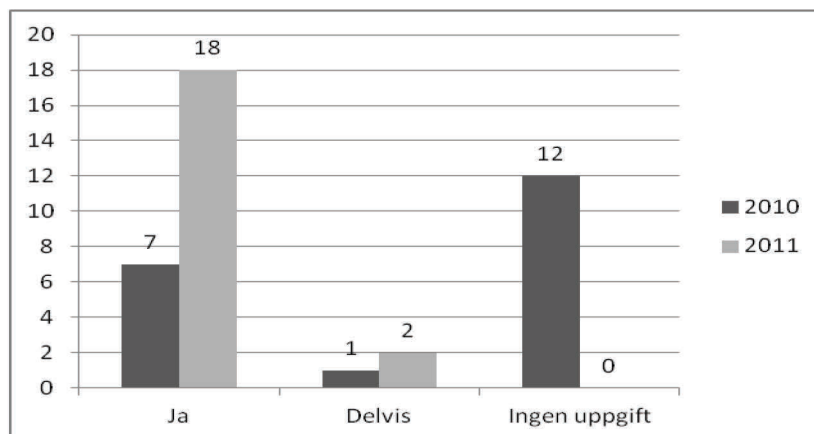
Figur 15. Antal landsting eller regioner som anger att de använder WHO:s checklista för säker kirurgi. "Delvis" innebär uppgift om att checklistan är på väg att införas eller inte används i alla relevanta delar av verksamheten.



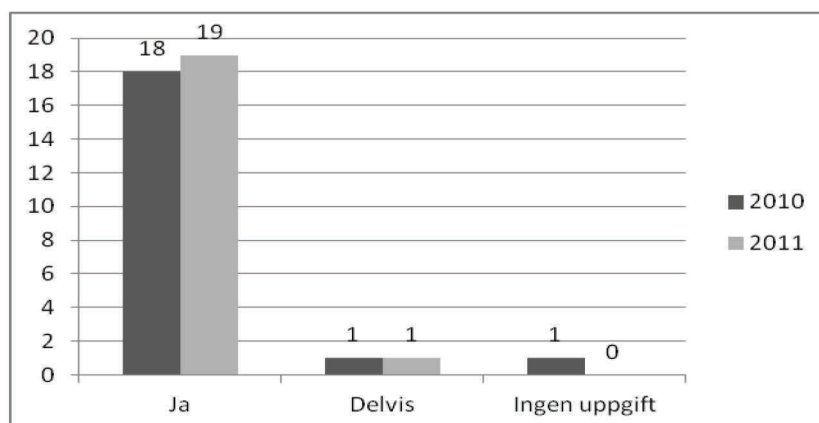
Figur 16. Antal landsting eller regioner som anger att de deltar i den nationella patientenkäten. "Delvis" innebär oklar uppgift eller att deltagandet bara är partiellt.



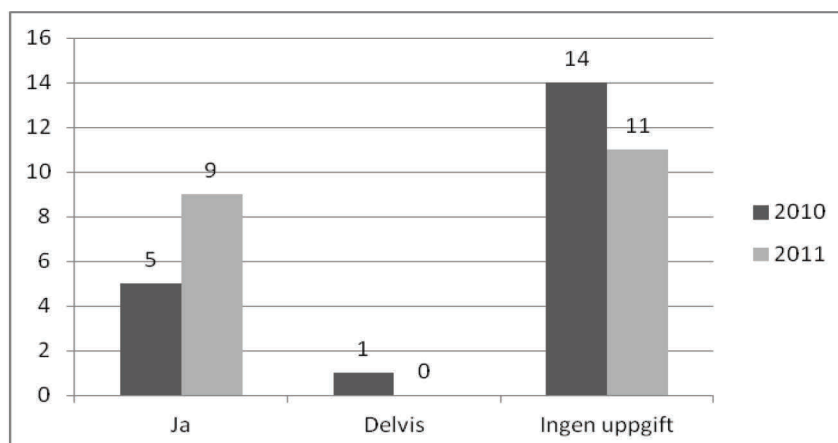
Figur 17. Antal landsting eller regioner som anger att de mäter patientsäkerhetskultur. "Delvis" innebär att uppgift om mätning av PS-kulturen finns från delar av verksamheten.



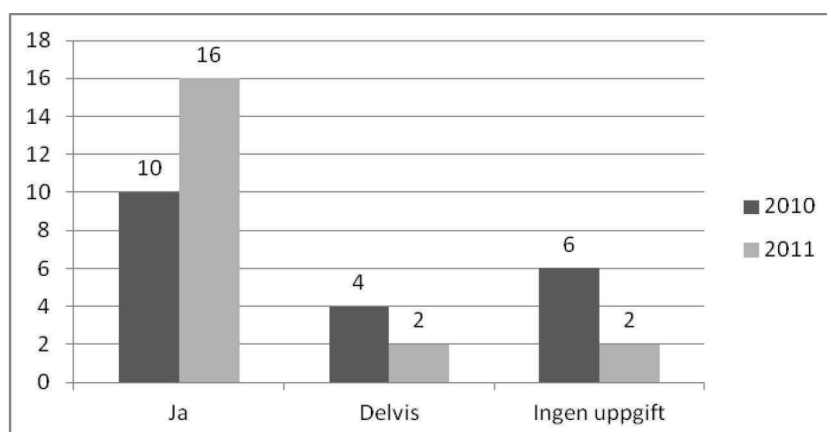
Figur 18. Antal landsting eller regioner som uppger att de mäter följsamhet till BHK. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



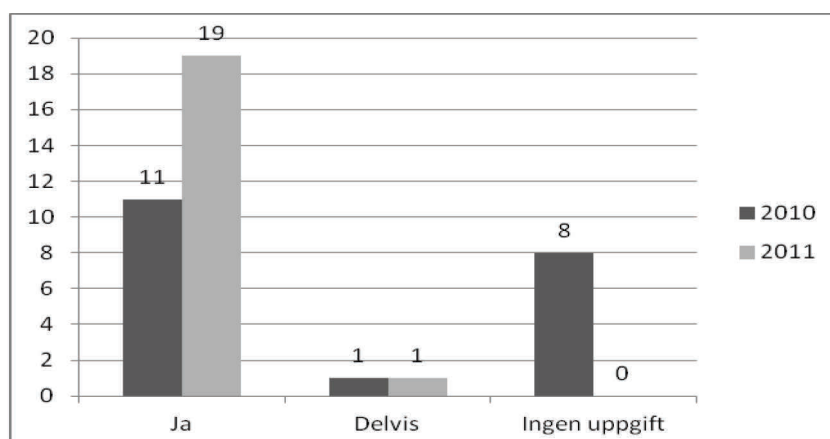
Figur 19. Antal landsting eller regioner som uppger antal genomförda mätningar av följsamhet till BHK. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten. Antalet mätningar varierar mellan 2 och 12 ggr/år.



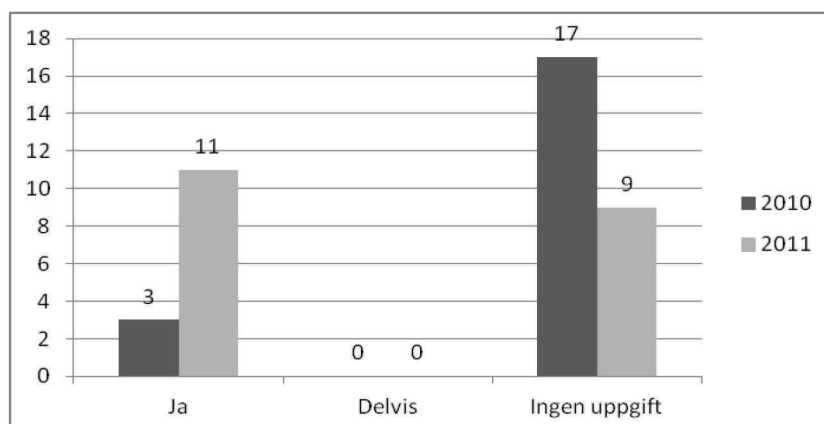
Figur 20. Antal landsting eller regioner som uppger uppmätt följsamhet till BHK i procent. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



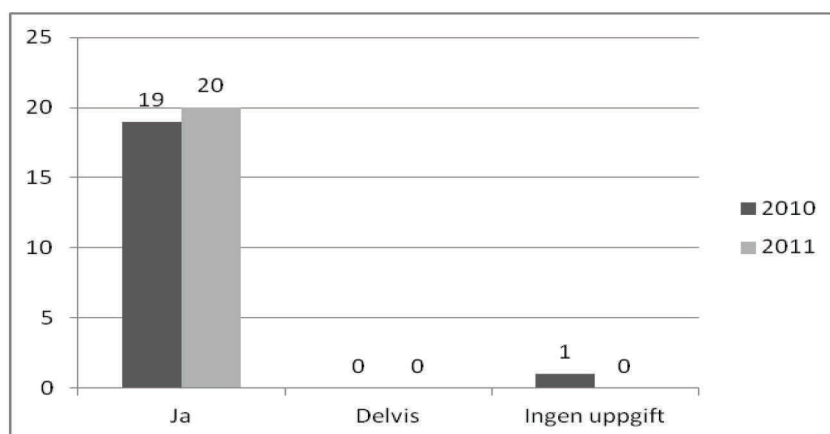
Figur 21. Antal landsting eller regioner som anger att de mäter förekomst av trycksår. "Delvis" innebär att uppgift bara finns från delar av verksamheten



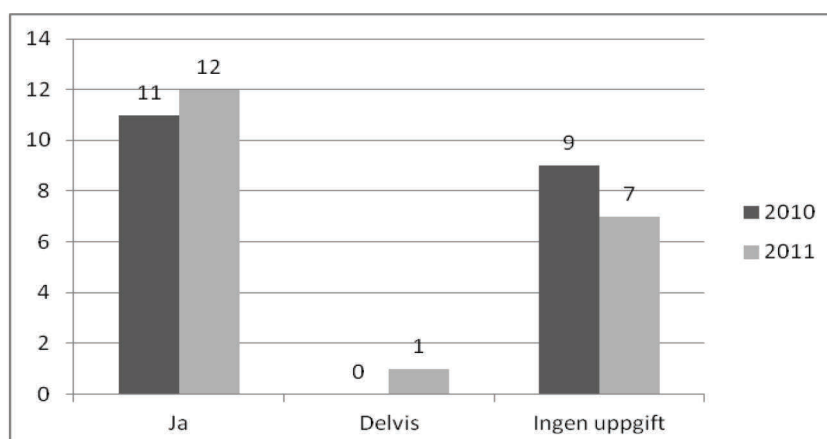
Figur 22. Antal landsting eller regioner som uppger antal mätningar av förekomst av trycksår. Antalet mätningar varierar mellan 1 och 4 ggr/år.



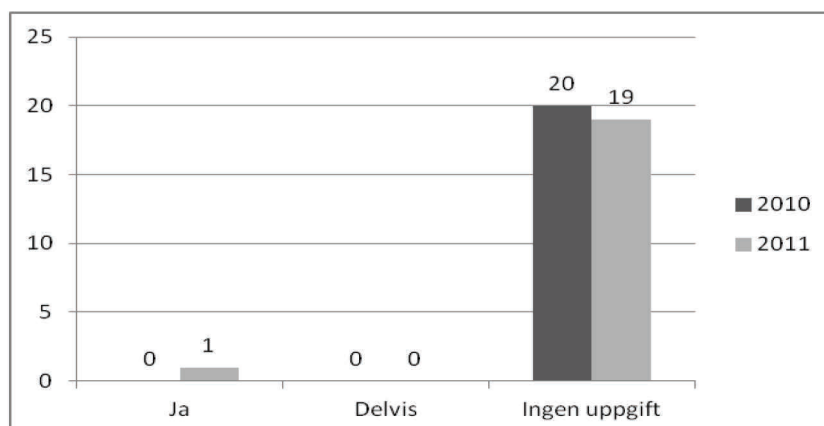
Figur 23. Antal landsting eller regioner som anger att de deltar i nationell punktprevalensmätning (PPM) av VRI



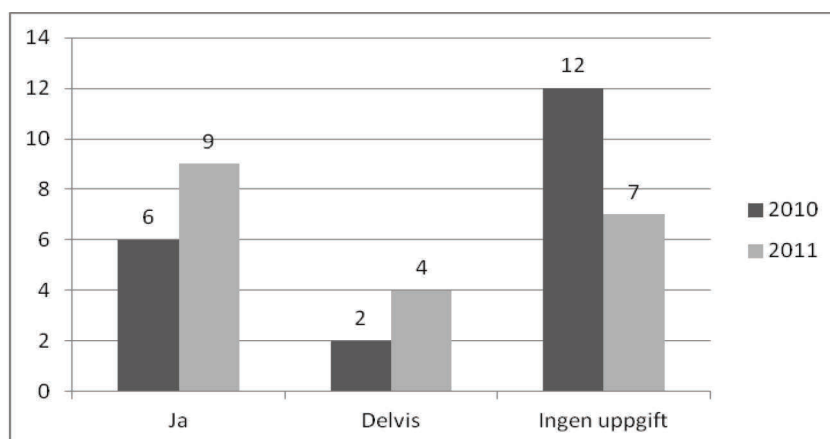
Figur 24. Antal landsting eller regioner som uppger antal mätningar av punktprevalens av VRI. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten. Antalet mätningar varierar mellan 2 och 12 ggr/år.



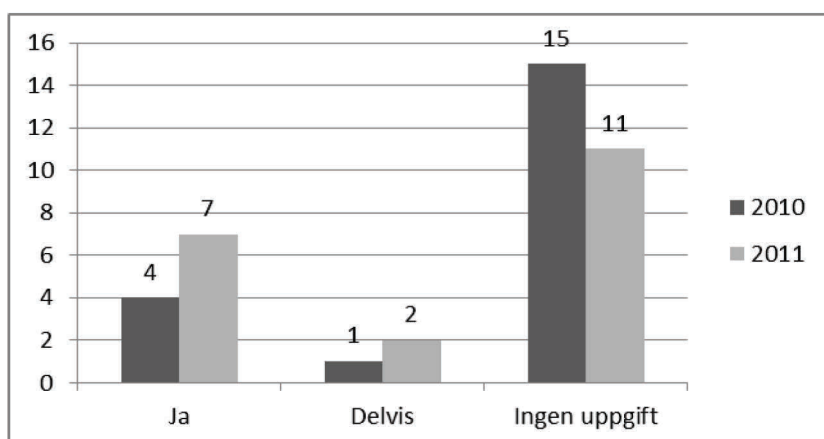
Figur 25. Antal landsting eller regioner som anger att de mäter läkemedelsavvikelser (ADE).



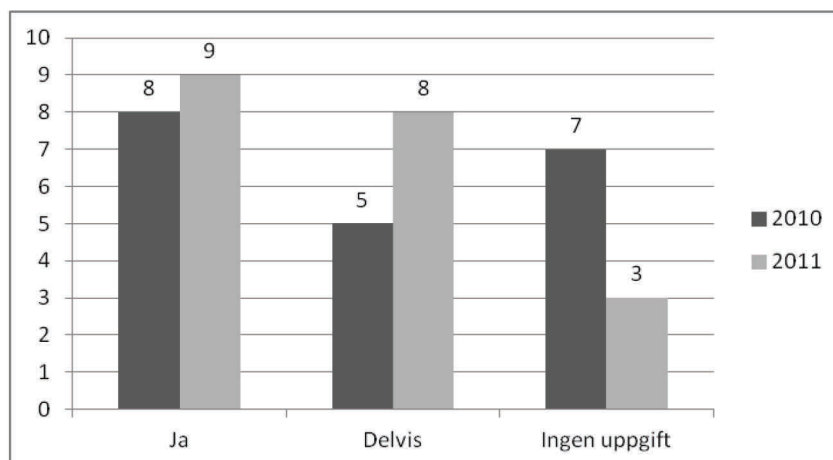
Figur 26. Antal landsting eller regioner som anger att de arbetar med minskning eller optimering av antibiotikaförskrivning. "Delvis" innebär att uppgift bara finns från delar av verksamheten.



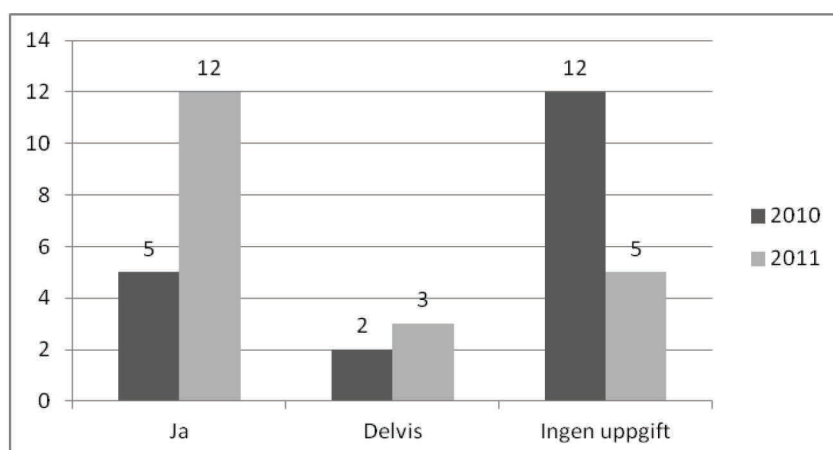
Figur 27. Antal landsting eller regioner som anger att de arbetar med hygienronder eller liknande. "Delvis" innebär att uppgift bara finns från delar av verksamheten.



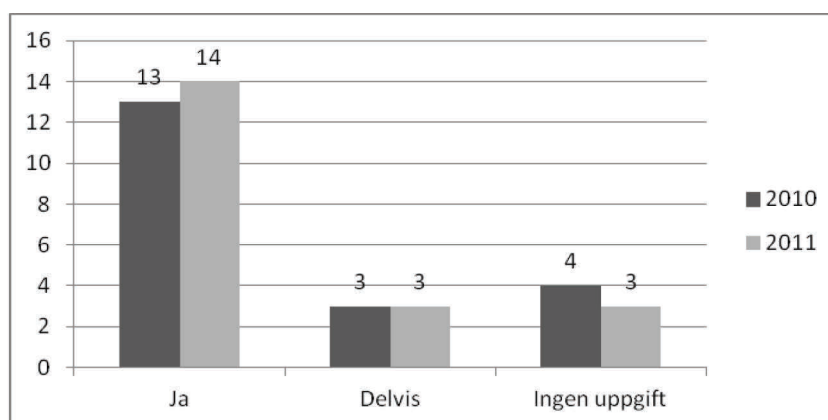
Figur 28. Antal landsting eller regioner som anger att de arbetar med läkemedelsavstämningar eller läkemedelsgenomgångar. "Delvis" innebär att uppgift bara finns från delar av verksamheten.



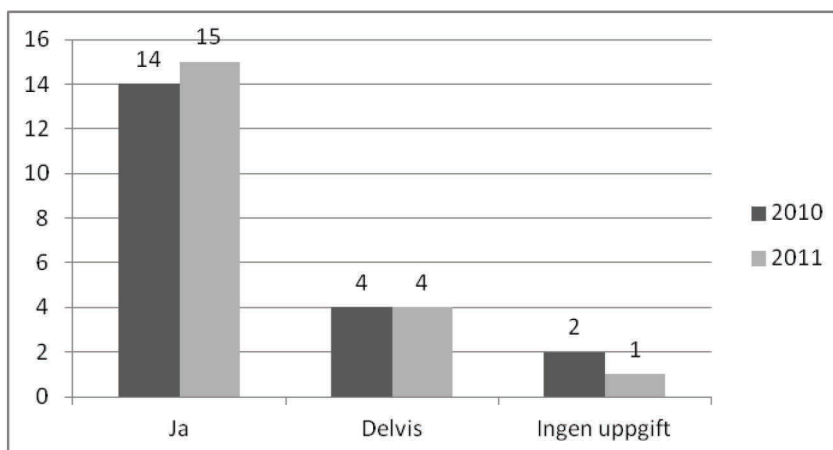
Figur 29. Antal landsting eller regioner som anger att de använder PS-dialoger eller PS-ronder. "Delvis" innebär att uppgift bara finns från delar av verksamheten.



Figur 30. Antal landsting eller regioner som uppger antal avvikelseärenden. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



Figur 31. Antal landsting eller regioner som uppger antalet lex Maria-anmälningar. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



Processvariabler som kan vara intressanta att specificera ytterligare redovisar vi i tabell 3. Bland dessa finns bland annat de sex specificerade områden där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tagit fram så kallade åtgärdspaket. Här kan påpekas att mindre än hälften av PS-berättelserna refererar till SKL:s åtgärdspaket, men däremot nämner ett stort antal av dem de olika områdena. Som exempel på en förändring mellan 2010 och 2011 kan vi nämna variabeln "förebyggande av trycksår" som tas upp i 19 av de 20 berättelserna 2011 jämfört med i 14 berättelser år 2010. En markant ökning över tid ser vi även i landstingens och regionernas rapportering av sina rutiner för att återkoppla mätresultat och rutiner för att hantera klagomål och synpunkter.

Tabell 3. Processvariabler med specificering, utifrån hur det beskrivs i PS-berättelserna.

År 2010	År 2011
Använder SKL:s sex åtgärds paket	
Sex av PS-berättelserna refererar till SKL:s åtgärds paket. Vanligare är att man beskriver de olika områdena utan att nämna SKL.	Åtta av berättelserna refererar till SKL:s åtgärds paket. Vanligare är att man beskriver de olika områdena utan att nämna SKL.
Arbetar aktivt för att begränsa spridningen av multiresistenta bakterier (MRB) och annan smitta	
Tio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Elva av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns:	Exempel som nämns:
- Många beskriver att detta ingår i hygienarbetet. - Några beskriver specifikt att de prioriterar arbetet med att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier, eller att de arbetar med att reducera förekomsten av vårdrelaterade infektioner genom insatser för att begränsa smittspridning.	- Många beskriver att detta ingår i hygienarbetet. - Speciella riskbedömningar och screening nämns, liksom landstingsövergripande aktiviteter. - Några beskriver specifikt att de prioriterar arbetet med att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier.
Förebygger postoperativa sårinfektioner	
Nio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Åtta av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns:	Exempel som nämns:
- SKL:s åtgärds paket, liksom rutiner för registrering som underlag för förbättringar. - Någon nämner att ett antal aktiviteter har genomförts.	- SKL:s journalgranskningsmall, liksom rutiner för registrering som underlag för förbättringar. - Registrering av postoperativa sårinfektioner och återkoppling till ansvariga. - Någon arbetar enligt projektet VRISS (vårdrelaterade infektioner ska stoppas).
Förebygger infektioner vid centrala venösa infarter	
Tio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Elva av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns:	Exempel som nämns:
- Checklistor, registrering av alla centrala venkatetrar (CVK) som läggs och av infektioner. - Utbildningsinsatser. - Förbättringsarbeten.	- Riktlinjer, rutiner, vårdplaner, förbättringsarbeten, registrering, uppföljning och checklistor. - Det finns en medvetenhet om att det finns potential till förbättring.
Förebygger vårdrelaterade urinvägsinfektioner och KAD-infektioner	
Åtta av berättelserna beskriver arbete inom området.	Elva av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns:	Exempel som nämns:
Olika projekt, riktlinjer och åtgärdsprogram.	- Olika projekt, riktlinjer, checklistor, förbättringsarbeten och åtgärdsprogram. - Följsamhet till lokala riktlinjer mäts.

SKL= Sveriges Kommuner och Landsting

KAD = Kateter à demeure (en typ av kateter som inte tas ut ur urinblåsan efter varje tömning).

Fortsättning: Tabell 3. Processvariabler med specificering.

År 2010	År 2011
Förebygger läkemedelsfel i vårdens övergångar	
Nio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Elva av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: Läkemedelsavstämningar, läkemedels-samordnare, handlingsplaner för läkemedel, läkemedelsmodul i journalsystemet samt standardiserad förskrivning och dokumentation.	Exempel som nämns: - Läkemedelsfel registreras, påtalas och leder till förbättringar. - Apotekare som resurs i vården, lokala system och grupper för säker läkemedels-användning och strukturerat arbete med läkemedelslistor.
Förebygger läkemedelsrelaterade problem (arbetar för en säker och ändamålsenlig förskrivning, hantering och beredning av läkemedel)	
Femton av berättelserna beskriver arbete inom området.	Sjutton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: - Gemensamma läkemedelslistor, checklistor för läkemedelsavstämning i öppen och slutten vård. - Förebyggande arbete med spädnings- och beredningskort, läkemedelsmallar i Cosmic. - Landstingsgemensam läkemedelslista. - Klinikapotekare, läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar, landstings-gemensamt läkemedelscentrum, mallar för läkemedelsdokumentation, utveckling av läkemedelsmodulen i Cosmic.	Exempel som nämns: - Checklistor, mallar, riktlinjer, granskning av avvikelser, utbildning i läkemedelsmo-dulen i Cosmic och läkemedelsdialoger. - Gemensam läkemedelslista, apotekare som kompetensstöd, läkemedels-samordnare på varje vårdcentral, lokala projekt och grupper, landstingsgemen-samt läkemedelscentrum.
Förebygger trycksår	
Fjorton av berättelserna beskriver arbete inom området.	Nitton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: - Vårdpreventivt arbete, screening och be-dömning av risk samt lokala projekt mot trycksador. - Någon efterlyser mer systematiskt arbete mot trycksador.	Exempel som nämns: - Screening och riskbedömning, standard-vårdplaner, utbildning och förbättringsar-beten. - Processledare finns i ett landsting, sats-ning på tryckavlastande madrasser i andra. - Arbetet sker inom ramen för vårdprevent-ion (fall, trycksår och nutrition).

Fortsättning: Tabell 3. Processvariabler med specificering.

År 2010	År 2011
Förebygger undernäring	
Nio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Tretton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: • Rutiner för screening och riskbedömning. • Arbetet sker inom ramen för vårdprevention (fall, trycksår och nutrition). • Strategiskt utvecklings- och uppföljningsarbete inriktat på bland annat nutrition. • Lokala projekt. • Mer systematiskt arbete behövs.	Exempel som nämns: • Screening och riskbedömning, ofta inom ramen för vårdprevention (fall, trycksår och nutrition). • Standardvårdplaner. • Förbättringsarbete, registrering och riskbedömning i kvalitetsregistret Senior alert. • Strategiskt utvecklings- och uppföljningsarbete inriktat mot bl.a. nutrition. • Expertstöd till verksamheten när det gäller bland annat fall och undernäring. • Nutritionsbedömningsinstrumentet MNA (Mini Nutritional Assessment).
Förebygger fall och fallskador	
Tretton av berättelserna beskriver arbete inom området.	Sjutton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: • Arbetet sker inom ramen för vårdprevention (fall, trycksår och nutrition). • Screening, riskbedömning, länsghemensamma program och lokala projekt. • Från ett av landstingen rapporteras att det finns en medvetenhet om att mer systematiskt arbete behövs.	Exempel som nämns: • Arbetet sker inom ramen för vårdprevention. • Screening, riskbedömning (registrering i Senior Alert), standardvårdplaner, länsghemensamma program, pågående förbättringsarbeten, utbildning och expertstöd. • Lokala projekt, t.ex. riskanalys för fall och fallförebyggande patientinformation.
Har rutiner för återkoppling av mätresultat	
Tolv av berättelserna beskriver arbete inom området.	Sexton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: • Avvikelseärenden återkopplas till respektive enhet. • Kvalitetsjämförelser och händelseanalyser leder till åtgärdsförslag. • Resultat från patientenkäter fungerar som underlag för förbättringar. • PS-dialogerna används för återkoppling. • PS-enheten ansvarar för återkoppling och uppföljning. • Systematiska utvärderingar görs efter en viss tid efter händelseanalysen.	Exempel som nämns: • Öppna jämförelser och kvalitetsregister (i flera PS-berättelser). • Avvikelseärenden återkopplas till enheterna, journalgranskning leder till återkoppling. • Händelseanalyser innehåller alltid åtgärdsförslag, man följer upp att avvikelserna leder till förbättringar. • Kontinuerlig och systematisk egenkontroll. • PS-dialoger används för återkoppling. • Intern kontroll och återrapportering behöver stärkas. • Systematiska utvärderingar görs efter en viss tid efter händelseanalyserna.

Fortsättning: Tabell 3. Processvariabler med specificering.

År 2010	År 2011
Har rutiner för hantering av klagomål och synpunkter	
Hälften av berättelserna beskriver arbete inom området.	Arton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: • Rapportering i avvikelssystemet, handläggning av t.ex. PS-samordnare, patientnämnd. • Klagomål leder ibland till händelseanalys. • Om klagomålet eller förbättringsförslaget kräver förändringar i rutiner och arbetssätt utarbetas åtgärdsförslag. • Alla enheter inom verksamheten ska ha ett tydligt handlingsprogram och avvikelssamordnare med avsatt tid för uppdraget.	Exempel som nämns: • Rapportering i avvikelssystemet, handläggning av t.ex. PS-samordnare, chefläkare, verksamhetschef och patientnämnd. • Patientklagomål tas på stort allvar av verksamhetscheferna, de leder alltid till kontakt mellan berörd verksamhetschef och patient.
Samverkan med patienter och närstående	
Nio av berättelserna beskriver arbete inom området.	Fjorton av berättelserna beskriver arbete inom området.
Exempel som nämns: • Patientmedverkan i händelseanalys och PS-dialoger. • Samarbete med intresseorganisationer. • Utvecklingsprogram för patientmedverkan.	Exempel som nämns: • Patientmedverkan i händelseanalys, riskanalys, PS-dialoger och förbättringsarbeten. • Samarbete med intresseorganisationer. • Informationskampanjer. • Patientmedverkan vid vårdplanering. • Försök med SBAR patient. • Metoden "Tänk om i 4 steg" i syfte att involvera patient och närstående i att utveckla vården. • Patientcentrum och patientforum.

SBAR= situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation (ett verktyg för strukturerad kommunikation)

Uppgifter om resultat av patientsäkerhetsarbetet

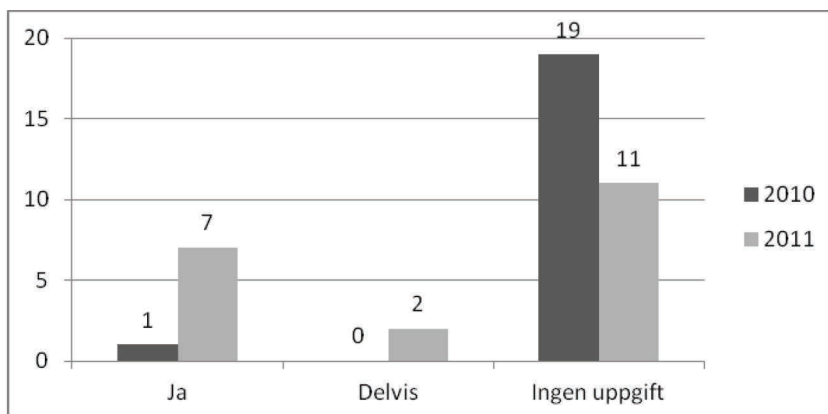
Resultatvariablerna som redovisas i figurerna 32–40 avser antalet PS-berättelser som innehåller uppgifter om respektive variabel. Ett ”ja” eller ”delvis” innebär alltså att ett landsting eller en region har skrivit något om utfallet, antingen jämfört med ett tidigare värde eller som absoluta tal. Deras uppgifter har kategoriserats som ”delvis” i de fall uppgiften är oklart beskriven, ofullständigt redovisad eller endast gäller valda delar av den relevanta verksamheten.

En uppgift som saknas i många av PS-berättelserna för båda åren är antalet anmälningar till patientskadeförsäkringen. År 2011 är det bara tre landsting eller regioner som ger en fullständig redovisning av denna variabel. Även antibiotikaförskrivning i termer av antal recept per 1 000 invånare rapporteras i låg utsträckning: tre landsting och regioner rapporterar 2010 och fyra 2011. Uppgifter som förekommer i hög utsträckning 2011 är framför allt punktprevalens av VRI och trycksårshänsyn.

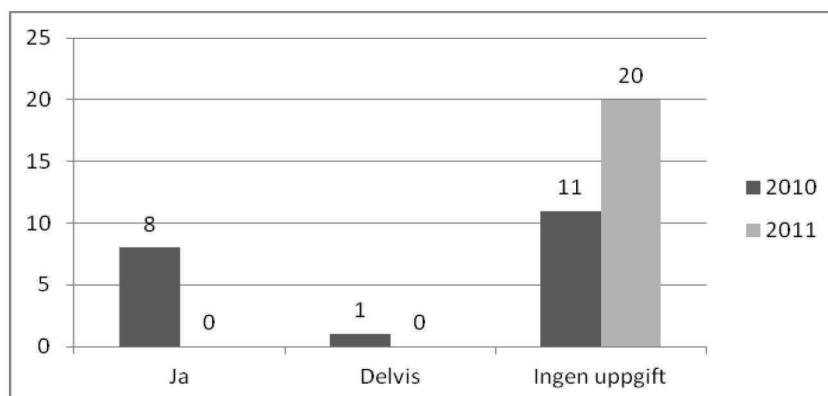
Vi har identifierat följande resultatvariabler:

- antalet klagomål från enskilda till Socialstyrelsen (variabeln tillkom i och med PSL, 1 jan 2011)
- antalet anmälningar till HSN (variabeln togs bort i och med PSL, 1 jan 2011)
- antalet anmälningar till patientnämnd eller förtroendenämnd
- antalet anmälningar till landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) eller annan patientskadeförsäkring
- antibiotikaförskrivning, mätt i antal recept per 1 000 invånare
- punktprevalens av VRI
- trycksårshänsyn
- antalet fall och fallskador
- resultat från den nationella patientenkäten, t.ex. PUK-värde (patientupplevd kvalitet).

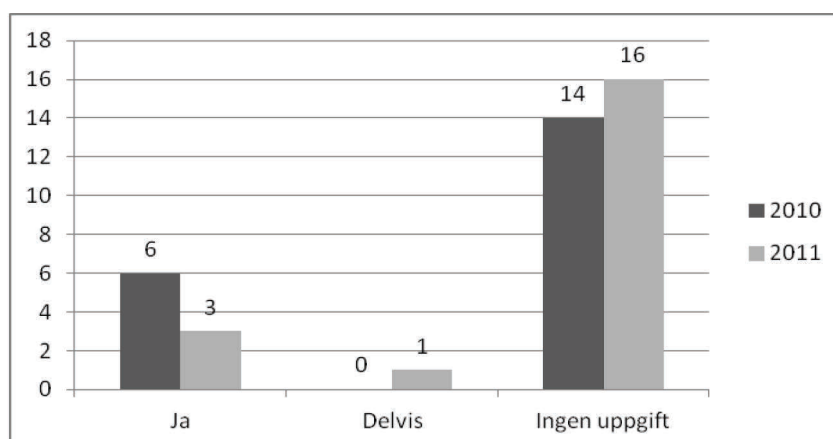
Figur 32. Antal landsting eller regioner som uppger antalet klagomål från enskilda till Socialstyrelsen. ”Delvis” innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



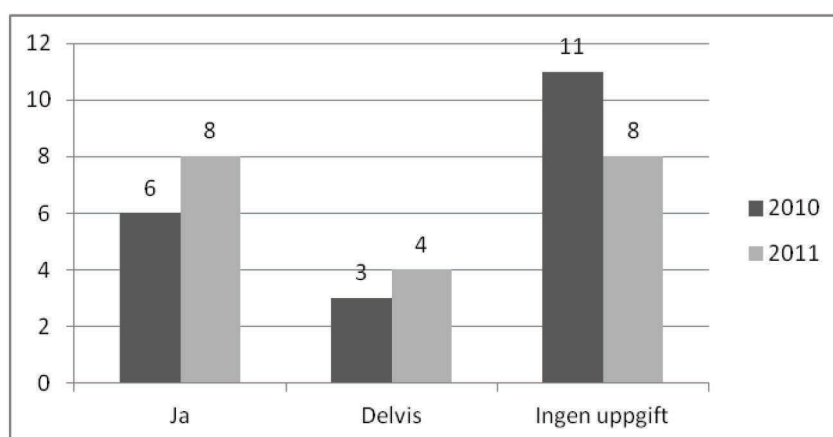
Figur 33. Antal landsting eller regioner som uppger antalet anmälningar till HSAN. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten. Ej aktuellt för 2011.



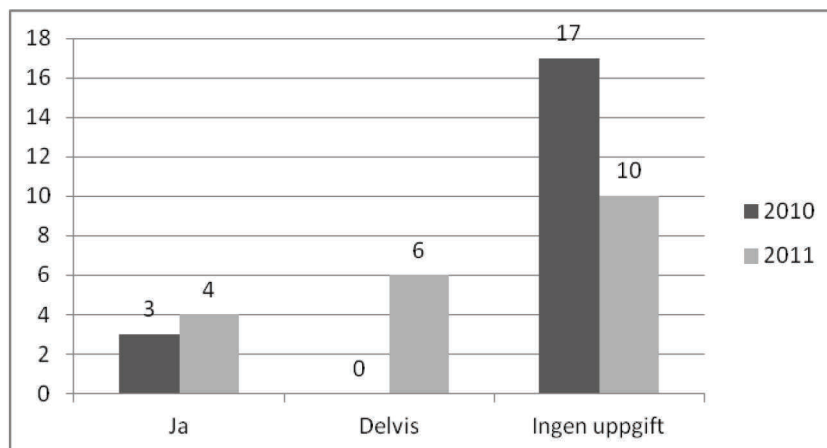
Figur 34. Antal landsting eller regioner som uppger antalet anmälningar till LÖF eller annan patientskadeförsäkring. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



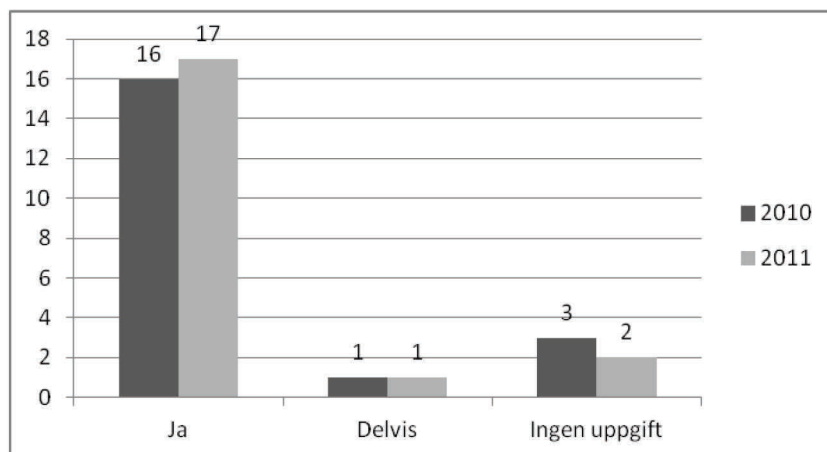
Figur 35. Antal landsting eller regioner som uppger antalet anmälningar till patientnämnd eller förtroendenämnd. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



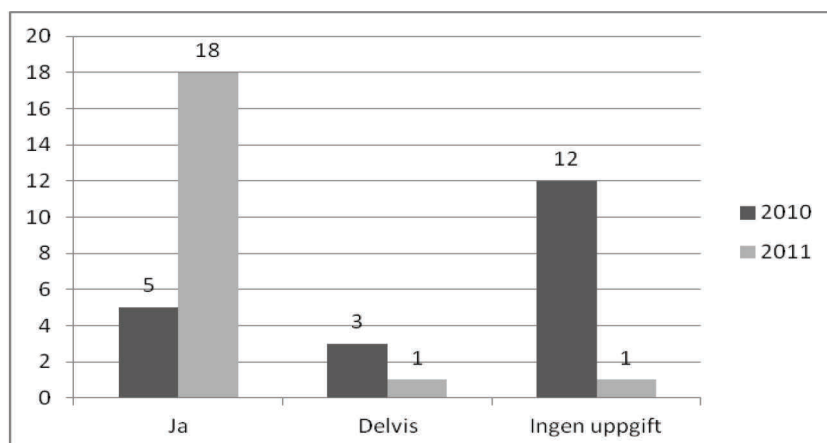
Figur 36. Antal landsting eller regioner som uppger antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



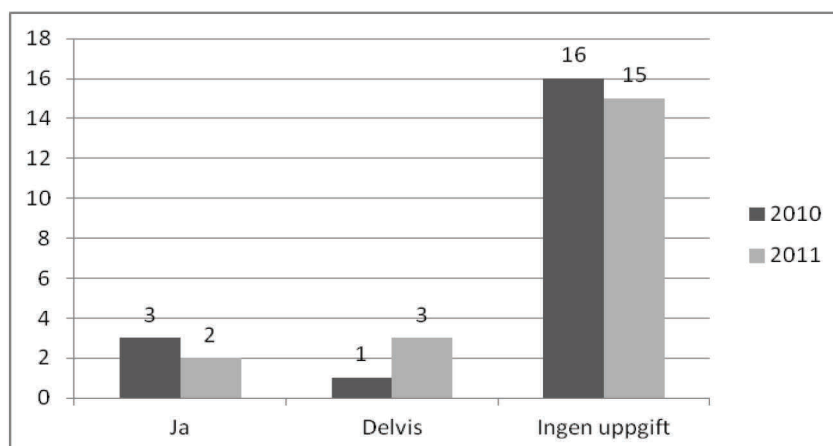
Figur 37. Antal landsting eller regioner som uppger punktprevalensen av VRI. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



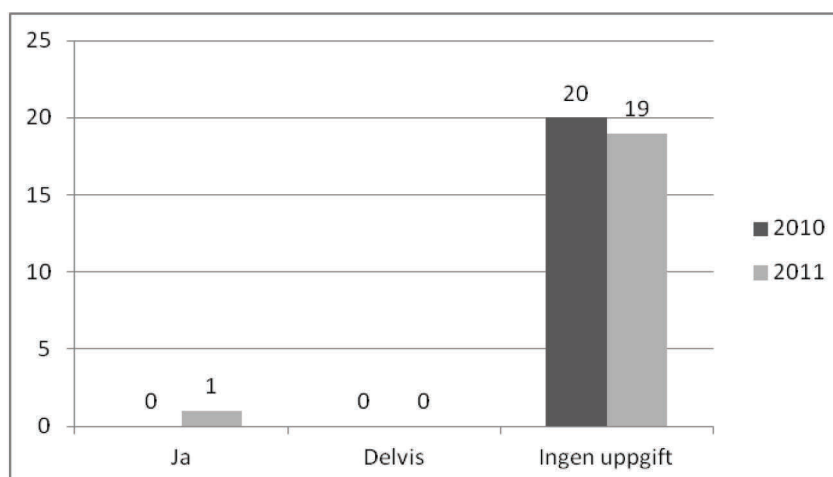
Figur 38. Antal landsting eller regioner som uppger trycksårsfrekvens. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



Figur 39. Antal landsting eller regioner som uppger antalet fall eller fallskador. "Delvis" innebär att uppgifter bara finns från delar av verksamheten.



Figur 40. Antal landsting eller regioner som rapporterar PUK-värdet från den nationella patientenkäten.



Tabell 4 visar på vilket sätt landstingen och regionerna har redovisat resultaten från de punktprevalensmätningar som genomförs i SKL:s regi. Vi kan notera en stor variation i hur resultaten redovisas och om man över huvud taget valt att ta upp detta i sin PS-berättelse. Det förekommer också avvikelser från den statistik som SKL har redovisat.

Tabell 4. Jämförelse av hur landstingen och regionerna har valt att rapporterat tre olika resultatvariabler i sina PS-berättelser 2010 och 2011.

Lands- ting/ Region	Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrbottn	Skåne	Sörmland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	V. Götaland	Örebro	Östergötland
Följsamhet BKH-regler (%)																				
2010	56	< 40	i.u.	H44 K88	i.u.	i.u.	H82 K93	80– 98	52	H75 K80	>70	i.u.	H68 K92*	42– 58	H56–84 K78–93	40	H65 K92	i.u.	H75 K95	H82 K95
2011	55	39 /53	58/ 65	47/ 52	H61 K91	57,8	H87 K100	H76 B90	60	H79 K84	70	40	H68 K92*	60	H67 K83	H57–76 K81–86	65– 85	i.u.	i.u.	H80 K96
Punktprevalens av VRI (%)																				
2010	7,5– 8,7	7,6	i.u.	9	7	3,8– 9,3	8	6–8	5,6	7,8	1– 13	i.u.	i.u.	i.u.	12,1/ 11,2	7,9*	8	10	0– 11	10,3
2011	7,6– 11,0	8,0	8,6/ 10,2	7,5/ 10	6,8/ 6,4	4,3– 11,2	6–8	8,6/ 6,9	9,1/ 8,3	9,6	9	6,8	12,5/ 19,6*	8,1	9,9/9,5	4,5–10	<5	9	i.u.	14,4
Trycksårsfrekvens (%)																				
2010	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	19,5/ 20,0	i.u.	13	13	i.u.	15,2/ 14,4	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	6–12	38*	i.u.	i.u.	8	i.u.
2011	21,5	12	10/ 15	22	15,2/ 14,4	11,3	13	8,9/ 11	24/ 17	13,9	19	12	10– 15,4	19/ 15	10,7	20	24,3/ 15,1	16	15/ 11	i.u.

Siffror åtskilda med (–) innebär olika resultat från olika delar av verksamheten. Siffror åtskilda med (/) innebär flera mätningar.

H = hygienregler, K = klädregler, i.u. = ingen uppgift

* Ett av sjukhusen

Del II: Uppgifter i PS-berättelser från SLL

Inom SLL tillhandahålls vård av ett stort antal vårdgivare som har producerat sina egna PS-berättelser. Det finns således ingen gemensam PS-berättelse för SLL.

Vi granskade tio av de PS-berättelser som de större vårdgivarna inom SLL har sammanställt. Dessa resultat redovisar vi på en något lägre detaljnivå än för de övriga landstingen och regionerna. Vi gör således ingen indelning i "hårda" och "mjuka" variabler, utan redovisar samtliga variabler som ett "ja" eller "delvis" om de nämns, oavsett hur variabeln beskrivs i PS-berättelsen. Vi jämför också antalet variabler som redovisas i de olika PS-berättelserna. I den redovisningen framgår även skillnader mellan privata och landstingsdrivna verksamheter.

Variationer i struktur för PS-arbetet

Elva variabler som beskriver hur patientsäkerhetsarbetet är strukturerat har granskats. Samtliga elva strukturvariabler redovisas i tabell 5 nedan. Kolumnen "Ja" innebär att uppgift om variabeln tydligt kan utläsas ur PS-berättelsen, "Delvis" innebär att en vårdgivare har planerat eller påbörjat införandet eller att uppgiften bara finns från delar av verksamheten. "Ingen uppgift" innebär att uppgiften saknas i PS-berättelserna.

Tabell 5. Uppgifter om hur strukturen för patientsäkerhetsarbetet ser ut, hämtade från PS-berättelser inom SLL. Antal vårdgivare som nämner respektive strukturvariabel. Totalt antal vårdgivare: tio stycken.

Strukturvariabel	År 2010			År 2011			Kommentar
	Ja	Delvis	Ingen uppgift	Ja	Delvis	Ingen uppgift	
Har PS-enhet		7	3	1	9		"Delvis" = annan organisation.
Har STRAMA-grupp	2		8	4		6	
Har organisation för hygienarbete	3		7	2		8	2 säger "nej"
Har digitaliserat system för avvikelshantering	8		2	10			
Har infört NPÖ			10		1	9	Gäller 2011
Har infört IT-stödet Infektionsverktyget			10		1	9	
Är ansluten till Senior Alert			10	1		9	.
Använder MEWS eller motsvarande		1	9	2		8	
Har egna vårdgivardirektiv för PS-arbetet	3		7	5		5	
Har IT-system för samordning av vård och vårdplanering	4		6	6		4	
Har systematisk PS-utbildning	5		5	5		5	

STRAMA= Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

NPÖ= Nationell patientöversikt

MEWS= Modified early warning score (en bedömning av vitalparametrar)

En uppgift som förekommer i låg utsträckning i PS-berättelserna är om vårdgivarna använder olika stödsystem, som Infektionsverktyget eller MEWS. Däremot har samtliga av de tio vårdgivarna år 2011 någon uppgift i sina PS-berättelser om hur de organiserar PS-arbetet. Samtliga anger även att de har ett digitaliserat system för avvikelshantering.

Skiftande rapportering av process

Totalt identifierade vi 37 processvariabler, som alltså beskriver hur de tio vårdgivarna arbetar med patientsäkerhetsfrågor. Samtliga variabler redovisas i tabell 6 nedan.

Tabell 6. Uppgifter om processer inom patientsäkerhetsarbetet, hämtade från PS-berättelser inom SLL. Antal vårdgivare som nämner respektive processvariabel.

Variabel	År 2010			År 2011		
	Ja	Delvis*	Ingen uppgift	Ja	Delvis*	Ingen uppgift
Arbetar med HA	10			10		0
Uppger antal genomförda HA:er	5		5	5		5
Arbetar med RA	9		1	10		0
Uppger antal genomförda RA:er	2		8	5		5
Arbetar med GTT eller motsvarande	2	3	5	7		3
Uppger antal journalgranskningar	3		7	5		5
Arbetar med SBAR eller motsvarande	2	2	6	3	4	3
Använder WHO:s checklista för säker kirurgi	4	1	5	5	1	4
Deltar i nationella patientenkäten	3		7	5		5
Mäter PS-kultur	2	2	6	4	3	3
Mäter följsamhet till BHK	5		5	6	1	3
Följsamhet till BHK: uppger antal mätningar	2		8	4		6
Uppger följsamhet till BHK	5		6	6		4
Mäter förekomst av trycksår	5		5	7		3
Trycksårsförekomst: uppger antal mätningar	0		10	1		9
Deltar i nationella PPM av VRI	5		5	7		3
PPM av VRI: uppger antal mätningar	4		6	5		5
Mäter läkemedelsavvikelser (ADE)	2		8	1		9
Arbetar aktivt med minskning och optimering av antibiotikaförskrivning	4		6	2		8
Arbetar med hygienronder	4		6	3		7
Arbetar med läkemedelsavstämningar/-genomgångar	3	4	3	5	3	2

* "Delvis" innebär förekomst i delar av verksamheten eller att införande pågår.

HA= Händelseanalys

RA= Riskanalys

GTT= Global trigger tool (en metod för strukturerad journalgranskning)

BHK= Basala hygien- och klädregler

PPM av VRI= Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner

Fortsättning Tabell 6. Uppgifter om olika processer inom patientsäkerhetsarbetet, hämtade från PS-berättelser inom SLL. Antal vårdgivare som nämner respektive processvariabel.

Variabel	År 2010			År 2011		
	Ja	Delvis*	Ingen uppgift	Ja	Delvis*	Ingen uppgift
Använder PS-dialoger eller PS-ronder	1		9	4		6
Uppger antal avvikelseärenden	8		2	9		1
Uppger antal lex Maria-anmälningar	7		3	9		1
Använder SKL:s sex ÅP			10	0		10
Arbetar aktivt för att begränsa smittspridning	5		5	6		4
Förebygger postoperativa sårinfektioner	2		8	1		9
Förebygger infektioner vid centrala venösa infarter	1		9	2		8
Förebygger vårdrelaterade UVI och KAD-infektioner			10	2		8
Förebygger läkemedelsfel i vårdens övergångar	1		9	3		7
Förebygger läkemedelsrelaterade problem	5		5	8		2
Förebygger trycksår	6		4	7		3
Förebygger undernäring	6		4	6		4
Förebygger fall och fallskador	6		4	7		3
Har rutiner för återkoppling av mätresultat	4		6	8		2
Har rutiner för hantering av klagomål och synpunkter	4		6	9		1
Samverkar med patienter och närstående	6		4	8		2

* "Delvis" innebär att uppgift om variabeln finns frändelar av verksamheten eller att ett införande pågår

SKL= Sveriges Kommuner och Landsting

ÅP= Åtgärds paket

UVI= Urinvägsinfektion

KAD= Kateter à demeure (en typ av kateter som inte tas ut ur urinblåsan efter varje tömning).

När det gäller processer kan noteras att samtliga tio vårdgivare båda åren uppger att de arbetar med händelseanalyser. Ingen anger att de använder SKL:s åtgärds paket, men i de flesta berättelserna nämns arbete med nutrition, trycksår och fallprevention. Rutiner för att hantera klagomål och synpunkter beskrivs i alla berättelser utom en för 2011, och samverkan med patienter och närstående lyfts i alla utom två berättelser.

PS-berättelsernas beskrivning av resultat på patientnivå

I berättelserna redovisades resultat på patientnivå i form av nio olika variabler som vi bedömde relevanta att studera. Dessa variabler redovisar vi i tabell 7 nedan. En av de variabler som förekommer år 2010, "Antal anmälningar till HSN", var inte längre aktuell 2011, varför antalet 2011 stannade

vid åtta. Alternativet ”delvis” var inte aktuellt för någon av dessa variabler, och därför uteslöt vi den kolumnen ur tabellen.

Tabell 7. Uppgifter om resultat hämtade från PS-berättelser inom SLL

Variabel	År 2010		År 2011	
	Ja	Ingen uppgift	Ja	Ingen uppgift
Uppger antal klagomål från enskilda till Soci- alstyrelsen	3	7	7	3
Uppger antal anmälningar till HSAN (endast 2010)	7	3		10
Uppger antal anmälningar till patientnämnden (tidigare förtroendenämnden)	7	3	9	1
Uppger antal anmälningar till LÖF eller annan patientskadeförsäkring	7	3	7	3
Rapporterar antibiotikaförskrivning, antal recept per 1 000 invånare		10		10
Uppger punktprevalens av VRI (%)	4	6	7	3
Uppger trycksårshänsyn (%)	4	6	3	7
Uppger antal fall eller fallskador	1	9		10
Rapporterar resultat från nationella patien- tenkäten, t.ex. PUK-värde (%).	1	9	1	9

HSAN = Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

LÖF=Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

VRI=Vårdrelaterade infektioner

PUK=Patientupplevd kvalitet

När det gäller resultatvariablerna kan påpekas att ingen av de tio PS-berättelserna från 2011 innehöll uppgifter om antibiotikaförskrivning eller antal fall och fallskador, och endast i en angav vårdgivaren sina resultat från den nationella patientenkäten. Generellt har antalet variabler som rapporteras ökat över tid, men fortfarande är det stor variation i rapporteringen.

Jämförelse mellan de olika PS-berättelserna från SLL:s vårdgivare

I tabell 8 på nästa sida visar vi antalet variabler som de olika vårdgivarna redovisar för åren 2010 respektive 2011. Av tabellen framgår också vilka vårdgivare som är privata, vilka som drivs som landstingsägda bolag och vilka som drivs av landstingsförvaltningen. Det totala antalet redovisade variabler var lägre 2011 än 2010.

Tabell 8. Antal patientsäkerhetsvariabler inom Struktur, Process och Resultat som beskrivits fullständig eller delvis i PS-berättelserna från SLL år 2010 respektive 2011.

Vårdgivare	2010	2011	Differens
Privata			
Aleris	15	19	4
Capio S:t Görans Sjukhus	24	43	19
Carema	9	17	8
Praktikertjänst	8	15	7
Landstingsägda bolag			
Danderyds sjukhus	13	37	24
Södertälje sjukhus	31	32	1
TioHundra	16	33	17
Landstingsförvaltning			
Karolinska sjukhuset	43	42	-1
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)	27	29	2
Södersjukhuset	29	32	3
Medeltal	22	30	8
Antal möjliga variabler	57	56	-1

Del III: Landstingsvisa jämförelser av uppgifter som redovisas i PS-berättelserna 2010–2011

Urval av variabler som redovisas i jämförelsen

Vi har valt ut ett antal variabler för en översiktlig jämförelse mellan de olika landstingen och regionerna. Till stor del är det samma variabler som vi i den ovanstående analysen kallat ”hårda”, dvs. utfallet är ”ja”, ”delvis” eller ”ingen uppgift”. Ett annat kriterium för urvalet är om variablerna förekommer som grundläggande krav eller kvalitetsindikatorer i 2011 års patientsäkerhetsöverenskommelse (mellan regeringen och SKL). Vi har även till viss del inkluderat kommande sådana krav och indikatorer, dels som en framförhållning inför kommande analyser, dels eftersom vi sett att några landsting och regioner redan har beskrivit dessa i sina PS-berättelser.

I jämförelsen mellan landstingen redovisar vi endast om landstinget eller regionen har beskrivit en variabel i sin PS-berättelse eller inte. Detta har implikationer för hur resultatdelen ska tolkas, eftersom ett stort antal ”ja” inte behöver betyda att ett landsting eller en region har ”bra resultat”, utan endast visar att de är bra på att redovisa sina resultat.

Fler variabler rapporteras i PS-berättelserna 2011 jämfört med 2010

Sammanställningen visar på en tydlig utveckling från 2010 till 2011, där den senare PS-berättelsen i de flesta fall är betydligt mer komplett. Detta är naturligt med tanke på SKL:s mall för att skriva en PS-berättelse, som blev tillgänglig först 2011. Sexton av PS-berättelserna 2011 bygger helt eller delvis på denna mall. Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659), och överenskommelsen har också gjort att fler patientsäkerhetsfaktorer uppmärksamats 2011. Det finns dock fortfarande stora skillnader i vad landstingen och regionerna valt att redovisa i sina PS-berättelser.

I jämförelsen nedan redovisar vi totalt 36 variabler som på olika sätt beskrivs i PS-berättelserna: 8 strukturvariabler, 20 processvariabler och 8 resultatvariabler. I genomsnitt har 18,5 av dessa variabler beskrivits år 2010 och 25,8 år 2011, om vi räknar både variabler som beskrivits fullständigt och de som beskrivits delvis. Spridningen i antalet rapporterade variabler var 7–26 år 2010 och 16–29 år 2011. Av de variabler som redovisas i jämförelsen rapporterade samtliga utom ett landsting fler variabler år 2011 än 2010 (se tabell 9).

Stora skillnader i vad landstingen och regionerna redovisar

Vi presenterar jämförelsen mellan de olika landstingen och regionerna i ett antal översiktsdiagram uppdelade på struktur, process och resultat för år 2010 respektive 2011 (figur 41 a–44 b). I diagrammen betyder mörkgrå markering ”ja”, ljusgrå markering ”delvis” och vit markering ”nej”, ”ingen uppgift” eller ”går ej att utläsa av PS-berättelsen”.

Relativt många uppgifter i PS-berättelserna har vi kategoriserat som ”delvis”. ”Delvis” kan betyda

- att variabeln finns eller förekommer i vissa delar av verksamheten
- att beslut fattats om att inrätta eller införa variabeln
- att inrättande eller införande förbereds eller har påbörjats
- att resultat är oklart, ofullständigt eller bara delredovisat

Att ta med denna kategori har gett oss en mer nyanserad bild av patientsäkerhetsarbetet i Sverige, eftersom vi också får en uppfattning om vad som är på väg att införas i arbetet. Kategoriseringen av uppgifter som antingen ”ja” eller ”delvis” har dock i många fall varit en hårfin gränsdragning.

Tabell 9. Antal av 36 undersökta patientsäkerhetsvariabler inom struktur, process och resultat som beskrivits fullständigt eller delvis i PS-berättelserna år 2010 respektive 2011.

Landsting/region	2010	2011	Differens
Blekinge	14	28	14
Dalarna	23	26	3
Gotland	7	16	9
Gävleborg	20	25	5
Halland	16	23	7
Jämtland	16	23	7
Jönköping	18	27	9
Kalmar	15	23	8
Kronoberg	16	26	10
Norrbottn	24	23	-1
Region Skåne	26	31	5
Stockholm	28	32	4
Sörmland	20	32	12
Uppsala	17	29	12
Värmland	20	27	7
Västerbotten	22	28	8
Västernorrland	17	20	3
Västmanland	10	26	16
Västra Götaland	13	24	11
Örebro	24	26	2
Östergötland	22	26	4
Medeltal	18,5	25,8	+7,3

Figur 41 a. Redovisade strukturvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2010.

STRUKTUR 2010								
	Har PS-enhet eller PS-avdelning	Har STRAMA-grupp	Har organisation för hygienarbete	Har digitaliserat avvikelse-system	Har infört NPÖ**	Har infört IT-stödet Infektionsverktöget***	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								

Figur 41 b. Redovisade strukturvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2011.

STRUKTUR 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 Infektionsverktöget	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								

Figur 42 a. Redovisade processvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2010, del 1.

PROCESS I 2010		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 nationella patientenkäten	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											

Figur 42 b. Redovisade processvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2011, del 1.

PROCESS I 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 nationella patientenkäten	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											

Figur 43 a. Redovisade processvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2010, del 2.

PROCESS II 2010	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 läkemedelsavstämning/-genomgångar	Använder PS-dialoger/PS-ronder	Uppger antal avvikelseärenden	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										

Figur 43 b. Redovisade processvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2011, del 2.

PROCESS II 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 läkemedelsavstämning/-genomgångar	Använder PS-dialoger/PS-ronder	Uppger antal avvikelseärenden	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										

Figur 44 a. Redovisade resultatvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2010.

RESULTAT 2010	Antal klagomål från enskilda till Socialstyrelsen	Antal anmälningar till Patientnämnden****	Antal anmälningar till patientska deförsäkning	Antibiotikaförskrivning, antal recept/1000 invånare	Punktprevalens av VRI	Trycksårshänsyn	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								

Figur 44 b. Redovisade resultatvariabler i landstingens och regionernas PS-berättelser för 2011.

RESULTAT 2011	Antal klagomål från enskilda till Socialstyrelsen	Antal anmälningar till Patientnämnden****	Antal anmälningar till patientska deförsäkning	Antibiotikaförskrivning, antal recept/1000 invånare	Punktprevalens av VRI	Trycksårshänsyn	Antal fallskador	PUK-värde från Nationell Patientenkät
Blekinge								
Dalarna								
Gotland								
Gävleborg								
Halland								
Jämtland								
Jönköping								
Kalmar								
Kronoberg								
Norrbottn								
Skåne								
Stockholm*								
Sörmland								
Uppsala								
Värmland								
Västerbotten								
Västernorrland								
Västmanland								
Västra Götaland								
Örebro								
Östergötland								

Noter till figur 41–44.

Mörkgrå markering = Ja

Ljusgrå markering = Delvis

Vit markering = Nej eller Ingen uppgift eller går ej att utläsa av PS-berättelsen

* Uppgifter om Stockholms läns landsting baseras på PS-berättelser från tio av de större vårdgivarna inom SLL år 2010 och 2011.

** Ej aktuellt för år 2010.

*** Verktuget började utvecklas 2010, vilket förklarar den låga rapporteringen.

**** Omfattar både Patientnämnden och den tidigare Förtroendenämnden.

Exempel från några landsting och regioner

Några PS-berättelser förtjänar att lyftas fram, eftersom de visar en påtaglig förbättring över tid. Allra mest positiv utveckling ser vi för Landstinget Västmanland, som rapporterade 10 av de studerade variablerna år 2010 och 26 år 2011. Andra landsting som lyckats bra är Landstinget Blekinge som gått från 14 till 28 rapporterade variabler och Landstinget Sörmland som ökat från 20 till 32. Även Landstinget i Uppsala län och Västra Götalandsregionen har gjort tydliga ökningar, men i Uppsala är det en stor andel variabler som endast redovisas för enskilda förvaltningar i landstinget.

Många landsting presterade bra redan 2010. De har inte förbättrats lika markant, utan ligger kvar på en hög nivå. Här kan t.ex. nämnas Region Skåne, Örebro läns landsting och Landstinget Dalarna. Mindre imponerande är region Gotland som hade få rapporterade variabler år 2010 och trots viss ökning fortfarande år 2011 har lägst antal rapporterade variabler. Detta visar att regionen skulle behöva utveckla sin PS-berättelse inför kommande år.

Ett exempel på en bra PS-berättelse är den som producerats av Norrbottens läns landsting 2011, även om de var det enda landsting i vår undersökning som minskade antalet rapporterade variabler. Men detta är en bra PS-berättelse, med hänsyn tagen till att den är tydlig i strukturen och innehåller en stor mängd relevant information i förhållande till antal sidor, 23 variabler på 17 sidor. Detta kan jämföras med Jönköping som har 26 variabler på hela 43 sidor, och Västra Götaland som bara redovisar 24 variabler i sammanlagt 15 olika PS-berättelser.

Diskussion

Det finns behov av en tydligt strukturerad mall som underlättar arbetet med PS-berättelserna

Det varit en utmaning att försöka extrahera uppgifter och göra olika slags jämförelser, eftersom patientsäkerhetsberättelserna är väldigt olika till sin utformning och inte innehåller några uppställningar över olika variabler. Samtidigt är berättelse-formen tilltalande, då den ger möjlighet till en beskrivande redovisning av patientsäkerhetsarbetet inom landstingen och regionerna.

Som framgår av vår sammanställning finns det påtagliga variationer i vad som rapporteras i PS-berättelserna. De som använt sig av SKL:s mall tycks i stor utsträckning ha fångat de mest relevanta variablerna. Men en ytterligare utveckling av mallen skulle förmodligen vara ett viktigt stöd för samtliga vårdgivare.

Flera vårdgivare (framför allt privata vårdgivare inom SLL) gör sedan tidigare en kombinerad så kallad kvalitets- och patientsäkerhetsrapport. Att då lyfta ut vissa delar och göra en separat patientsäkerhetsberättelse kan upplevas som ett dubbelarbete. En tydligare strukturerad mall, som tydligt efterfrågar specifika uppgifter, skulle dock kunna underlätta arbetet. Det skulle också göra att man kommer ifrån problemet med den stora variationen i vad vårdgivarna rapporterar. Det verkar som att vissa landsting i dag låter bli att rapportera viktiga patientsäkerhetsfaktorer, därför att de upplever dessa som normal standard, medan andra landsting är i en fas där de betraktar samma faktorer som en viktig del av utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.

Jämförelser skulle underlättas av en standardisering av hur mätbara variabler redovisas och en sammanhållen rapport för varje landsting eller region

När det gäller rapporteringen av resultat på patientnivå, har många valt att endast ta upp ett fåtal i sina PS-berättelser. Det finns också en stor variation i hur resultaten rapporteras, vilket försvårar jämförelser mellan landstingen. Sådana variationer finns även mellan 2010 och 2011 års PS-berättelser inom samma landsting eller region. Här skulle vi önska att de mått som används standardiserades, som t.ex. antal per invånare, antal per vårdtillfällen eller frekvens i procent. Bland annat borde antalet journalgranskningar anges som andel av samtliga journaler, för att ge ett mått på hur stor del av en verksamhet som granskas. Mer specifika instruktioner i en mall skulle också förbättra denna redovisning.

Det är även svårt att bedöma vilka struktur- eller processvariabler (t.ex. ett verktyg eller arbetssätt) som förekommer i hela eller bara i delar av verksamheten, t.ex. inom en av landstingets förvaltningar eller vid något av sjukhusen. "Kvantiteten" i det som utförs framkommer därmed bristfälligt. Det är lättare att göra jämförelser mellan olika PS-berättelser i de fall där det finns en sammanhållen rapport, dvs. en gemensam PS-berättelse för alla olika berörda verksamheter inom landstinget eller regionen. Men ofta fram-

går det inte vilka variabler som gäller hela landstinget och vilka som gäller delar av verksamheten. Separata PS-berättelser för respektive förvaltning möjliggör en mer ingående beskrivning, men försvårar samtidigt överblickbarheten och möjligheten att göra landstingsvisa jämförelser. Här vore det önskvärt med en tydligare struktur som skapar möjlighet att göra adekvata jämförelser. En mer strukturerad mall som kan användas i respektive förvaltning och där varje landsting eller region ansvarar för att göra en sammanställning på landstings- eller regionnivå skulle kunna vara en framkomlig väg. Detta skulle också underlätta för respektive landsting eller region att följa utvecklingen inom den egna verksamheten.

PS-berättelserna bör vara informativa och lätt åtkomliga för allmänheten

Syftet med PS-berättelserna är att göra det lättare för vårdgivaren att ha kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Dessutom är avsikten att PS-berättelsen ska göra det enklare för allmänheten att ta del av uppgifter om hur vårdgivaren arbetar med olika patientsäkerhetsfrågor. Detta förutsätter att PS-berättelserna är både informativa och lättillgängliga. De bör också ha en struktur som underlättar jämförelser såväl över tid som mellan de olika landstingen och regionerna. En del av de PS-berättelser som producerats för åren 2010 och 2011 uppfyller till stor del dessa krav, och kan ses som en tillgång för såväl vårdgivare som allmänhet.

I vår rapport har vi valt att enbart analysera uppgifter som redovisas eller beskrivs i själva PS-berättelserna, och vi har således bortsett från hänvisningar till kvalitetregister och digitala redovisningar av nyckeltal och indikatorer. Sådana hänvisningar gör PS-berättelserna mer svårtillgängliga. Digitala sidor kan dessutom inte användas som tidsbestämda dokument, eftersom de ofta uppdateras löpande. Detta gör det omöjligt att avgöra vilka uppgifter som gällde när PS-berättelsen skrevs. Likaså är det viktigt för tillgängligheten att PS-berättelserna finns på en sökbar plats på respektive landstings webbplats eller samlade hos Socialstyrelsen. Det bör inte förekomma att dessa dokument läggs på webbsidor som enbart är tillgängliga för landstingets egna anställda eller att allmänheten hänvisas till att ta kontakt med respektive förvaltning eller vårdgivare för att få tillgång till PS-berättelser. Vi som genomfört denna granskning rekommenderar alltså att varje landsting skriver en sammanhållen PS-berättelse som görs allmänt tillgänglig på landstingets webbplats och går att hitta via sökordet ”patientsäkerhet”.

Positiv utveckling över tid

Det är uppenbart att en positiv utveckling skett över tid, när det gäller både PS-berättelsernas tillgänglighet och deras innehåll. Det finns som vi har nämnt grundläggande krav och kriterier som har gällt för att ett landsting eller en region ska komma i åtnjutande av en prestationsbaserad ersättning. Detta tycks i hög grad ha påverkat vad som rapporterats i PS-berättelserna, och en förhoppning är att det även avspeglas i en motsvarande ökad aktivitet när det gäller patientsäkerhetsarbetet i Sveriges landsting och regioner. PS-berättelserna ser ut att kunna fungera som ”väckarklockor”, eftersom områden som behöver förbättras lyfts fram i ljuset. Det kan alltså finnas ett

stort värde i att explicitgöra och beskriva olika aspekter av vårdgivarnas arbete med patientsäkerhet. Det tycks dessutom finnas ett stort intresse hos landstingen för att förbättra den egna verksamheten. PS-berättelserna kan utgöra ett underlag för att identifiera områden som behöver förbättras, vilket främjar patientsäkerheten.

Att förändra arbetssätten inom hälso- och sjukvården har tidigare visat sig vara en svår och oförutsägbar process (Graham et al. 2006). Vi ska därför inte förvänta oss att enbart produktion av en PS-berättelse automatiskt leder till bättre patientsäkerhet. Positiva effekter kan dock vara att områden som behöver förbättras fokuseras och att jämförelser mellan landsting leder till att de som släpar efter i PS-arbetet får upp ögonen för detta. En sådan process kan leda till ett ökat upplevt behov av förbättringar, vilket inom implementeringsforskningen visat sig vara en viktig drivkraft för förändring (Greenhalgh et al. 2005).

Referenser

Donabedian A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration.

Graham I D, Logan J, Harrison M B, Straus S E, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26(1):13–24.

Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O. (2005) Diffusion of Innovation in Health Service Organisations. A Systematic Literature Review. Oxford: BMJ Books.

Institute of Medicine. (1999) To Err is Human – Building a Safer Health System. Washington DC: National Academies Press.

Socialdepartementet. (2010) Patientsäkerhet och tillsyn. Prop 2009/10:210. Stockholm: Regeringskansliet. Tillgänglig på:
<http://www.regeringen.se/sb/d/12168/a/143910> (hämtad 2012-12-19).

Socialstyrelsen. (2005) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föfattningssamling.

Socialstyrelsen. (2011) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsens Föfattningssamling.

Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. (2008) Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. Läkartidningen, 105:1748–52.