

Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser

– Systematisk sammanställning och jämförande analys av
uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige för åren
2010, 2011 och 2012

Mikaela Ridberg, Siw Carlford, Per Nilsen, Kerstin Roback
Linköpings universitet



Linköpings universitet

Innehållsförteckning

Förkortningar och ordförklaringar.....	3
Inledning.....	4
Uppdraget.....	4
Målgrupp.....	4
Bakgrund	5
Säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården.....	5
Lagstiftning och krav	5
Överenskommelse mellan regeringen och SKL.....	6
Metod	7
Material – landstingen och regionernas patientsäkerhetsberättelser 2012 samt rapport för 2010-11 .	7
Analysmetod	8
Resultat.....	10
Del 1: Jämförelse av struktur, process och resultat från 2010, 2011 och 2012 års patientsäkerhetsberättelser.....	10
Struktur för patientsäkerhetsarbetet	10
Processer i landstingens patientsäkerhetsarbete.....	16
Patientsäkerhetsrelaterade resultat.....	21
Del 2: Jämförelser mellan analyserade patientsäkerhetsberättelser 2012.....	23
Diskussion	24
Referenser.....	26

Sammanfattning

Sverige fick en ny patientsäkerhetslag 2011 (PSL 2010:659) i syfte att göra vården säkrare. Bland annat ställer lagen krav på att vårdgivare sammanställer en Patientsäkerhetsberättelse (PSB) årligen. Förra året gjordes en första granskning av de PSB som skrevs för år 2010 samt 2011. Uppdraget var att beskriva och jämföra innehållet från landstingens och regionernas PSB för verksamhetsåren 2010 och 2011 utifrån perspektiven struktur, process och resultat. För detta ändamål utarbetades en utvärderingsmodell som användes i arbetet.

Denna rapport bygger på den tidigare utarbetade och testade modellen och avser att ge en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård med utgångspunkt i de PSB som vårdgivarna har sammanställt för år 2012 samt att göra en jämförelse med innehållet i tidigare PSB. Analysen har gjorts med kvantitativ innehållsanalys.

Granskningen visar att 2012 års PSB har högre täckningsgrad av variabler i jämförelse med 2010 och 2011. Resultatet visar att många variabler har tagits med i redovisningen men att det ibland inte är tydligt beskrivet vad som har gjorts eller vilka strukturer redovisningen faktiskt syftar på. Det är även tydligt att landstingen har haft vägledning av de grundläggande och prestationsbaserade krav som SKL haft uppställda för 2012 års patientsäkerhetsarbete utifrån överenskommelsen med regeringen, vilket även framkom i 2011 års PSB.

Av sammanlagt 52 undersökta patientsäkerhetsvariabler inom struktur (n=18), process (n=25) och resultat (n=9) som beskrivs fullständigt eller delvis i PSB år 2012, har olika landsting/regioner redovisat olika många möjliga variabler, med ett högsta värde av 44 av 52 och lägsta 28 av 52.

Konceptet PSB är unikt internationellt sett och ger en god bild av hur man arbetar med patientsäkerhetsfrågor i landstingen/regionerna, men det finns också en utvecklingspotential. Vi bedömer att PSB i dagsläget inte riktigt håller måttet för att utöva myndighetstillsyn då det fortfarande kan vara svårt att få en tydlig bild av vad som faktiskt görs inom olika landsting/regioner. PSB har blivit mer informativa 2012 än tidigare år men saknar enhetlighet vad gäller rapporterade variabler och rapporterade resultatmått. Ytterligare utveckling av SKL:s mall skulle kunna underlätta landstingens arbete med att sammanställa PSB och förbättra förutsättningarna för jämförelser mellan landsting/regioner och över tid.

Förkortningar och ordförklaringar

CVK (central venkateter)

HA (händelseanalys)

Infektionsverktyget = ett nationellt enhetligt IT-stöd för lokalt förbättringsarbete

LÖF (landstingens ömsesidiga försäkringsbolag)

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

MRB (multiresistenta bakterier)

NPÖ (Nationell patientöversikt)

Palliativregistret = kvalitetsregister där vård i livets slutskede registreras

PPM (punktprevalensmätning) = mätning av förekomst (prevalens) vid ett specifikt tillfälle

PS (patientsäkerhet)

PSB (patientsäkerhetsberättelse)

PUK-värde = mått på patientupplevd kvalitet

RA (riskanalys)

RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) = Prioriteringssystem som framförallt används på akutmottagningar

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)

UVI (urinvägsinfektion)

VRI (vårdrelaterade infektioner)

Inledning

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

Uppdraget

För åren 2010 och 2011 har en granskning gjorts av Sveriges landsting och regioners patientsäkerhetsberättelser (Carlfjord, Nilsen och Roback 2013). Den här rapporten är en vidareutveckling av den granskningen utifrån landstingens patientsäkerhetsberättelser (PSB) 2012. I uppdraget ingår att analysera innehållet från landstingens och regionernas PSB för verksamhetsåret 2012, samt jämföra hur utvecklingen skett sedan 2010 och 2011 års berättelser.

Målgrupp

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

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är en utökad analys, som bygger på en tidigare utarbetad och testad modell (2010-2011 års PSB-granskning). Den avser att ge en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård med utgångspunkt i de PSB som vårdgivarna har sammanställt för år 2012 och kommer att adressera nedanstående frågor:

- Vad har rapporterats i landstingens PSB för verksamhetsåret 2012 (utifrån struktur, process och resultat)?
- vilken utveckling har skett sedan arbetet med PSB startade 2010?
- Hur skiljer sig rapporteringen i PS-berättelserna mellan de olika landstingen och regionerna?

Bakgrund

Säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Patientsäkerhetsarbete syftar till att förebygga eller lindra följderna av vårdskador, vilka definieras som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (Patientsäkerhetslag 2010:569). Patientsäkerhetsarbetet tog fart på allvar strax efter att Institute of Medicine i USA gav ut en rapport "To Err is Human", vilken fick stor spridning i såväl sjukvård som bland politiker och i samhället (Kohn et al, 2000). Rapporten innehåller flera implementeringsuppsatser till hälso- och sjukvården för såväl strukturella, kontextuella och processinriktade förändringar. Den blev startskottet för en markant ökad satsning på forskning och utvecklingsarbete inom patientsäkerhet.

I Sverige tog patientsäkerhetsarbetet fart en bit in på 2000-talet med aktiva insatser från bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen initierade den första vårdskadestudien i Sverige 2007 som visade att 8,6 % av patienter vårdade inom svensk somatisk slutenvård drabbas av vårdskada (Soop et al 2008). SKL tog året därpå fram så kallade evidensbaserade åtgärdsprogram för den svenska hälso- och sjukvården för områden som fallskador, trycksår, läkemedelsfel i vårdens övergångar och vårdrelaterade infektioner. Arbetet trappades upp ytterligare 2011 genom en ny patientsäkerhetslag (PSL 2010:659) och en överenskommelse mellan regeringen och SKL om prestationsbaserad ersättning till landsting som utför vissa aktiviteter och uppnår vissa resultat beträffande patientsäkerhet (Patientsäkerhetssatsning 2011).

Lagstiftning och krav

I januari 2011 fick Sverige en ny patientsäkerhetslag (PSL, 2010:659). Syftet med lagen är att främja vårdgivarnas PS-arbete och minska antalet vårdskador. Lagen innehåller bestämmelser kring hälso- och sjukvårdspersonalens eget ansvar för att utföra ett patientsäkert arbete samt deras rapporteringsansvar vid vårdskada/allvarliga händelser eller risk för vårdskada, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor m.m.

Enligt denna lag ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse (PSB). Senast den 1 mars ska denna PSB vara skriven och tillgänglig för alla som vill läsa den. Vårdgivare har ingen skyldighet att skicka sin PSB till Socialstyrelsen eller någon annan myndighet. Den första PSB som skrevs i Sverige var för året 2010 (var tillgänglig i mars 2011). Enligt information på Socialstyrelsens hemsida (2013) har PSB flera syften:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Socialstyrelsen kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

Överenskommelse mellan regeringen och SKL

Sveriges regering och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) har i samarbete tagit fram vissa grundläggande samt prestationsbaserade krav för Sveriges landsting i syfte att förbättra patientsäkerheten (Patientsäkerhetssatsning 2011). Det första året som dessa krav och indikatorer sattes upp och gav utdelning var år 2011. Således fanns inte dessa krav för 2010 års PSB. Här nedan visas de krav och indikatorer som gällde för 2011 respektive år 2012 (tabell 1). De grundläggande kraven måste vara uppnådda för att kunna få ersättning för uppnådda prestationsbaserade krav.

Tabell 1. Grundläggande och prestationsbaserade krav för år 2011 och 2012

2011	2012
Grundläggande krav	
• upprätta en PSB • inrätta lokala STRAMA-grupper • delta i den nationella patientenkäten 2011. • ta väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt, NPÖ	• upprätta en PSB • ta väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt, NPÖ • ta väsentliga steg i införandet av IT-stödet Infektionsverktyget • arbetar systematiskt med strukturerad (markörbaserad) journalgranskning, 20 slumpmässigt utvalda journal per månad per sjukhus i minst tre månader
Prestationsbaserade krav	
1. mäta PS-kulturen på minst 25% av hälso- och sjukvårdspersonalen 2. mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 75% av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården 3. mäta förekomst av trycksår på minst 50% av alla avdelningar på alla sjukhus 4. arbeta för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende infektioner i öppenvården och minska antibiotikaförskrivning i öppenvård enligt fastställda kriterier	1. upprätta handlingsplan utifrån PS-kulturmätning samt påbörja förbättringsarbete inom landstinget 2. mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 80% av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården – samt uppnår resultat som minst motsvarar medelvärde på förra årets mätning 3. upprätta handlingsplan utifrån trycksårsmätning samt påbörja förbättringsarbete inom landstinget 4. arbeta för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende infektioner i öppenvården och minska antibiotikaförskrivning i öppenvård enligt fastställda kriterier 5. mäta antalet överbeläggningar enligt fastställda definitioner på alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus samt rapporterat in data till den nationella databasen 6. uppnå genomsnittligt värde på minst 70 i den nationella patientenkäten för primärvården

Metod

Den här rapporten består av en systematisk sammanställning och analys av den information som finns i landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser (PSB) som är skrivna för år 2012. Denna redovisning är därefter jämförd med föregående års rapport på PSB för år 2010 och 2011. Endast de uppgifter som finns i PSB ligger till grund för resultatet, således har inga andra datakällor använts för att komplettera eller granska de uppgifter som finns med i denna analys.

Material – landstingen och regionernas patientsäkerhetsberättelser 2012 samt rapport för 2010-11

Samtliga PSB för år 2012 tillhandahölls av Socialstyrelsen som skickades per mail. Av Sveriges 21 landsting och regioner ingår 19 landsting i denna analys. Två landsting/regioner exkluderades då de inte hade en sammanhållen PSB för sitt landsting utan hade flera PSB från olika verksamhetsområden/sjukhus, vilket inte gör dem jämförbara i analysen. Följande landsting/regioner ingår i PSB granskning 2012 samt 2010-2011 års granskning (tabell 2). Stockholm läns landsting särredovisades i granskningen förra året. För år 2012 har vi istället valt att granska Stockholm läns landstings hälso- och sjukvårds förvaltnings PSB, då den är på ett övergripande plan, med information från såväl akutsjukhusen arbete under SLL:s regi som primärvård, habilitering, psykiatrisk vård, beroendevård och tandvård.

2010 och 2011 års resultat presenterades i antal, vilka är omräknade till andel för att göra en tydligare jämförelse mellan åren (2010 och 2011 ingick 20 PSB, 2012 endast 19 PSB). Det är viktigt att ta hänsyn till att den här analysen bygger på vad som är rapporterat i PSB och därmed inte nödvändigtvis är detsamma som att om en variabel inte redovisats, att det inte görs eller att strukturen, processen eller resultatet inte finns.

Tabell 2. Landsting och regioner som har granskad PSB.

2012 n=19	2010 och 2011 n=20
• BLEKINGE	• BLEKINGE
• DALARNA	• DALARNA
• GOTLAND	• GOTLAND
• GÄVLEBORG	• GÄVLEBORG
	• HALLAND
• JÄMTLAND	• JÄMTLAND
• JÖNKÖPING	• JÖNKÖPING
• KALMAR	• KALMAR
• KRONOBERG	• KRONOBERG
• NORRBOTTEN	• NORRBOTTEN
• SKÅNE	• SKÅNE
• STOCKHOLM	
• SÖRMLAND	• SÖRMLAND
	• UPPSALA
• VÄRMLAND	• VÄRMLAND
• VÄSTERBOTTEN	• VÄSTERBOTTEN
• VÄSTERNORRLAND	• VÄSTERNORRLAND
• VÄSTMANLAND	• VÄSTMANLAND

• V:A GÖTALANDS REGIONEN	• V:A GÖTALANDS REGIONEN
• ÖREBRO	• ÖREBRO
• ÖSTERGÖTLAND	• ÖSTERGÖTLAND

Analysmetod

De 19 PSB från 2012 analyserades enligt kvantitativ innehållsanalys, (Hsieh och Shannon 2005) vilket innebär att dokumenten först lästes i sin helhet, och därefter markerades meningsbärande enheter i texten. De meningsbärande enheterna sorterades därefter in i det ramverk som användes vid 2010 och 2011 PSB-analys (Carlfjord, Nilsen och Roback, 2013). Ramverket utgår från Donabedians triad (Donabedian, 1980) som är ett vanligt och tydligt ramverk som ofta används vid utvärdering av vårdkvalitet. Donabedians triad består av tre komponenter: Struktur, process och resultat. Donabedians ramverk 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.

Mer utförlig beskrivning av ramverket finns att läsas i den tidigare rapporten (Carlfjord, Nilsen och Roback, 2013.). Utifrån det analysmaterial vi fick i 2012 års PS-berättelser har vi gjort vissa ändringar och tillägg till tidigare variabler i ramverket. Dessa granskades vid flera möten för att nå konsensus mellan samtliga författare. 2012 års PSB granskades i huvudsak av en granskare, med validering av samtliga övriga författare, dessa personer är desamma som gjorde granskningen för 2010 och 2011.

Utifrån hur variablerna var redovisade i PSB 2012 kodades struktur- och processvariablerna utifrån ”Ja”, ”Nej”, ”Delvis”, ”Oklart” samt ”Inte rapporterat”. Denna kodning är annorlunda mot den kodning som gjordes tidigare då ”delvis” även kunde innefatta ”oklart”, eller skiftade i mening beroende på variabel. Ändring i kodningen är för att möjliggöra en mer rättvis jämförelse i framtiden. De variabler som hör till resultatvariablerna kodades dikotomt, dvs ja(rapporterat)/nej(inte rapporterat).

Samtliga variabler från föregående granskning av 2010 och 2011 års patientsäkerhetsberättelser har ingått i analysen och blivit granskade. Dock har viss terminologi ändrats och vissa variabler har valts att inte presenteras i den här rapporten. En enkätundersökning (opublicerat arbetsmaterial) har genomförts med patientsäkerhetsexperten i Sverige, där de fick ta ställning till vilka av variablerna från 2010-2011 års granskning de tyckte var viktiga att ha med i en PSB. Undersökningen visade på mycket låga siffror för samtliga processresultatvariabler, exempelvis ”uppgör antalet genomförda händelseanalyser” eller ”uppgör antalet genomförda journalgranskningar”. Därför ingår de ej i denna redovisning.

Resultat

Resultatredovisningen är uppdelad i två delar, den första delen är en jämförelse mellan 2010, 2011 och 2012 års PS-granskning. Mer utförlig resultatpresentation för vissa variabler finns i förra årets rapport (Carlfjord, Roback och Nilsen, 2013). Den andra delen är en jämförelse mellan landstingens PSB för år 2012.

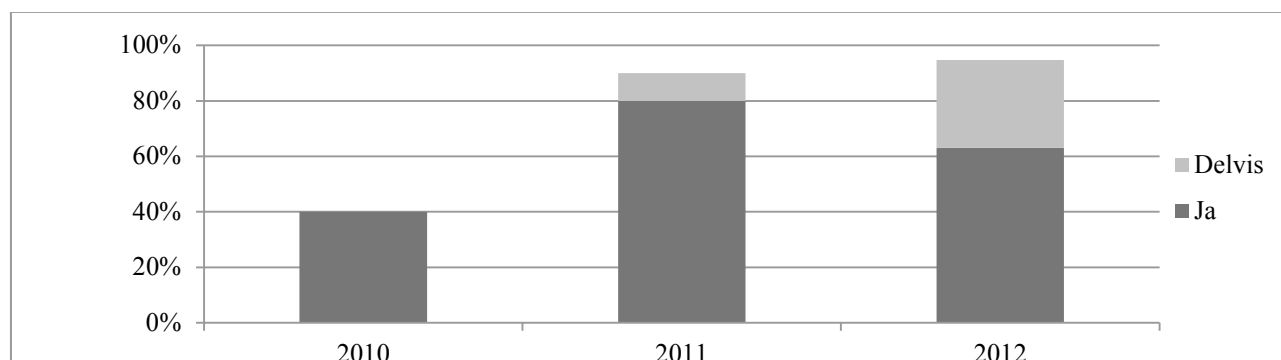
Del 1: Jämförelse av struktur, process och resultat från 2010, 2011 och 2012 års patientsäkerhetsberättelser

Samtliga granskade landsting och regioner (hädanefter skrivs endast landsting) har i 2012 års PSB använt sig av SKLs mall för PSB som anger vilka rubriker som bör finnas med. Detta har gjort att många variabler har tagits med i redovisningen men att det ibland inte är tydligt beskrivet vad som har gjorts eller vilka strukturer redovisningen faktiskt syftar på. Det är även tydligt att landstingen har haft vägledning av de grundläggande och prestationsbaserade krav som SKL haft uppställda för 2012 års PS-arbete utifrån överenskommelsen med regeringen, vilket även framkom i 2011 års PSB.

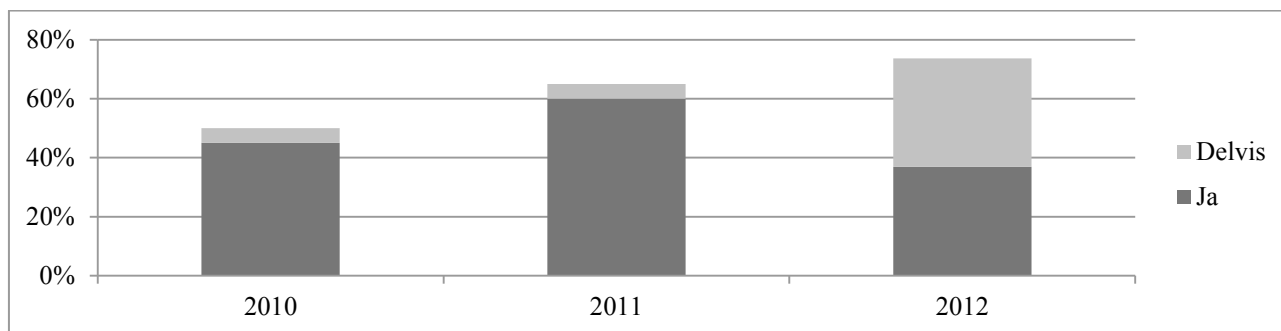
Struktur för patientsäkerhetsarbetet

Samtliga PSB beskriver hur landstingens organisation för patientsäkerhetsarbete ser ut (en rubrik i SKLs mall från 2012). Över hälften (58 %) av landstingen anger att de har en patientsäkerhetsenhet eller motsvarande samt att ännu fler (74 %) även beskriver annan PS-organisation, exempelvis att arbetet är integrerat i verksamheten samt att den enskilde hälso- och sjukvårdsmedarbetaren är ansvarig för att utföra ett patientsäkert arbete. Nedan presenteras åtta figurer som jämför 2010-2012 års redovisning av de strukturvariabler som är bedömda utifrån om de är rapporterade eller ej.

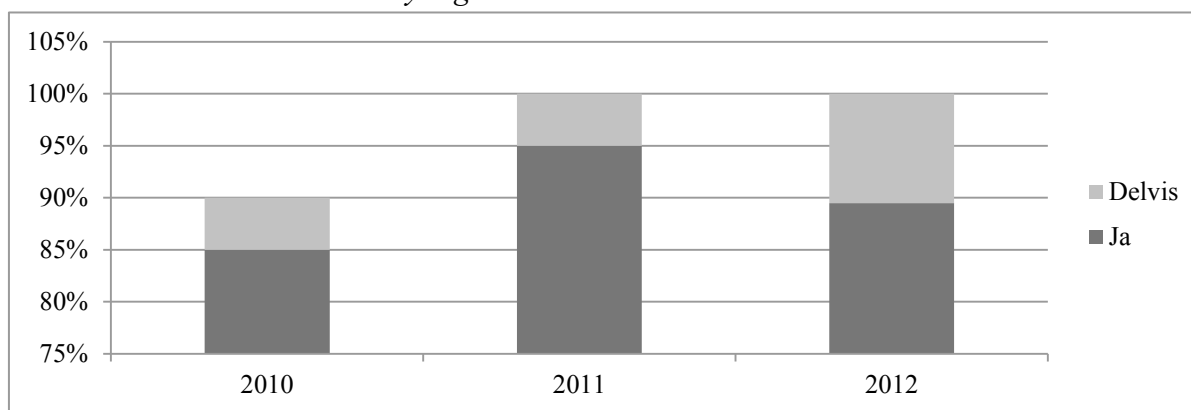
Figur 1. Andel landsting eller regioner som anger att de har en STRAMA-grupp. "Delvis" innebär uppgift om att beslut fattats om att inrätta en sådan grupp. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



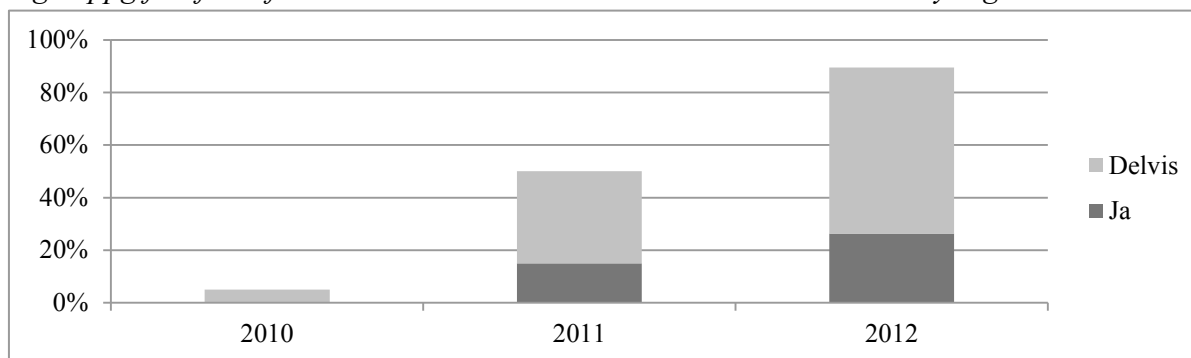
Figur 2. Andel landsting eller regioner som anger att de har en organisation för hygienarbete. "Delvis" innebär uppgift om att en sådan organisation förekommer i delar av verksamheten. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



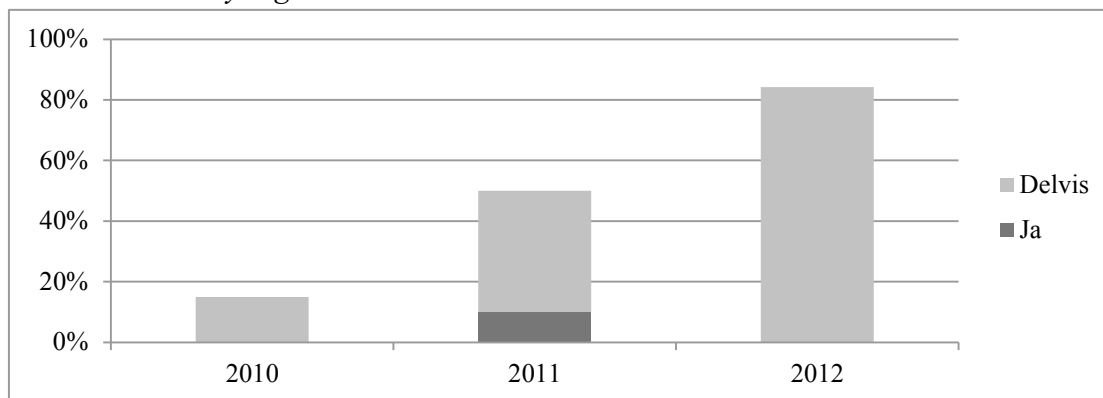
Figur 3. Andel landsting eller regioner som anger att de har ett digitaliserat avvikelssystem. "Delvis" innebär att ett sådant system saknas på någon klinik, eller är på väg att införas. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



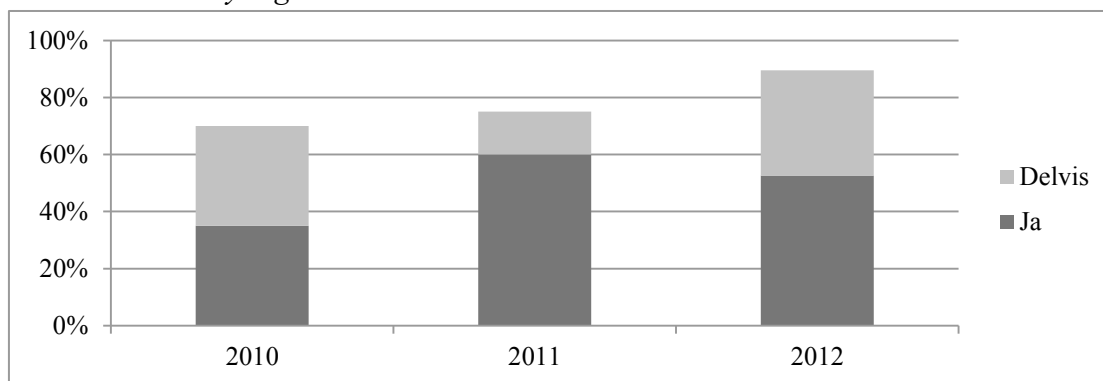
Figur 4. Andel landsting eller regioner som anger att de har infört NPÖ. "Delvis" innebär uppgift om att ett införande planeras eller har påbörjats. År 2010 var detta inte aktuellt varför inga uppgifter finns från det året. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



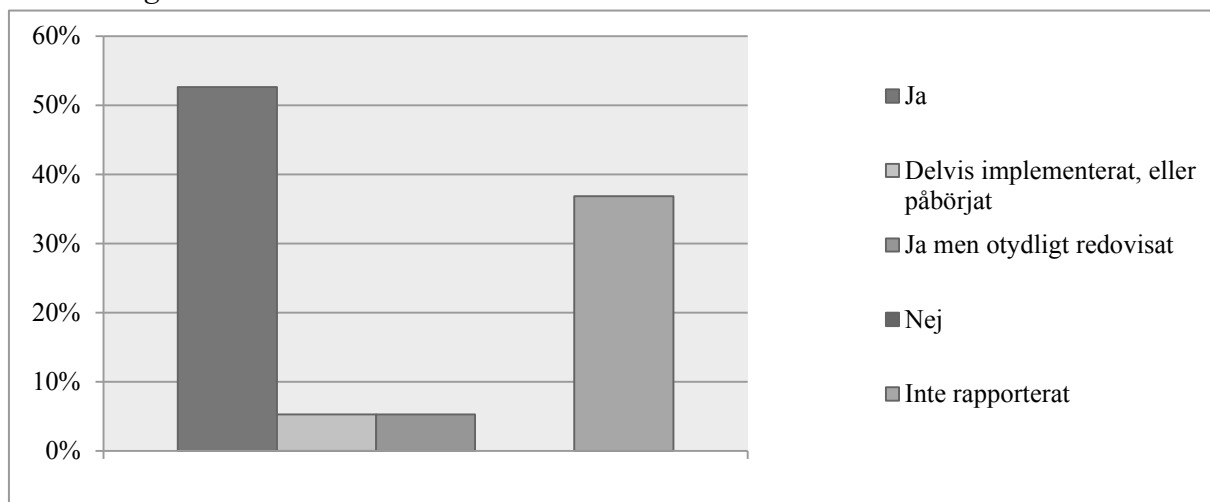
Figur 5. Andel landsting eller regioner som anger att de har infört IT-stödet "Infektionsverktyget". "Delvis" innebär att det är på väg att införas. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



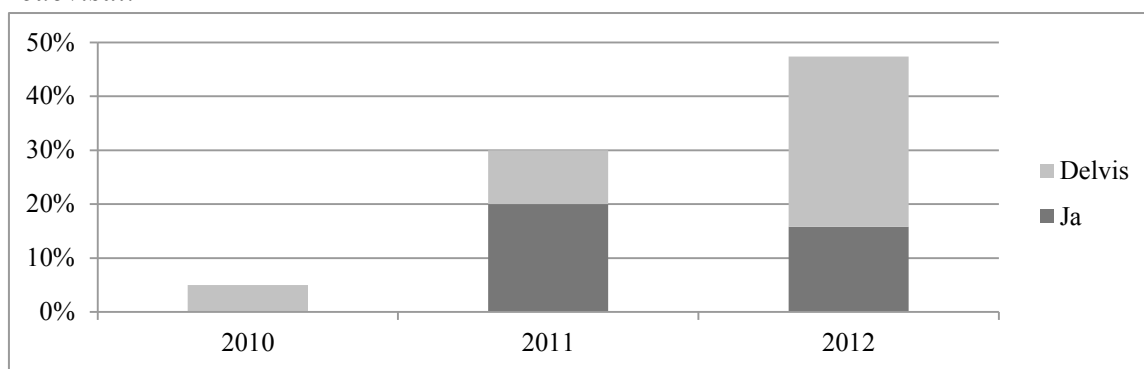
Figur 6a. Andel landsting eller regioner som anger att de är anslutna till Senior Alert. "Delvis" innebär att ett en anslutning inletts eller skett i delar av verksamheten. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



Figur 6b. Andel landsting eller regioner som anger i 2012 års berättelse att de är anslutna till Palliativregistret.



Figur 7. Andel landsting eller regioner som anger att de har system för upptäckt och omhändertagande av svårt sjuka patienter, t.ex. MEWS eller RETTS. "Delvis" innebär uppgift om att ett införande planeras eller har påbörjats. För år 2012 innebär "Delvis" även otydligt redovisat.



Övriga variabler som framkom ur 2012 års granskning men som inte beskrivits i tidigare rapport och var redovisade av en hög andel av landstingen var följande:

- Har system, struktur och fora för samverkan/samordning med andra vårdgivare (95 % resp. 63 %)
- Har system, struktur och fora för samverkan/samordning inom landstinget (89 % resp. 11 %)
- Har system, struktur och fora för samverkan/samordning med patienter (84 % resp. 32 %)
- Beskriver patientnämndens (PaN) arbete (79 % resp. 63 %)
- Har struktur eller system för att sprida PS-relaterad information (79 % resp. 21 %)
- Har anslutit sig till NITHA (Nationellt IT Stöd för Händelseanalys) (53 % resp. 32 %)

Variablerna som rör samverkan och kommunikation inom landstinget och med andra vårdgivare i 2012 års PSB, redovisas mer utförligt här nedan i tabell 3. Gällande samverkan med patienter och närstående presenteras de senare under processvariabler.

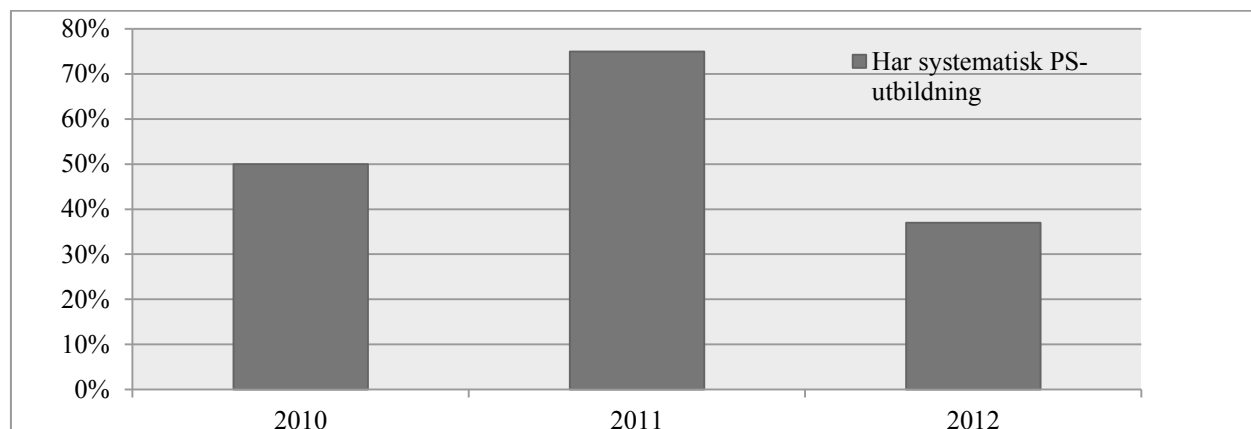
Tabell 3. System, struktur och fora för samverkan/samordning i 2012 års PSB

	Andel som redovisat variabeln i 2012 PSB	Exempel
Har system, struktur och fora för samverkan/samordning inom landstinget (mellan verksamheter o kliniker)	89% inklusive delvis implementerat eller oklart. (varav 11 % ”ja”)	• ”en aktivitet för att stärka samverkan mellan specialiserad vård och primärvård är inrättande av funktion primärvårdskonsult”. • ”vårdplanering med CMA-teknik”. • ”Länssamverkansgrupp gällande avvikelser”
Har system, struktur och fora för samverkan/samordning med andra vårdgivare (andra landsting, kommuner, nationella nätverk etc.)	95% inklusive delvis implementerat eller oklart (varav 63 % ”ja”)	• ”uppmuntras och behöver utvecklas”. • ”Kolorektala vårdkedjan”. • ”Bättre Liv för Äldre Sjuka har bidragit till bättre samverkan med kommunen”. • ”Myndighetssamverkan mellan polis, åklagarmyndigheten, socialtjänst, skola och landsting”. • ”Sjukvårdsregionen har skapat gemensam webbplats för regionala vårdriktlinjer”.
Beskriver patientnämndens arbete	79% inklusive delvis implementerat eller oklart (varav 63 % ”ja”)	• ”många klagomål hanteras av patientnämnden som en brygga till verksamheterna”. ”har återkommande avstämningar med PaN”.
Har struktur eller system för att sprida PS-relaterad information	79% inklusive delvis implementerat eller oklart (varav 21% ”ja”)	• Information på ”toapappret” • Enkäter till alla verksamheter inför skrivande av PSB • Kvalitetsvecka • Intranät • Lex Maria-ärenden läggs ut på nätet • PS-dagar • Musmattor och skrivblock med SBAR-metoden

År 2010-2011 redovisades hur många landsting som angett att de har PS-utbildning, vilket kan tolkas vara av mer systematisk karaktär. Med systematisk PS-utbildning som en strukturvariabel

ska utbildningen vara inrättad som en återkommande insats för att systematiskt utbilda medarbetare i PS-frågor. Då samtliga (100 %) PSB 2012 innehöll information om utbildningar, men inte nödvändigtvis systematisk, lades en ytterligare variabel: ”annan utbildning” till ramverket. Tabell 4 ger exempel på vad de olika variablerna innehöll. Figur 8 visar att det har skett en minskning i tydligt redovisade systematiska utbildningar.

Figur 8. Andel landsting som har redovisat att de har systematisk PS-utbildning



Tabell 4. Exempel patientsäkerhetsutbildningar i PSB 2012

	Systematisk PS-utbildning	Övrig utbildning och strukturer för PS-utbildning
Exempel:	• Kliniskt träningscenter som är tillgängligt för alla • Chefer på alla nivåer, verksamhetsutvecklare m.fl. erbjuds kontinuerligt till händelse- och riskanalysutbildning • Grundläggande PS-utbildning finns tillgänglig på intranät • Medverkar med föreläsningar på högskola för sjuksköterskor och medicinska sekreterare	• Senior Alert • SBAR • Journalgranskning • PS för ledare • Statistik till avvikelshantering • HLR och ALERT • CVK-skötsel • METTS • Kliniskt träningscenter • STRAMA-grupp • Drop-in-undervisning • Lokala utbildningsinsatser • Webbaserade utbildningsverktyg

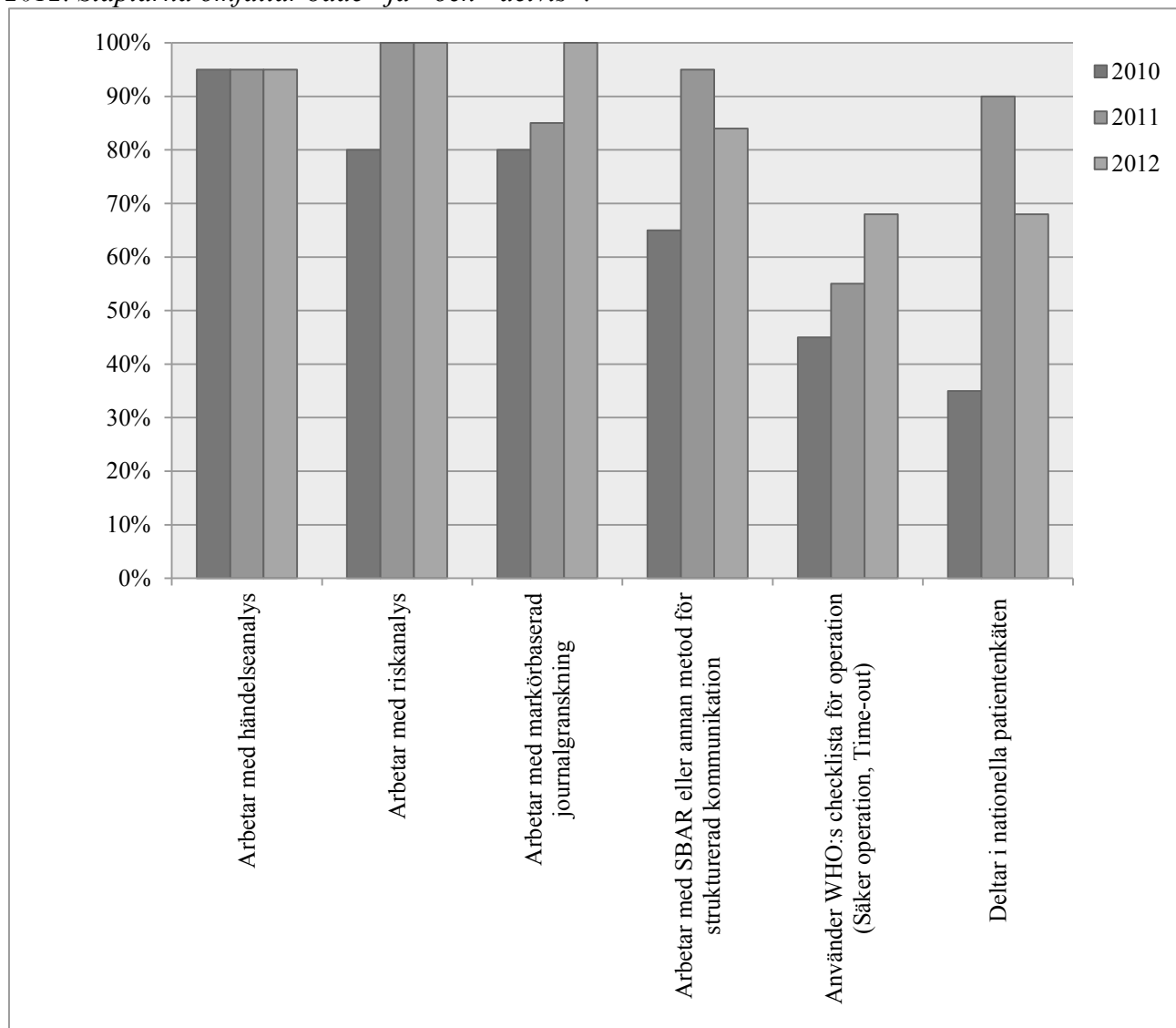
Processer i landstingens patientsäkerhetsarbete

Väldigt många processer beskrivs i 2012 års PSB liksom i de föregående årens berättelser. Nedan i figur 9a och 9b presenteras de variabler som redovisats i PSB 2010-2012. För att göra en mer rättvis jämförelse har 2010 och 2011 års siffror räknats om till andel, samt att ”ja” och ”delvis” är sammanslagna i figurerna nedan. För att se mer specificerad redovisning hur stor andel som är ”delvis” eller ”otydligt” se bilaga 1. Processvariabeln ”mäter patientsäkerhetskultur” ingår inte i redovisningen då det är en förutsättning att ha deltagit i PS-kulturmätning för att kunna skapa en handlingsplan utifrån ovanstående mätning.

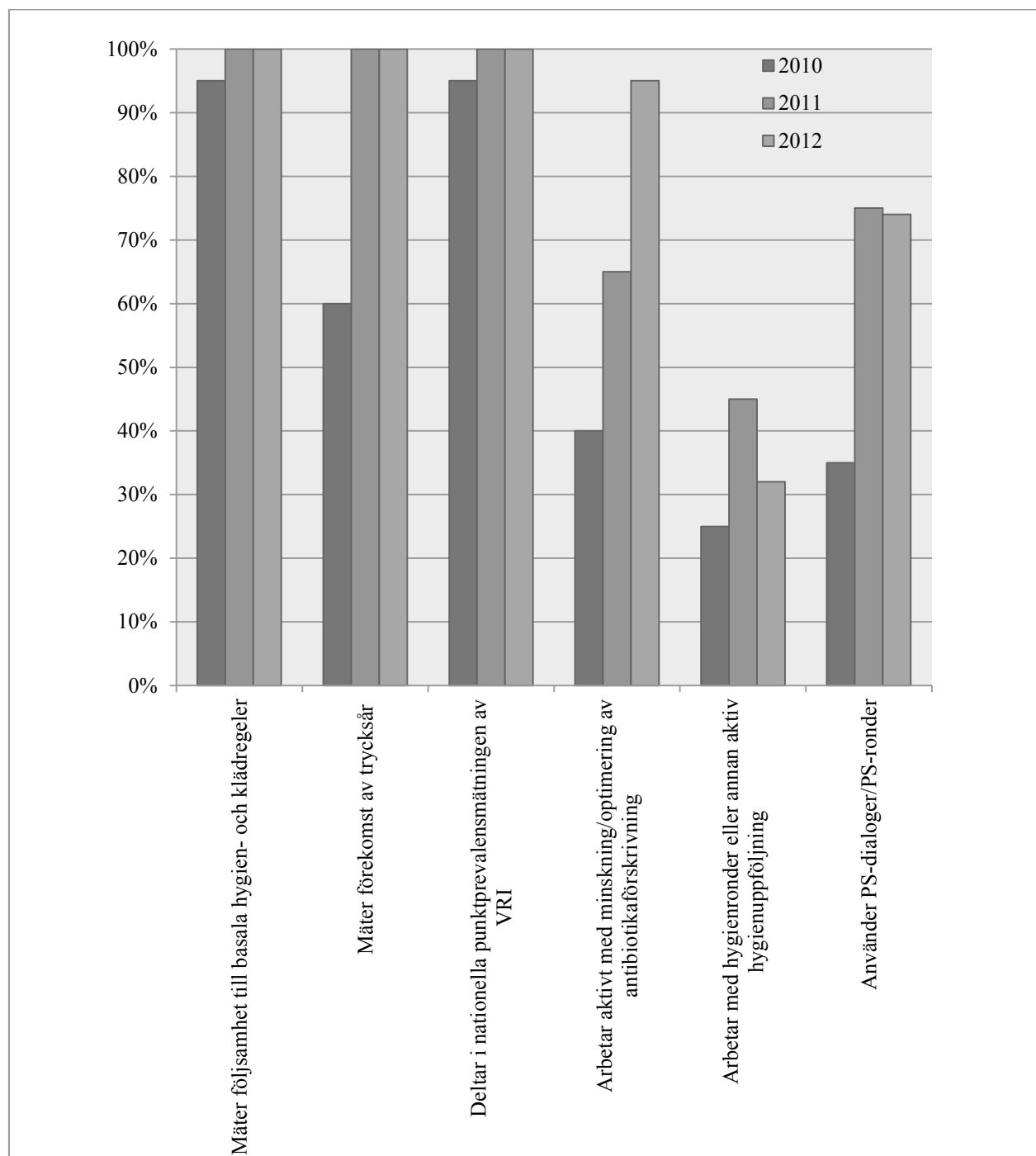
Följande processvariabler har lagts till från 2012 års granskning som inte beskrivits i tidigare rapport:

- Har handlingsplan utifrån patientsäkerhetskulturmätning (100 % varav tydliga ”ja” 68 %)
- Har handlingsplan utifrån trycksårsmätningar (89 % resp. 37 %)

Figur 9a. Andel landsting som redovisat verksamhet inom ett antal processvariabler i PSB 2010-2012. Staplarna omfattar både ”ja” och ”delvis”.

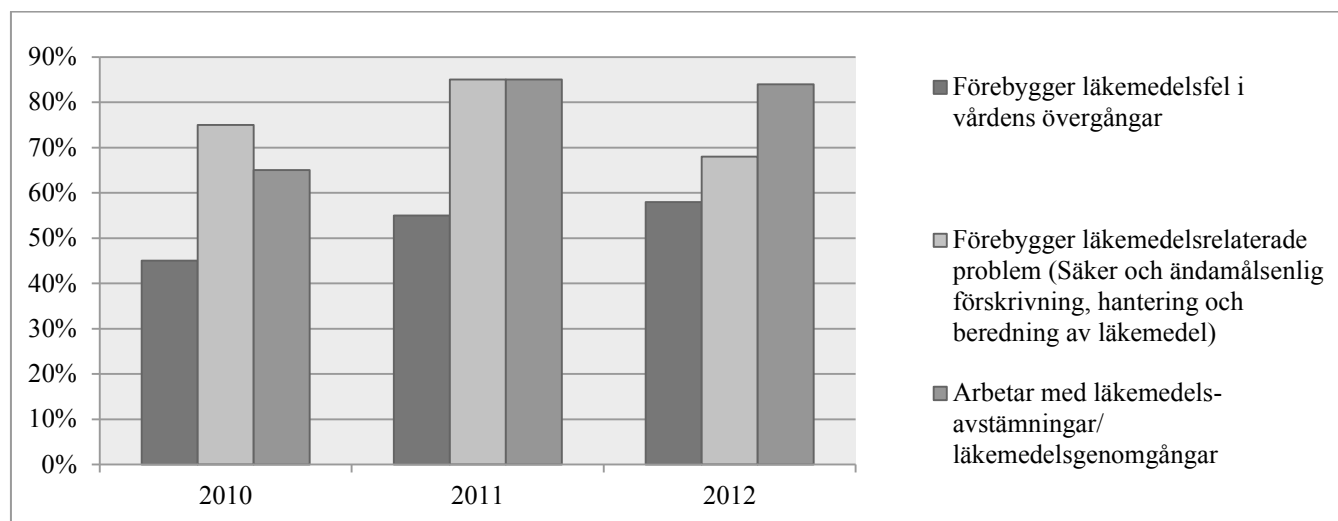


Figur 9b. Andel landsting som redovisat verksamhet inom ett antal processvariabler i PSB 2010-12. Staplarna omfattar både "ja" och "delvis".

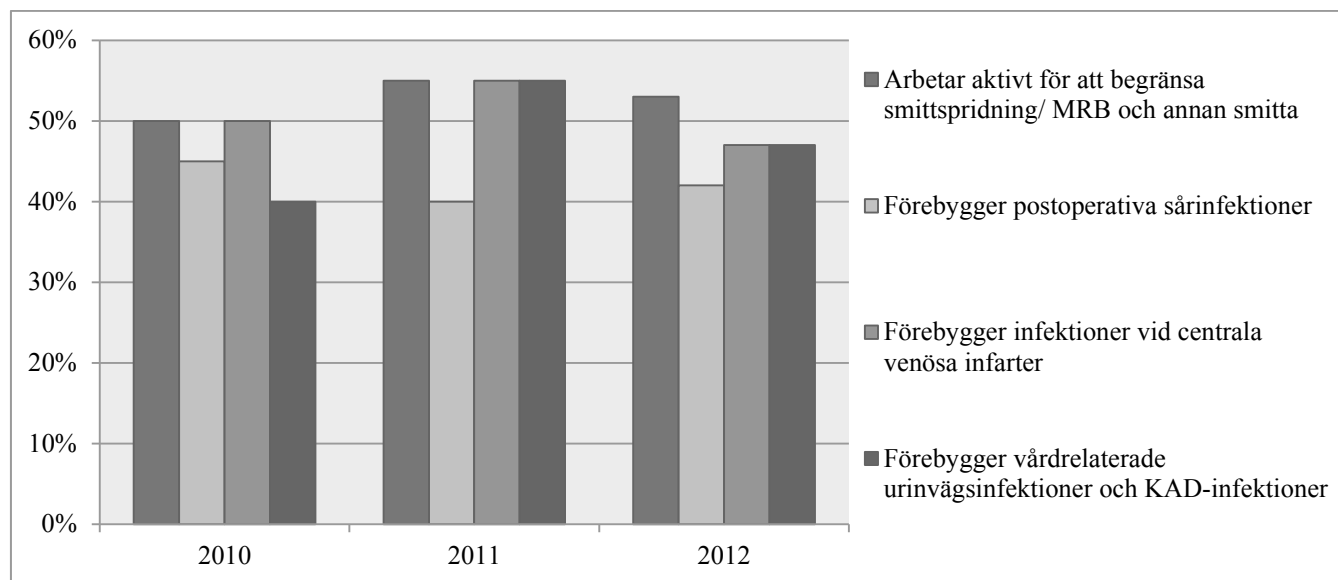


Här nedan har vi samlat några variabler som vi tycker hör till samma kategori men som inte kan slås samman till en enda variabel. I figur 10 har vi samlat de läkemedelsrelaterade processerna. I figur 11 har vi samlat de variabler som berör processer gällande hygien och smittspridning. I figur 12 presenteras variabler som i 2012 års PSB dels omnämns som "vårdpreventivt arbete", processer/arbete utifrån SKL åtgärds paket samt att variablerna ingår i kvalitetsregistret Senior Alert. Främst angav landstingen att det var genom kvalitetsregistret Senior Alert som de arbetade förbyggande med följande variabler (i figur 12) genom riskbedömning samt åtgärdsförslag i samma register. Mer specifikt vilka ytterligare processer som nämndes i 2010-11 års granskning finns med i den tidigare rapporten.

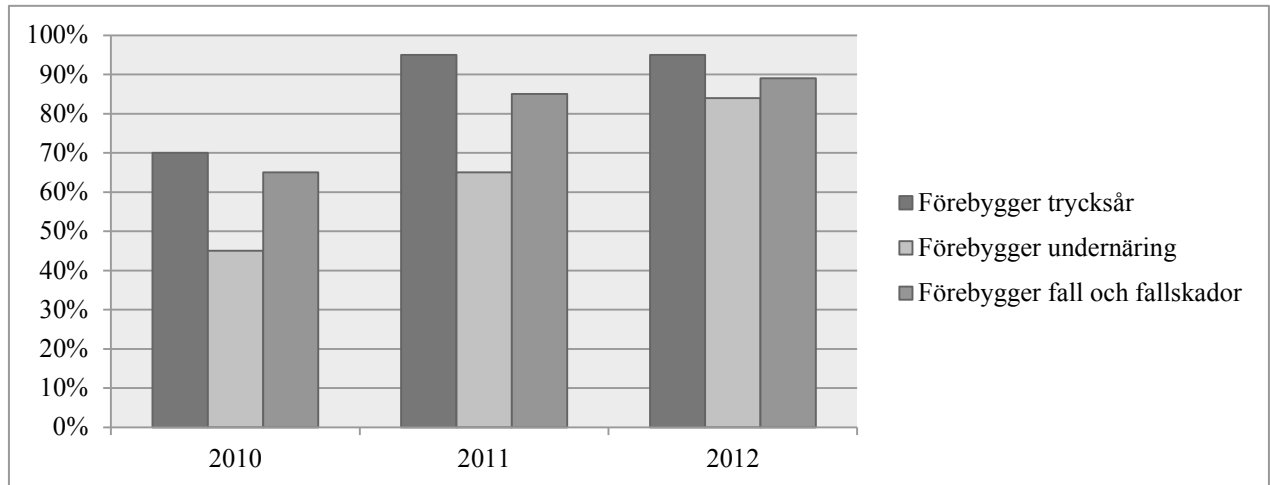
Figur 10. Läkemedelsrelaterade processer i PSB 2010-2012



Figur 11. Hygien- och smittspridningsprocesser i PSB 2010-2012

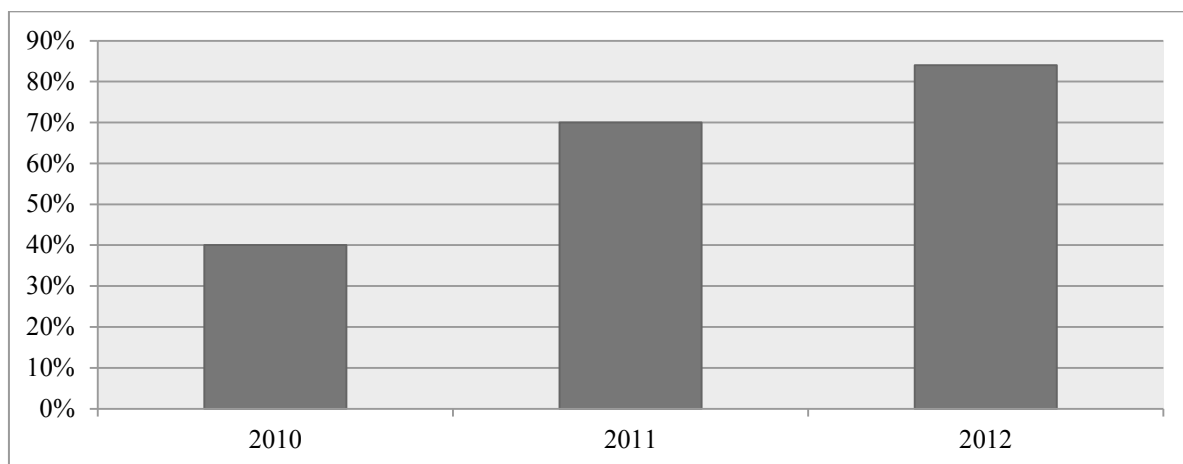


Figur 12. Vårdpreventiva processer i PSB 2010-2012



Det är tydligt att patienter och närstående är viktiga i patientsäkerhetsarbetet då flera av patientsäkerhetsberättelserna beskriver detta (figur 13). Gällande samverkan med patienter och närstående har vi lagt till ytterligare en variabel för år 2012, för år 2010-2011 ingick endast en processvariabel: "Samverkan med patienter och närstående" men det är svårt att avgöra huruvida beskrivningen hörde till struktur eller process, därför tillkom en strukturvariabel: "System, struktur och fora för samverkan med patienter och närstående". Exempel på dessa två variabler ges i tabell 5.

Figur 13. Samverkan med patienter och närstående i PSB 2010-2012 (process-variabel)



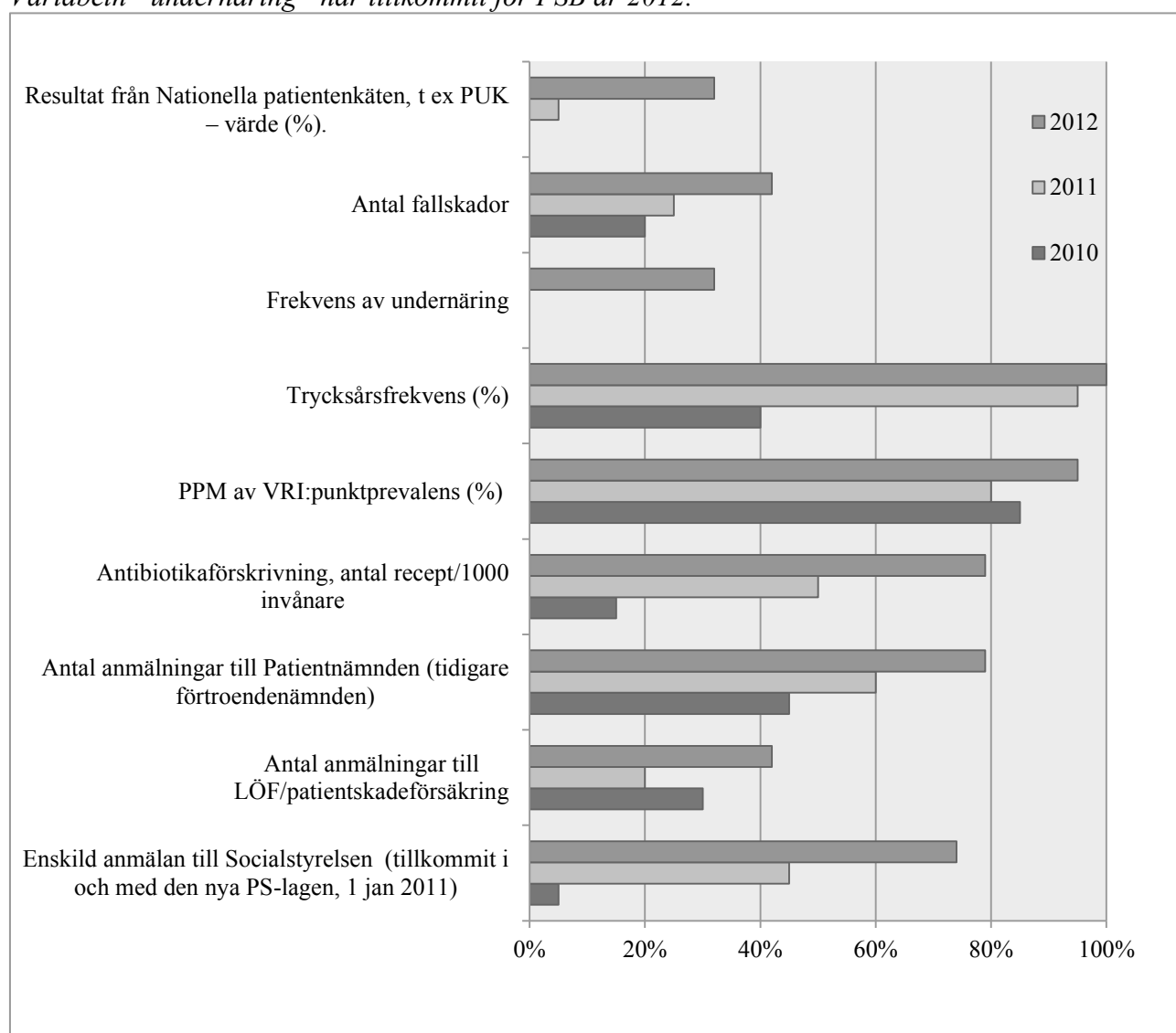
Tabell 5. Exempel som gavs på struktur- och processvariabler i PSB 2012 för system, struktur och fora för samverkan med patienter och närstående

Struktur (84 % har redovisat ja/delvis/oklart)	Process (84 % har redovisat ja/delvis/oklart)
• “Min Guide till Säker Vård” delas ut till verksamhetschefer för vidare spridning till patienter • Förslagslådor • Enkäter • ”Tänk om i 4-steg” – metod för att involvera patienter och närstående vid utvecklingsarbeten • Webb tjänst “Mina Vårdkontakter” • Samverkansmöten för att ta tillvara på patient- och intresseorganisationers erfarenhet och kompetens • Patient kan rapportera direkt i avvikelssystem • Strategigrupp för Patientmedverkan startad • Brukarum på psykiatriska kliniken • Systemiska dialoger (strukturerad dialog- och problemlösningsmetod) • Patientcentrum/-forum • Öppet hus för allmänheten	• Informationskampanj på bussar • Artiklar i lokalpressen • Arbetsgrupp för att underlätta patientmedverkan • ”arbetet att stödja verksamheterna har intensifierats och fokus på patienter och närståendes medverkan i ps-arbetet har genomsyrat landstinget på alla nivåer år 2012” • Patientnämnden har blivit tydligare i att upplysa patienter om deras rätt i vården • ”Lärcafé”

Patientsäkerhetsrelaterade resultat

Resultatvariablerna för 2012 års PSB har kodats dikodomt, dvs. endast ”ja- det har rapporterats” eller ”nej – inte rapporterat”. Ingen värdering har gjorts i huruvida resultatet endast består av siffror, diagram eller med förklarande text eller relativa resultat ingår i redovisningen av resultatet. I de resultat som presenterats för 2010 och 2011 har ”delvis” funnits med som variabel, men i denna jämförelse slås ”ja” och ”delvis” samman. Resultatvariablerna presenteras i figur 14 här nedan.

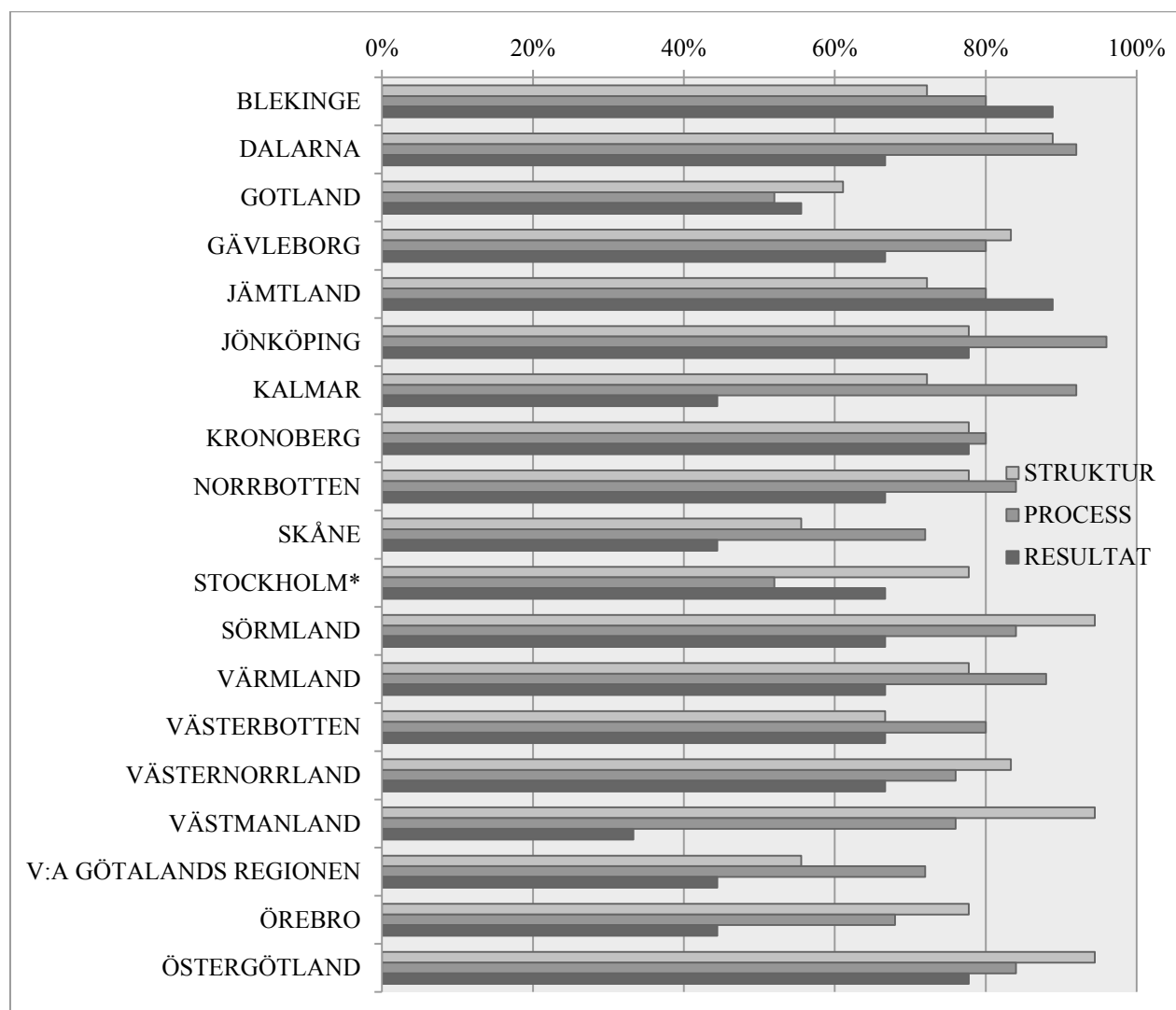
Figur 14. Andel landsting som rapporterat resultat i ett antal variabler 2010-2012. För ”resultat från Nationella patientenkäten” var det inget landsting som redovisade ett resultat år 2010. Variabeln ”undernäring” har tillkommit för PSB år 2012.



Del 2: Jämförelser mellan analyserade patientsäkerhetsberättelser 2012

Figur 15 redovisar hur stor andel av sammanlagt 52 undersökta patientsäkerhetsvariabler (samtliga presenterade i den här rapporten) inom struktur (n=18), process (n=25) och resultat (n=9) som beskrivs fullständigt eller delvis i PSB år 2012. Utifrån denna beräkning är det tre landstings PSB som redovisat flest variabler: Dalarna, Jönköping och Östergötland (45 redovisade variabler av 52 möjliga). De landstingen med färst variabler redovisade är: Gotland (n=29), Region Skåne och Västra Götalands Regionen (n=32) samt Stockholm (n=33).

Figur 15. Andel av 52 undersökta patientsäkerhetsvariabler inom struktur, process och resultat som beskrivs fullständigt eller delvis i PSB år 2012.



Diskussion

Landstingens arbete med att skriva och sammanställa PSB är en relativt ny aktivitet. Granskningen av berättelserna 2010-2012 visar att en utveckling har skett, men att landstingen fortfarande söker en form för sin redovisning. PSB-redovisningen för år 2010 skiljde sig mycket mellan de olika landstingen (Carlfjord, Nilsen och Roback 2013). Året därpå tog SKL fram en mall som gav vårdgivarna tydligare riktlinjer att följa vid sammanställningen av sina struktur-, process- och patientsäkerhetsrelaterade resultat. Denna mall förtydligades ytterligare till år 2012, med rubriker, förklarande text och exempel. Samtliga landsting verkar ha utgått från denna mall, vilket framgår av att de fått med flera av de önskvärda rubrikerna som specificerades. Det förekommer dock att innehållet inte riktigt motsvarar rubrikerna, t.ex. i ett fall där rubriken avsåg samverkan med patienter och närstående men där landstinget endast angav att patientmedverkan är viktigt för patientsäkerheten, utan att specificera några strukturer eller faktiska aktiviteter. Trots föreslagna rubriker och förklarande text, finns skillnader beträffande vad som redovisas. I flera PSB upprepas information, då den placeras under flera olika rubriker.

Totalt sett kan en ökning ses av antal redovisade variabler från 2010 till 2012. Men noteras bör att fler variabler hamnar under ”delvis”. Detta kan bero på att kodningen har förändrats något: ”delvis” för PSB 2012 avser både ”delvis implementerat” och ”oklart redovisat” (d.v.s. det går inte att bedöma i vilken omfattning en struktur eller process är implementerad eller använd). En annan orsak kan vara att de som sammanställt PSB i viss mån har blivit ”hemmablinda”, d.v.s. att de strukturer och processer som förekommer har blivit tagna för givet och självklara i landstingens organisation, varför man inte upplever ett behov av att förklara eller ta med dem i PSB. En annan möjlighet är att PSB:s innehåll påverkats av vilka grundläggande och prestationsbaserade krav som införts. Samtliga landsting har STRAMA-grupper, vilket var ett grundläggande krav år 2011, men dessa redovisas otydligt av många landsting för år 2012.

Det bör påpekas att det inte är exakt samma landsting som jämförs med tidigare år, eftersom några landsting, som tidigare inte hade en sammanhållen PSB, nu har åstadkommit detta. Stockholms läns landsting ingick inte i jämförelsen mellan 2010 och 2011, men ingår i årets analys då en sammanhållen PSB har tagits fram för 2012. Analysen visar att de tre storstadsregionerna har redovisat relativt låg andel variabler, vilket antyder att det är svårare att sammanställa en detaljrik PSB för ett stort landsting än för ett mindre. Sammantaget finns alltså flera faktorer som försvårar jämförelser mellan landsting och över tid.

Kvalitetsregistret Senior Alert förefaller ha påverkat PS-arbetet i positiv riktning, då nästan alla landsting refererar till registret på ett eller annat sätt. Detta kan bero på att registret inte bara innehåller en riskbedömning, utan även åtgärdsförslag, varför det inte blir ännu en ”dokumentationsprodukt”. Samma sak gäller troligen Palliativregisteret, ett av de kvalitetsregister som nämndes flest gånger i PSB 2012.

Den tydligaste ökningen av redovisade variabler syns för resultatvariablerna, där exempelvis alla landsting på ett eller annat sätt redovisat trycksår/förekomst och alla utom ett redovisar prevalens av vårdrelaterade infektioner. I den tidigare analysen för 2010 och 2011 påpekades behovet av standardiserad redovisning av resultatvariablerna, det är fortfarande stor skillnad på hur man

väljer att presentera PS-resultaten: endast i siffror, i relativa siffror eller i diagram/tabell, samt om det finns en förklarande text. Denna rapport har inte utrymme att analysera redovisningsmässiga aspekter, men detta kan vara ett område där tydligare riktlinjer vore av godo.

Ett syfte med PSB är att Socialstyrelsen som är tillsynsmyndighet ska kunna utöva tillsyn av landstingens PS-verksamhet (sedan juni 2013 har Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, tagit över ansvaret som tillsynsmyndighet). Vi bedömer att PSB i dagsläget inte riktigt håller måttet för detta, då det fortfarande kan vara svårt att få en tydlig bild av vad som faktiskt görs inom olika landsting, trots att PSB har blivit mer informativa 2012 än tidigare år. Det andra syftet med PSB är att andra intressenter och allmänheten ska få tillgång till information om vad vårdgivaren gör för att förbättra patientsäkerheten. Även här ser vi svårigheter, eftersom de flesta PSB är skrivna på ett sådant sätt och med sådan terminologi, att det behövs förkunskap för att tolka informationen.

PSB ger i många avseenden en god bild av det patientsäkerhetsarbete som bedrivs i landstingen. Konceptet är unikt internationellt sett, men det finns utvecklingspotential. Ytterligare utveckling av SKL:s mall skulle kunna underlätta landstingens arbete och förbättra förutsättningarna för jämförelser mellan landstingen och över tid. Det är olyckligt om det finns ett mörkertal, så att vissa landsting gör betydligt mer än vad som framgår av deras PSB. Det är mycket angeläget att säkerställa att alla viktiga förekommande strukturer och processer faktiskt redovisas i dessa berättelser. Det är också önskvärt att berättelserna fångar det organisatoriska lärandet kring patientsäkerhet som sker över tid, genom att landstingen kan beskriva hur data och resultat av olika slag omsätts i åtgärder för förbättrad patientsäkerhet.

Referenser

Carlfjord, S. Roback, K. och Nilsen, P. Bilaga 2. Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – beskrivning och jämförande analys av patientsäkerhetsberättelser för åren 2010 och 2011. Socialstyrelsen. Bilaga 2 till rapport 2013-4-3

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Volyme I. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980.

Hsieh HF, Shannon SE (2005). Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, Vol. 15(9): 1277-1288.

Kohn et al. Institute of medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington D.C: National Academic Press; 2000.

Patientsäkerhetslag (2010:569). Stockholm: Socialdepartementet

Patientsäkerhetssatsning 2011, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Stockholm: Socialdepartementet och SKL. Tillgänglig 2014-02-03 från:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/15/85/04/06ca8a2e.pdf>

Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(4): 285-91.

Bilaga 1. Andel (%) av de studerade processvariablerna som rapporterats i landstingens PSB 2010 - 2012

