

Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014

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.

Artikelnummer 2014-4-7

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2014. Korrigerad: 2014-04-24: Uppgifter för Landstinget Dalarna har korrigerats i diagram 5 sidan 24. 2014-05-23: Text i faktaruta sidan 21 korrigerad.

Förord

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

Rapporten beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i första hand för den somatiska slutenvården. Det är främst inom detta område som tillförlitliga data och indikatorer finns tillgängliga. Rapporten riktar sig till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå samt andra som har intresse av att följa patientsäkerhetsutvecklingen.

Rapporten har utarbetats av utredaren Anna-Karin Alvéén (projektledare), utredaren Eva Löf och medicinalrådet Michael Soop. I arbetet har också utredaren Axana Haggar deltagit. Ansvarig enhetschef har varit Natalia Borg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	10
Bakgrund	10
Rapportens innehåll	11
Indikatorer för patientsäkerhetsarbete	14
Patientsäkerhetskultur	14
Strukturerad journalgranskning	15
Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	21
Nationell patientöversikt	25
Lex Maria-anmälningar	27
Nationellt it-stöd för händelseanalys - Nitha	30
Infektionsverket – registrering av vårdrelaterade infektioner	32
Överbeläggningar, utlokaliseringar och utskrivningsklara patienter	33
Nationell patientenkät i primärvården	38
Indikatorer för skador – rapportering från patienter och närstående	41
Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF	41
Anmälningar till patientnämnderna	47
Klagomål	49
Indikatorer för skador – rapportering från vårdgivare och profession	50
Indikatorer från öppna jämförelser	50
OECD-indikatorer	71
Trycksår	78
Åtgärdbar dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård	83
Antibiotikaanvändning	88
Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden	91
Vårdgivarnas arbete med vårdhygien	91
Landstingens patientsäkerhetsberättelser	93
Landstingens patientsäkerhetsarbete	97
Diskussion	100
Samlad bedömning av utvecklingen	103
Referenser	104
Bilaga 1 Projektorganisation	107
Bilaga 2 Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser	108

Sammanfattning

Denna rapport är den andra samlade redovisningen av indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten för specifika områden inom den landstingsfinansierade vården.

I rapporten redovisas resultat med fokus på patientsäkerhetsutveckling under perioden 2010–2013. Avsikten är att resultaten för år 2010 ska tjäna som utgångspunkt för jämförelser med de resultat som uppnåts senare under inflytande av patientsäkerhetslagen och överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för åren 2011–2013.

Rapporten beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet för i första hand den somatiska slutenvården. Det är främst inom detta område som tillförlitliga data och indikatorer finns tillgängliga.

Metoder som etablerats

Under åren 2011–2013 har användningen av följande metoder och aktiviteter kopplade till dem etablerats i samtliga landsting:

- Ökad uppmärksamhet på basala hygien- och klädregler och mätning av personalens följsamhet till dessa.
- Mätning av trycksår förekomst och framtagande av handlingsplaner för åtgärder mot trycksår.
- Mätning av patientsäkerhetskultur och framtagande av handlingsplaner för det fortsatta arbetet med utvecklingen av denna.
- Användning av strukturerad journalgranskning.

Myndigheten konstaterar att dessa metoder har fått en allt bredare användning inom de enskilda landstingen.

Nya metoder på väg in

Följande nya metoder och verktyg har utvecklats och börjat tillämpas under perioden:

- Mätning av överbeläggning och utlokaliserad patient.
- Infektionsverktyget – kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner.
- Nationellt it-stöd för händelseanalys, Nitha.
- Nationell Patientöversikt, NPÖ.

Alla dessa metoder har under perioden introducerats i samtliga landsting, med undantag av Nitha där fyra landsting ännu inte anslutit sig (januari 2014).

Utveckling inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen bedömer att det har skett en utveckling när det gäller spridningen och användningen av flera befintliga metoder för patientsäkerhetsarbete och introduktionen av nya.

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet som har skett under åren 2011–2013 i stor utsträckning är en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet. Överenskommelserna har också i hög grad påskyndat framtagande av gemensamma definitioner, nya metoder, system för datainsamling, datasammanställning och analys och på så vis bidragit till uppbyggnaden av en nationell infrastruktur för patientsäkerhetsarbete inom flera viktiga områden. Socialstyrelsen bedömer att detta arbete är av stor betydelse för patientsäkerhetsutvecklingen men myndigheten konstaterar att det ännu inte går att se några påtagliga effekter av insatta åtgärder.

Socialstyrelsen anser att vårdgivarna bör fokusera arbetet med att utveckla patientsäkerheten genom följande insatser:

- Använd strukturerad journalgranskning för att följa upp effekten av åtgärder för att förebygga vårdskador.
- Öka de evidensbaserade insatserna så att förekomsten av trycksår och vårdrelaterade infektioner minskar.
- Använd de resultat som kommer fram i olika mätningar och sätt in lämpliga förbättringsåtgärder.
- Beskriv mer utförligt i patientsäkerhetsberättelserna vad som gjorts för att ge patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.
- Använd det nationella it-stödet för händelseanalys och bidra på så vis till det gemensamma lärandet.
- Bedriv förbättringsarbete avseende patientsäkerhetskultur genom att sätta in åtgärder utifrån handlingsplaner och följa upp resultatet med nya mätningar.

Socialstyrelsen har tidigare på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet med mål och prioriterade insatsområden, uppföljning samt fortsatt arbete och organisation. Syftet med strategin är att beskriva den långsiktiga inriktningen i patientsäkerhetsarbetet.

Trots att primärvården står för drygt hälften av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården saknas i nuläget lagstöd för att samla individuppgifter på nationell nivå. Underlag för bland annat uppföljning och kvalitetssäkring från primärvården är därför begränsat.

Socialstyrelsen bedömer att det finns en betydande underrapportering av skador och vårdskador från vården och att patienters och närståendes uppfattning om förekomsten av vårdskador inte dokumenteras och redovisas i den utsträckning som är önskvärd i de befintliga anmälningssystemen. Det är av stor vikt att kvaliteten på dokumentationen av skador i journaler och i anmälningar blir bättre och att informationen används för lärande för att förebygga skador i vården.

Vid strukturerad journalgranskning har framkommit att patienter som drabbats av skador i genomsnitt hade mer än dubbelt så lång vårdtid som

övriga patienter. På årsbasis motsvarar förlängningen av vårdtiden 1,3 miljoner vårddygn. Kostnaden för den förlängda vårdtiden beräknas till 11,5 miljarder kronor [1].

Socialstyrelsen bedömer att överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar utgör risk för patienter och bör undvikas. Kontinuerliga mätningar av överbeläggningar, utlokaliseringar och utskrivningsklara patienter är ett viktigt steg i detta arbete och kan bidra till att problemområden tydliggörs och att åtgärder vidtas.

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

Inledning

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att årligen 2013 till 2015 lämna lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet (S2010/9220/FS). Denna andra rapport speglar i enlighet med uppdraget patientsäkerheten inom den somatiska slutenvården, den psykiatriska vården, primärvården och den öppna specialistvården, i den utsträckning indikatorer finns tillgängliga.

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

Socialstyrelsen har haft samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, i arbetet med rapporten.

Avgränsningar

I rapporten redovisas resultaten med fokus på den landstingsfinansierade vården och det är i första hand patientsäkerhetsutvecklingen under perioden 2010–2013 som redovisas. Avsikten är att resultaten för år 2010 ska tjäna som utgångspunkt för jämförelser med de resultat som uppnåts under inflytande av patientsäkerhetslagen och överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL för åren 2011, 2012 och 2013.

Bakgrund

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

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

Patientsäkerhet

Skydd mot vårdskada.

Vårdskada

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

Den ena huvudkategorin är indikatorer som belyser det arbete som pågår i landstingen i syfte att förebygga vårdskador. Den andra huvudkategorin är indikatorer som återspeglar i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador. Med vårdskada avses enligt patientsäkerhetslagen endast sådana skador som hade kunnat undvikas. Det finns flera källor som belyser i vilken utsträckning patienter drabbas av skador och komplikationer i vården, men det framgår inte av dessa hur stor andel av skadorna som hade kunnat undvikas. I Socialstyrelsens rapport, *Vårdskador inom somatisk slutenvård* [2], bedömdes att 70 procent av alla skador och komplikationer var undvikbara. I denna rapport redovisas förekomsten av olika typer av skador och komplikationer som indikatorer för förekomsten av vårdskador.

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

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

Rapportens innehåll

Indikatorer och datakällor

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

- Socialstyrelsens rapport, *Nationella indikatorer för god vård, 2009*.
- Nordiska ministerrådets rapport, TemaNord 2010:572, *Nordisk kvalitetsmålning i sundhedsvæsenet*.
- OECD:s rapport, *Health at a Glance 2013*.

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

- *Överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL för åren 2011, 2012 och 2013*, innehåller grundläggande krav och indikatorer som belyser utvecklingen i landstingen inom patientsäkerhetsområdet. Flera av dessa krav och indikatorer är baserade på indikatorer som förslagits i Socialstyrelsens och Nordiska ministerrådets rapporter. De resultat som landstingen har uppnått med anledning av överenskommelserna har rapporterats av SKL och Center för eHälsa i samverkan. Det gäller även vissa andra resultat som presenteras i rapporten.
- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* redovisar årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Många av kvalitetsindikatorerna återspeglar brister i patientsäkerheten. I denna rapport återges i första hand indikatorer som belyser i vilken utsträckning patienter drabbats av skador och komplikationer.

-
- *Patientförsäkringen LÖF, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, samt rapportering från patientnämnder har bidragit till innehållet i rapporten.*
 - *Smittskyddsinstitutet (SMI, från 2014-01-01 Folkhälsomyndigheten)*
Rationell förskrivning av antibiotika, som en del i arbetet mot antibiotika-resistens, ingår också i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL. SMI har utvärderat landstingens arbete och uppnådda resultat och sammanställt resultaten i en rapport [3].

Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden

Socialstyrelsen har granskat patientsäkerheten inom specifika områden. I rapporten presenteras resultaten av granskningarna inom följande områden.

Vårdgivarnas arbete med vårdhygien

För att få en uppfattning om det skett någon förändring i landstingens styrning av vårdhygienarbetet, gjorde Socialstyrelsen hösten 2013 en uppföljning av en enkät som genomfördes 2010. Enkäten belyste vilka resurser och rutiner som landstingen har och använder sig av i vårdhygienarbetet.

Landstingens patientsäkerhetsberättelser

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Socialstyrelsen har gett Linköpings universitet i uppdrag att systematiskt granska innehållet i de patientsäkerhetsberättelser som avser verksamhetsåret 2012 i jämförelse med 2010 och 2011.

Samlad bedömning av landstingens patientsäkerhetsarbete

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har utifrån besök hos samtliga landstingsledningar, sammanställning av resultat från mätningar samt analys av landstingens patientsäkerhetsberättelser bedömt utvecklingen av landstingens och regionernas systematiska patientsäkerhetsarbete mellan 2012 och 2013.

Vägledning för tolkning av resultat

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

Till flertalet indikatorer finns resultaten presenterade i diagram med en kort kommenterande text. Benämningen landsting i tabeller, diagram och

löpande text avser både landsting och regioner. Diagrammen är i huvudsak liggande stapeldiagram, där landstingen placerats i fallande ordning. I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i diagrammet är ett bättre utfall än en lägre placering. En rangordning har gjorts även i de fall där kvaliteten i data är lägre, där skillnaderna mellan landsting är små och för de indikatorer och resultat där den statistiska osäkerheten är stor.

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

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

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

Indikatorer för patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetskultur

Grunden till en god patientsäkerhetskultur är att all personal är medveten om och vaksam på de risker som kan uppstå, och att verksamhetskulturen tillåter en öppen diskussion om sådana risker och tillstånd som påverkar patientsäkerheten. För att medarbetare ska vilja, tillåtas och våga diskutera frågor om säkerhet är det viktigt att organisationsledningen för en vårdverksamhet skapar förutsättningar i form av följande exempel:

- En rapporteringskultur där medarbetare frivilligt rapporterar misstag, där den rapporterade informationen tas tillvara och analyseras och där resultaten återförs till den personal som är berörd.
- En rättvisekultur med en förtroendefull atmosfär, där medarbetare uppmuntras att dela med sig av säkerhetsrelaterad information i vetskap om att de inte kommer att skuldbeläggas, och där de samtidigt inser sitt eget ansvar.
- En flexibel kultur med en respekt för medarbetarnas kunskap som medför att de som kan en specifik arbetsuppgift bäst, också tillåts kontrollera den.
- En lärande kultur som innefattar en vilja och en kompetens att använda information från tillgängliga säkerhetssystem samt en förmåga att driva igenom förändringar om det behövs

I patientsäkerhetssatsning 2013, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, om förbättrad patientsäkerhet, var grundkravet vad gäller patientsäkerhetskultur att landstingen ska ha utarbetat en eller flera uppdaterade handlingsplaner för 2013. Handlingsplanerna ska innehålla mål för patientssäkerhetskulturen och visa på patientnyttan. Utifrån dessa handlingsplaner ska förbättringsarbete bedrivas inom landstingen. Utgångspunkt ska vara resultat av genomförda mätningar av patientsäkerhetskulturen samt dokumenterad utvärdering av det redan påbörjade förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhetskulturen mäts genom enkäter till personalen. Syftet är att kartlägga styrkor och svagheter i kulturen, belysa personalens uppfattning om olika omständigheter som berör patientsäkerhet och identifiera förbättringsområden. Områden som belyses är till exempel hur organisationen ser på rapportering av avvikelser och förslag till förbättringar av patientsäkerheten.

Patientsäkerhetskulturen mäts numera regelbundet i alla landsting.

Metod

Uppdaterade handlingsplaner från landsting/regioner i riket vad gäller arbetet med patientsäkerhetskultur har insamlats, granskats och bedömts av SKL.

Resultat av genomförda mätningar och dokumenterad utvärdering av det redan påbörjade förbättringsarbetet inom patientsäkerhetsområdet utgör underlag till planerna.

Resultat

Efter att samtliga landsting och regioner hade skickat in handlingsplaner till SKL och fem landsting kompletterat sin information, bedömdes alla landsting och regioner ha fullgjort innehållet i grundkravet.

Landstingen har kommit olika långt i sitt patientsäkerhetskulturarbete. Vissa landsting arbetar med att skapa ett bra underlag och en grund till fortsatt arbete, medan andra har arbetat vidare och genomfört två övergripande mätningar. Flertalet landsting/regioner menar att en styrka med arbetet kring patientsäkerhetskultur är att området patientsäkerhet tydliggörs i organisationen.

Svårt att konkretisera

En svårighet för många landsting har varit att beskriva patientnyttan och utvärdera de åtgärder som genomförts. En viktig orsak är att kulturfrågorna är komplexa och att förändringar tar tid.

Många landsting beskriver i handlingsplanerna arbete inom närliggande områden som exempelvis patientsäkerhetsdialoger och ronder, säker kommunikation genom SBAR (strukturerad information i vården utifrån "Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation") och patientsäkerhetsutbildningar. Sådana aktiviteter kan ha bäring på kultur om det påpekas att syftet med aktiviteterna även är att påverka kulturen.

Det framkommer också av handlingsplanerna att det finns delar av arbetet med att förbättra patientsäkerhetskulturen som skulle kunna stärkas genom ökad samverkan mellan landstingen.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att landstingen vidtar åtgärder för att förbättra patientsäkerhetskulturen och följer resultatet med hjälp av nya mätningar.

Strukturerad journalgranskning

Grunden för förbättringsarbete är att upptäcka oönskade utfall och att analysera dem för att hitta orsakerna, att vidta åtgärder och att utvärdera åtgärdernas effekter. Inom hälso- och sjukvården har det sedan början av 1990-talet funnits krav på att vårdgivarna ska ha inrättat ett avvikelserapporterings-system där personalen själv identifierar och rapporterar skador som drabbat patienter. Under de senaste åren har det visat sig att antalet skador som personalen rapporterar är mycket litet i jämförelse med vad som kan upptäckas med så kallad strukturerad journalgranskning [4, 5].

Metod

Strukturerad journalgranskning innebär att man väljer ut ett antal vårdtillfällen och granskar patientjournalerna på ett systematiskt och strukturerat sätt för att upptäcka och karakterisera skador, både undvikbara och icke undvikbara, som drabbat patienterna. En metod som utvecklats för somatisk slutenvård, började användas i USA under 1980-talet och användes för första gången i större skala i den så kallade Harvard Medical Practice Study [6]. Sedan dess har den metoden använts i många länder, bland annat i Sverige, för att belysa patientsäkerheten på nationell nivå [2].

En annan metod för strukturerad journalgranskning som är avsedd att användas i sjukhusens patientsäkerhetsarbete, introducerades i Sverige under 2008 [7]. Det var en svensk anpassning av en metod som ursprungligen utvecklades av Institute for Healthcare Improvement i USA, Global Trigger Tool. Denna metod modifierades under 2012.

Användningen av strukturerad journalgranskning

Under 2011 använde knappt hälften av landstingen resultaten från strukturerad journalgranskning som underlag för förbättringsarbete [8]. Under 2012 användes metoden vid samtliga sjukhus. Sjukhusen granskade 20 vårdtillfällen per månad under första kvartalet 2012.

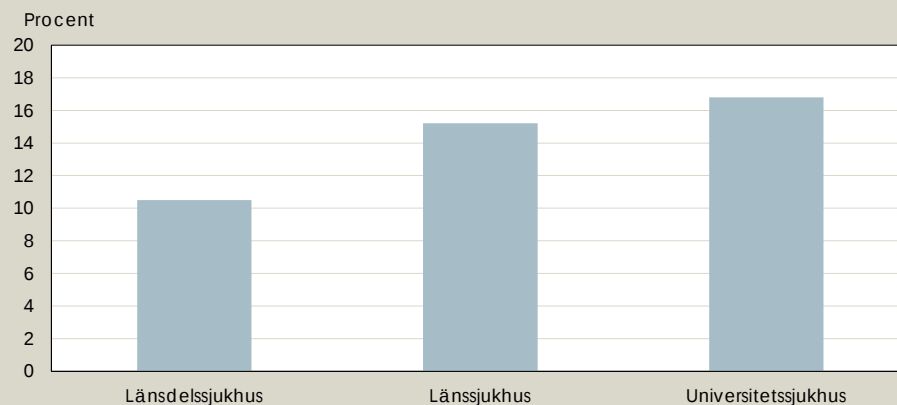
I överenskommelsen mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet 2013 ingick strukturerad journalgranskning som ett av grundkraven för att landstingen skulle kunna få ta del av den prestationsbaserade ersättningen. Kravet var att länsdelssjukhusen skulle granska 20 journaler i månaden, länsjukhusen 30 journaler i månaden och universitetssjukhusen 40 journaler i månaden, under första halvåret 2013. Syftet var att sprida användningen av metoden och inrapportering av resultat till SKL:s databas. Resultaten presenterades i SKL:s rapport *Skador i vården - skadeöversikt och kostnad* [1]. En del av dessa resultat återges här.

Resultat

Sammanlagt granskades journaler från 9 995 vårdtillfällen vid 63 sjukhus (34 länsdelssjukhus, 22 länssjukhus och 7 universitetssjukhus). Könsfördelningen bland patienterna var 53 procent kvinnor och 47 procent män. Genomsnittsåldern för män var 68 år och för kvinnor 66 år.

Vid 13,5 procent av vårdtillfällena hade patienten fått en eller flera skador. Antalet skador per patient var i genomsnitt 1,2. Spridningen i förekomsten av skador vid de 63 sjukhusen var stor, från 2,5 procent till 33,3 procent av vårdtillfällena.

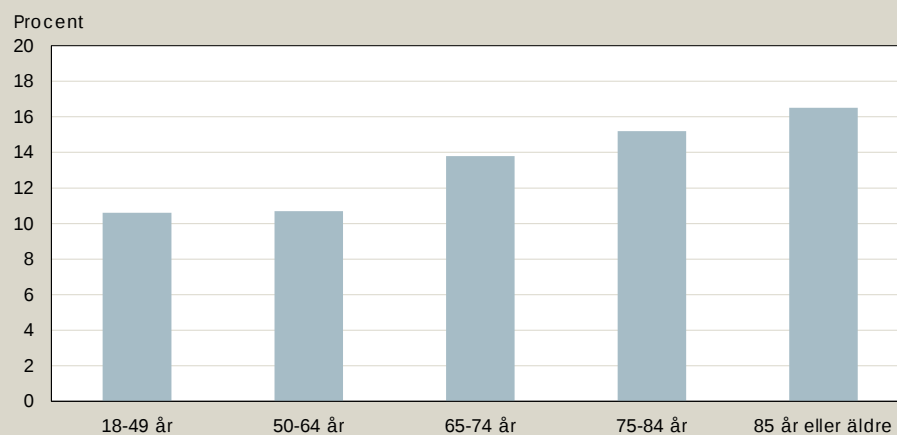
Diagram 1. Andel vårdtillfällen med skador vid olika sjukhustyper



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Förekomsten av skador var signifikant lägre vid länsdelssjukhusen än vid de två andra sjukhustyperna (diagram 1).

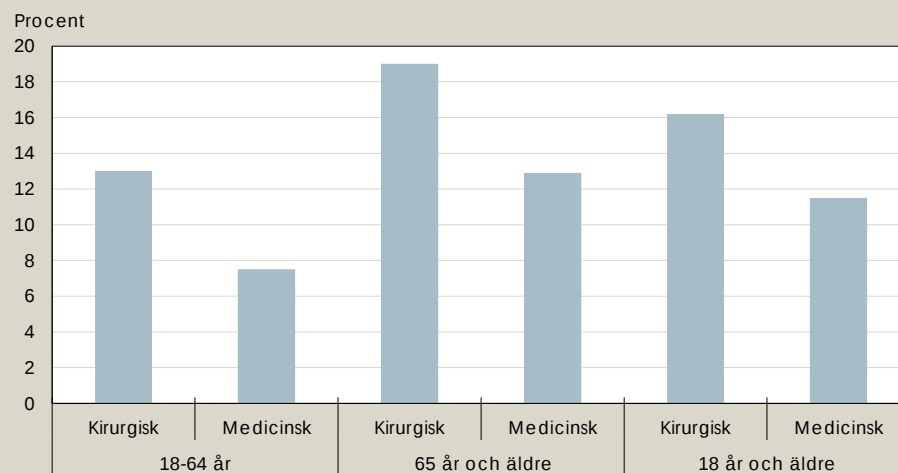
Diagram 2. Andel vårdtillfällen med skador i olika åldersgrupper



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Skador var lika vanliga hos män som hos kvinnor. Skador var signifikant vanligare hos patienter som var 65 år och äldre än hos yngre, 15,1 procent jämfört med 10,7 procent (diagram 2). Skador var signifikant vanligare i kirurgisk verksamhet än i medicinsk verksamhet (diagram 3).

Diagram 3. Andel vårdtillfällen med skador i kirurgisk respektive medicinsk verksamhet, i olika åldersgrupper



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Cirka hälften av skadorna var lindriga och övergående (tabell 1). Av skadorna medförde 44 procent förlängd sjukhusvistelse för patienterna. Drygt fem procent av skadorna var allvarliga, dvs. skador som ledde till bestående funktionsnedsättning eller bidrog till att patienten avled. Fördelningen av skadornas allvarlighetsgrad var likadan oavsett sjukhustyp.

Tabell 1. Skadornas allvarlighetsgrad

Typ av skada	Procent
Resulterade i temporär skada som krävde åtgärd	50,6
Resulterade i temporär skada som krävde förlängd sjukhusvistelse	44,1
Bidrog till eller orsakade permanent skada	2,4
Bidrog till patientens död	2,2
Krävde livsuppehållande åtgärder	0,7
TOTALT	100

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Den vanligaste typen av skada, drygt 35 procent, var vårdrelaterade infektioner, tabell 2. De vanligaste typerna av vårdrelaterade infektioner var urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion och lunginflammation. Närmare 13 procent av skadorna hade uppstått i samband med kirurgi eller andra ingrepp. Trycksår, läkemedelsrelaterade skador och blåsöverflyllnad utgjorde vardera cirka 8-9 procent av skadorna.

Andelen skador som uppstått i samband med kirurgi eller andra ingrepp minskade med stigande ålder hos patienterna. Däremot ökade andelen trycksår och fallskador med stigande ålder.

Tabell 2. Skadornas fördelning i olika skadetyper

Typ av skada	Procent
Vårdrelaterade infektioner	35,1
Annat	19,0
Kirurgiska skador	12,9
Blåsöverflynnad	9,1
Läkemedelsrelaterad skada	8,1
Trycksår	8,1
Fallskada	4,9
Svikt i vitala parametrar	2,4
Neurologisk skada	0,4
TOTALT	100

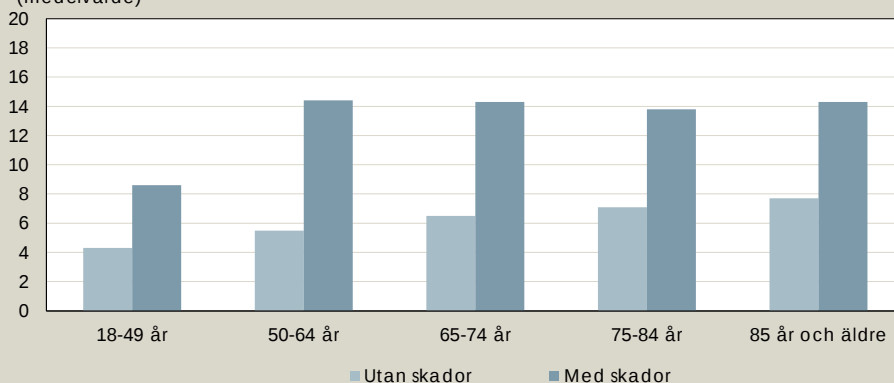
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Patienter som drabbats av skador hade i genomsnitt mer än dubbelt så lång vårdtid som de övriga patienterna. Skillnaden i vårdtidens längd var signifikant i alla åldersgrupper, diagram 4.

Omräknat till årsbasis motsvarar förlängningen av vårdtiden 1,3 miljoner vårddygn. Kostnaden för den förlängda vårdtiden beräknas till 11,5 miljarder kronor [1].

Diagram 4. Vårdtid för patienter med respektive utan skador i olika åldersgrupper

Antal vårddygn
(medelvärde)



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Jämförelser av förekomsten av skador i somatisk slutenvård

Förekomsten av skador i den nationella journalgranskning som gjordes 2012 och den som gjordes 2013 var i båda undersökningarna 13,5 procent. Men för att kunna jämföra resultaten från dessa undersökningar på ett rättvisande sätt måste man ta hänsyn till att urvalet vårdtillfällen som granskades 2012 och 2013 inte är detsamma. I undersökningen 2013 granskades 20 journaler i månaden vid länsdelssjukhusen, 30 journaler i månaden vid länssjukhusen och 40 journaler i månaden vid universitetssjukhusen. Detta urval vårdtill-

fällen var inte representativt för hur stor andel av alla vårdtillfällen per år som sker på de tre typerna av sjukhus. Länsdelssjukhusen var överrepresenterade i materialet medan universitets- och regionsjukhusen var underrepresenterade. Detta måste beaktas eftersom förekomsten av skador var signifikant lägre vid länsdelssjukhusen än vid de större sjukhustyperna, diagram 1. När resultaten omräknades så att de blev representativa för hur det totala antalet vårdtillfällen fördelade sig på de tre olika sjukhustyperna, blev förekomsten av skador 15,0 procent för 2013.

I 2012 års journalgranskning granskade sjukhusen 20 journaler per sjukhus oavsett sjukhustyp. Resultatet för år 2012 (13,5 procent skador) omräknades av SKL på motsvarande sätt och gav då en förekomst av skador på 15,4 procent.

För att kunna jämföra resultaten på ett rättvisande sätt måste hänsyn också tas till att metoderna som användes för att granska journaler 2012 och 2013 inte var identiska. Erfarenheterna av tidigare granskningsarbete och forskning [9] ledde till att metoden för journalgranskning utvecklades, bland annat för att kunna identifiera fler typer av skador. De fyra nya skadetyperna som infördes i metoden (blåsöverfyllnad, neurologisk skada, svikt i vitala parametrar samt hudskada eller ytlig kärlskada) utgjorde 11,9 procent av de skador som identifierades 2013 [1]. I någon utsträckning registrerades dessa skadetyper under "övriga skador" i journalgranskningen 2012, men förändringen av metoden ledde till att dessa skadetyper registrerades i betydligt högre utsträckning i granskningen 2013. Det är rimligt att anta att denna metodologiska förändring har lett till att cirka 10 procent fler skador registrerades 2013 än med den metod som användes 2012. Med detta antagande skulle förekomsten av skador 2013 uppskattas till cirka 13,5 procent, om samma metod som användes 2012 hade använts även i granskningen 2013. Andelen skador som var undvikbara, det vill säga vårdskador, kan antas ha utgjort 60–70 procent av alla skador [3, 9, 10].

I Norge har journalgranskning genomförts på nationell nivå under perioden 2010 – 2012. Den metod som användes i Norge är nära nog identisk med den metod som användes i Sverige 2012. Förekomsten av skador på norska sjukhus var 15,8 procent 2010, 16,1 procent 2011 och 13,9 procent 2012 [12]. I Norge granskades över 10 000 vårdtillfällen både 2011 och 2012, vilket gjorde det möjligt att påvisa en statistiskt säkerställd minskning av förekomsten av skador mellan dessa år på drygt 2 procentenheter. I Sverige granskades för få vårdtillfällen för att kunna upptäcka en statistisk skillnad mellan resultaten 2012 och 2013 på denna nivå. Förekomsten av skador i norsk och svensk somatisk vård ligger på ungefär samma nivå när den skattas med hjälp av strukturerad journalgranskning.

I *Health at a Glance 2013* [13] publiceras jämförelser av olika länders patientsäkerhet som är baserade på förekomsten av vissa typer av skador i samband med kirurgi och förlossning, s.k. OECD-indikatorer. Som framgår i denna rapport (se OECD-indikatorer) och av en publikation [14], är tillförlitligheten i dessa jämförelser låg för flertalet indikatorer. Jämförelser av förekomsten av skador baserade på strukturerad journalgranskning är därför ett

värdefullt komplement till OECD-indikatorerna när det gäller att jämföra patientsäkerheten i sluten somatisk vård i Norge och Sverige.

Socialstyrelsen undersökte närmare 2 000 vårdtillfällen från tidsperioden 2003-10-01 – 2004-09-30 med hjälp av journalgranskning [2]. Skador förekom vid 12,3 procent av alla vårdtillfällen. Olika omständigheter försvårar jämförelser av detta resultat med resultaten för 2012 och 2013. Metoden som användes för journalgranskning var i flera avseenden annorlunda än metoderna som användes 2012 och 2013. Sedan 2003 - 2004 har patienterna som vårdas på sjukhus blivit äldre och skador är vanligare hos äldre än hos yngre patienter. Personalens kunskap om patientsäkerhet har ökat påtagligt under de senaste åren. Det är därför troligt att inte minst de lindrigare skadorna dokumenterades i journalerna i större utsträckning under åren 2011 och 2012, än under åren 2003 och 2004. Även andra omständigheter försvårar jämförelser.

Knappt hälften av landstingen använde resultaten från strukturerad journalgranskning som underlag för sitt förbättringsarbete 2011. Som en följd av överenskommelserna mellan staten och SKL användes metoden vid samtliga akutsjukhus under tre månader 2012 och i 6 månader under 2013. Därmed finns det ett stort kunskapsunderlag avseende förekomsten av olika typer av skador inom somatisk slutenvård.

Socialstyrelsen anser att strukturerad journalgranskning är en viktig metod för att upptäcka och karakterisera skador som inträffar i vården och för att följa effekten av förbättringsåtgärder.

Socialstyrelsen bedömer att förekomsten av skador inom somatisk sjukhusvård kan ha minskat mellan åren 2012 och 2013, från 15,4 till 13,5 procent, enligt genomförd beräkning av SKL. Bedömningen försvåras dock av att antalet granskade vårdtillfällen var otillräckligt, att urvalen journaler inte var representativa och att granskningsmetoden ändrats mellan åren.

Jämförelser av förekomsten av skador baserade på strukturerad journalgranskning, är ett värdefullt komplement till OECD-indikatorer när det gäller att jämföra patientsäkerheten i sluten somatisk vård i Norge och Sverige.

Personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Vårdrelaterade infektioner, VRI, är den vanligaste typen av skada som drabbar patienter inom sluten somatisk vård [15]. Cirka en tredjedel av alla VRI bedöms vara möjliga att förebygga [16]. Det finns många olika orsaker till att VRI uppstår. En orsak är att infektioner kan överföras till patienter via personalens händer och kläder. För att minska denna risk ska all vårdpersonal som

har kontakt med patienter alltid följa så kallade basala hygienrutiner och klädregler.

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

I kapitlet Smittspridning och skyddsåtgärder i Socialstyrelsens kunskapsunderlag *Att förebygga vårdrelaterade infektioner* och i *Vårdhandboken* [17] finns kompletterande rekommendationer, bland annat om att långt hår ska sättas upp.

Mätningar om hygienrutiner sedan 2010

SKL initierade mätningar av hur personalen följer basala hygienrutiner och klädregler som en del i sin patientsäkerhetssatsning. Mätningarna inleddes hösten 2010 och har därefter genomförts vår och höst varje år.

Följsamhetsmätning på sjukhusens vårdavdelningar har ingått som en ersättningsgrundande indikator i överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL sedan 2011 och ingår även i överenskommelsen för 2014.

Mätmetod

För att mäta hur hygienrutiner och klädregler följs observerar och registrerar en person vårdpersonalens rutiner i vårdsituationen. Vårdpersonalen känner inte till när mätningarna sker. Följsamheten hos cirka tio personer på varje enhet registreras. Resultaten rapporteras in och sammanställs i SKL:s databas. Mätningarna gäller följande basala hygienrutiner:

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

Mätningarna gäller följande klädregler:

- kortärmad arbetsdräkt
- frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar
- kort eller uppsatt hår.

Om alla rutiner har följts i den observerade vårdsituationen har vårdpersonalen följt hygienrutinerna enligt regelverket. Motsvarande gäller även när man bedömer hur klädreglerna följts.

Resultat

Hälften av alla observationer av hur personalen följer hygienrutiner och klädregler har gjorts på vårdavdelningar på sjukhusen. Mätningarna har även

genomförts inom primärvård och öppen specialistvård. Resultaten som redovisas återspeglar samtliga mätningar som har gjorts inom landstingen.

I överenskommelsen för 2013 sattes målet att minst 80 procent av vårdavdelningarna på alla sjukhus skulle delta i mätningen. Samtliga landsting klarade det målet. Dessutom sattes målet att 70 procent av personalen på vårdavdelningarna skulle följa hygienrutiner och klädregler, vilket var det genomsnittliga resultatet i den mätning som ingick i överenskommelsen 2012. Det målet klarade 13 av landstingen.

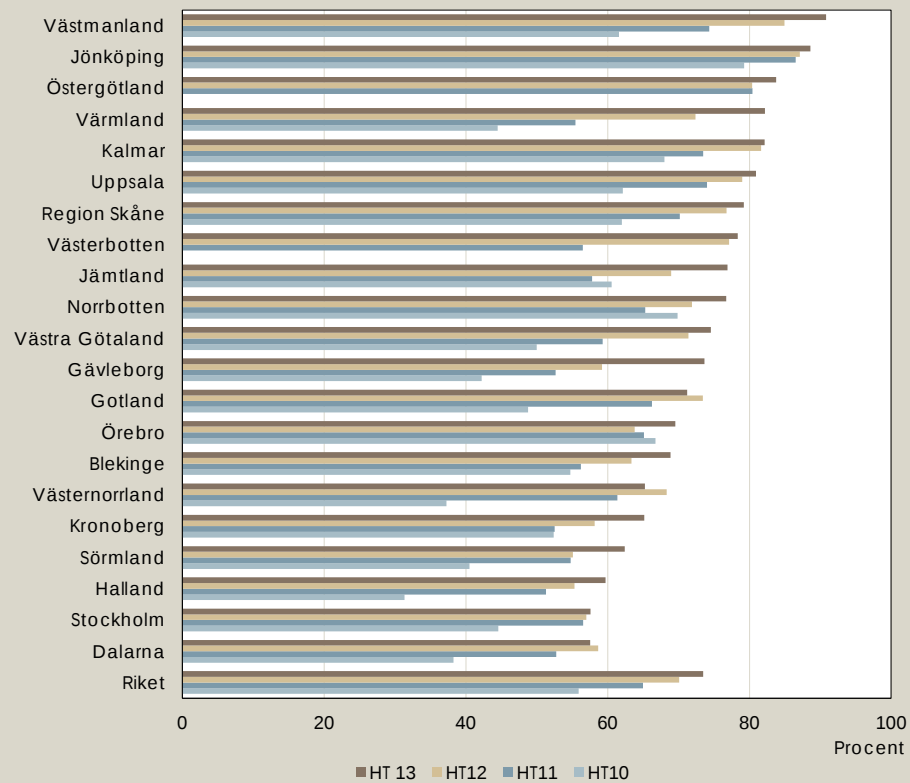
Alla yrkesgrupper som deltagit i mätningarna har förbättrat resultaten av följsamheten till basala hygienregler och klädregler i samtliga sju steg. Fortfarande har sjuksköterskor och undersköterskor ett högre resultat än läkarna, ca 75 procents jämfört med läkarnas 65 procents följsamhet. Läkarna har dock en större ökning från mätningarnas början, från 44 procent till 65 procent. Sjuksköterskor och undersköterskor har ökat från knappt 60 procent till 75 procent under samma period.

Antalet avdelningar som deltar i mätningarna har fortsatt att öka och var vid mätningen våren 2013 drygt 1 300. Andelen av det totala antalet vårdavdelningar är därmed över 90 procent.

I höstmätningen 2013 var den totala följsamheten till samtliga sju steg nära 74 procent i hela landet. Resultaten i samtliga landsting har stadigt förbättrats men spridningen är fortfarande stor, från knappt 58 procent till drygt 90 procent (diagram 5).

Diagram 5. Korrekta basala hygienrutiner och klädregler

Andel av personalen i alla verksamheter inom landstingen som följer alla basala hygienrutiner och klädregler

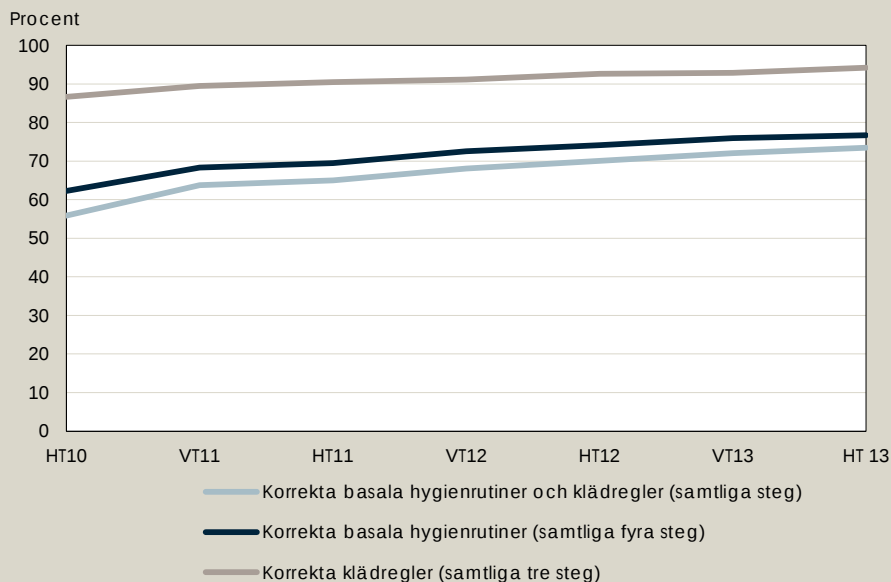


* Sorterat efter HT 2013. Underlag saknas för Västerbotten och Östergötland för HT 2010.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Under perioden 2010-2013 har följsamheten både till basala hygienrutiner och klädregler ökat i landstingen (diagram 6).

Diagram 6. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2010-2013



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Överenskommelserna inom patientsäkerhetsområdet har satt vårdpersonalens förhållningssätt till hygienfrågor i fokus. Åtgärder som underlättar personalens möjlighet att följa reglerna, till exempel tillgänglighet till handdesinfektionsmedel, har ökat.

Alla yrkesgrupper inom vården i landstingen har deltagit i mätningarna men deras andel i resultaten varierar mellan landstingen. Att följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är olika hög för olika yrkesgrupper kan ha bidragit till skillnaderna mellan landstingens resultat. Utöver det kan bedömningen av de olika momenten som ingår i mätningen skilja sig mellan olika observatörer på grund av skillnader i tolkningen av Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården. En reviderad utgåva av föreskrifterna publiceras under 2014.

Socialstyrelsen noterar en fortsatt ökning av både landstingens deltagande i mätningarna och följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det är dock angeläget att följsamheten till basala hygienrutiner förbättras ytterligare och att gällande föreskrifter följs.

Nationell patientöversikt

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

Ökad rörlighet, fria vårdval och större specialisering inom vården gör att patienter idag ofta har kontakt med flera olika vårdgivare, till exempel landsting, kommuner eller privat vårdgivare. Varje vårdgivare registrerar och förvaltar sin journalinformation lokalt.

Nationell Patientöversikt, NPÖ, är ett system för utbyte av viktig information mellan vårdgivare, som håller på att tas i bruk i hälso- och sjukvården. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att, med patientens samtycke, ta del av viktig vårdinformation som registrerats hos andra vårdgivare, kommuner eller andra landsting. Tjänsten har tagits fram på initiativ av SKL och förvaltas av Inera AB.

Anslutning till och användning av NPÖ

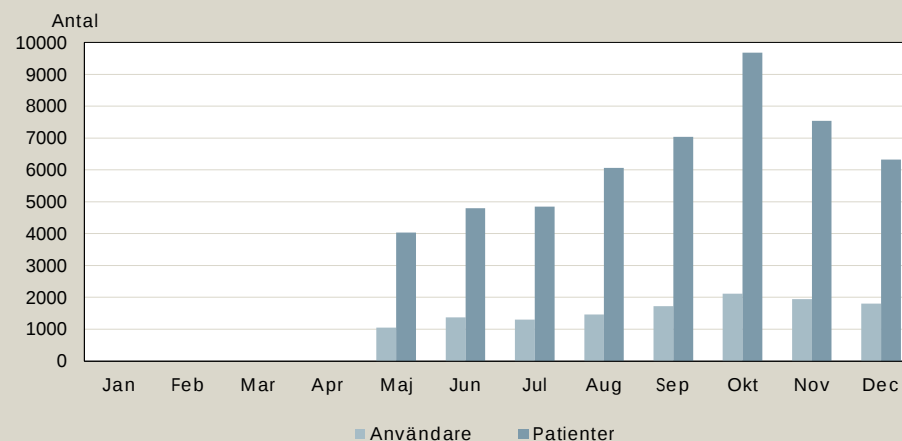
Användningen av NPÖ startade i Örebro läns landsting 2009. Vid årsskiftet 2011-2012 var 10 landsting anslutna till NPÖ. Flera kommuner i dessa landsting hade också anslutit sig till NPÖ för att kunna ta emot uppgifter om patienter.

I 2012 års överenskommelse mellan staten och SKL om förbättrad patient-säkerhet ingick som krav att landstingen skulle ha anslutit sig till NPÖ senast den 30 september. Samtliga landsting var anslutna som producenter av information i september 2012. Kraven avseende användningen av NPÖ skärptes i överenskommelsen mellan staten och SKL 2013. Landstingen skulle kunna visa på en bred användning av NPÖ. Detta innebar att minst 25 procent av vårdenheterna inom landstingen ska kunna dela uppgifter, det vill säga både lämna ut och ta emot uppgifter från andra vårdgivare. Samtliga landsting uppfyllde kravet år 2013.

Utöver landstingsanslutna vårdenheter finns en rad privata vårdgivare anslutna som användare av NPÖ. Därtill var vid årsskiftet 2013/2014 närmare 140 kommuner anslutna som mottagare av patientuppgifter. Antal anslutna kommuner väntas fortsätta att öka, både som producenter av uppgifter och som användare.

I diagram 7 visas totalt antal användare i landet samt hur många patienter som man sökt uppgifter om per månad 2013. I maj gjordes en förändring i statistikpresentationen som medför att statistiken från januari till april inte är jämförbar med statistiken för resten av året. I slutet av november drabbades systemet av ett veckolångt driftstopp, vilket påverkat möjligheten att överföra uppgifter.

Diagram 7. NPÖ - antal användare och omfrågade patienter 2013



Källa: Inera AB

I samtliga landsting finns nu grundläggande förutsättningar för att vårdgivare i kommuner och landsting ska kunna utbyta viktig information om patienters hälsotillstånd och behandling.

Alla landsting är anslutna till NPÖ och deras användning av systemet ökar. Socialstyrelsen anser att en ökad spridning och användning av NPÖ även i kommunerna kan bidra till att ytterligare förbättra patient-säkerheten genom att information om patienten blir tillgänglig i hela vårdkedjan.

Lex Maria-anmälningar

Enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och vidta åtgärder som förhindrar upprepning. Vårdgivaren ska också enligt 3 kap. 5 § i PSL anmäla sådana händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som avskildes från Socialstyrelsen och blev en egen myndighet den 1 juni 2013.

Många skadas men få skador anmäls

I Socialstyrelsens rapport *Vårdskador inom somatisk slutenvård 2008* [2] beräknades att cirka 10 000 patienter som vårdats inom somatisk slutenvård under ett år hade drabbats av vårdskador som medfört bestående men. Under samma år anmäldes cirka 460 allvarliga skador och vårdskador inom somatisk slutenvård. Endast en liten andel av de allvarliga vårdskador som inträffade anmäldes således till Socialstyrelsen. Antalet anmälningar är därför inget säkert mått på antalet allvarliga vårdskador som inträffat i vården. Antalet anmälningar speglar snarare hur många vårdskador som vårdgivarna upptäckt och utrett. Ju fler anmälningar, desto aktivare har vårdgivaren varit i sitt patientsäkerhetsarbete.

Indikatorns utformning

Det totala antalet inkomna lex Maria-anmälningar per län har sammanställts ur IVO:s dokumenthanteringssystem. Antalet anmälningar har sedan redovisats per 100 000 invånare. Samma ärende kan rapporteras från flera vårdgivare och därför bli dubbelregistrerat. Underlaget gör därför inte anspråk på att vara heltäckande. I tabell 3 redovisas antal inkomna lex Maria-anmälningar per län under perioden 2010-2013.

IVO har i dagsläget administrativa svårigheter att redovisa i vilken kategori och från vilket verksamhetsområde lex Maria-anmälningar kommer in. Ärenden kategoriseras i ett senare skede av handläggningen, ibland inte förrän i samband med beslut. Detta avsnitt belyser därför anmälningsbenägenhet och inkommande lex Maria-ärenden. Anmälningar inkommer från landstingsverksamhet, kommuner och övriga aktörer inom vårdsektorn och redovisas per län.

Resultat

Vad gäller det totala antalet lex Maria-anmälningar i riket ses en marginell ökning av antalet inkomna ärenden över tid (tabell 3).

Tabell 3. Lex Maria-anmälningar

Totalt antal lex Maria-anmälningar i riket 2010-2013

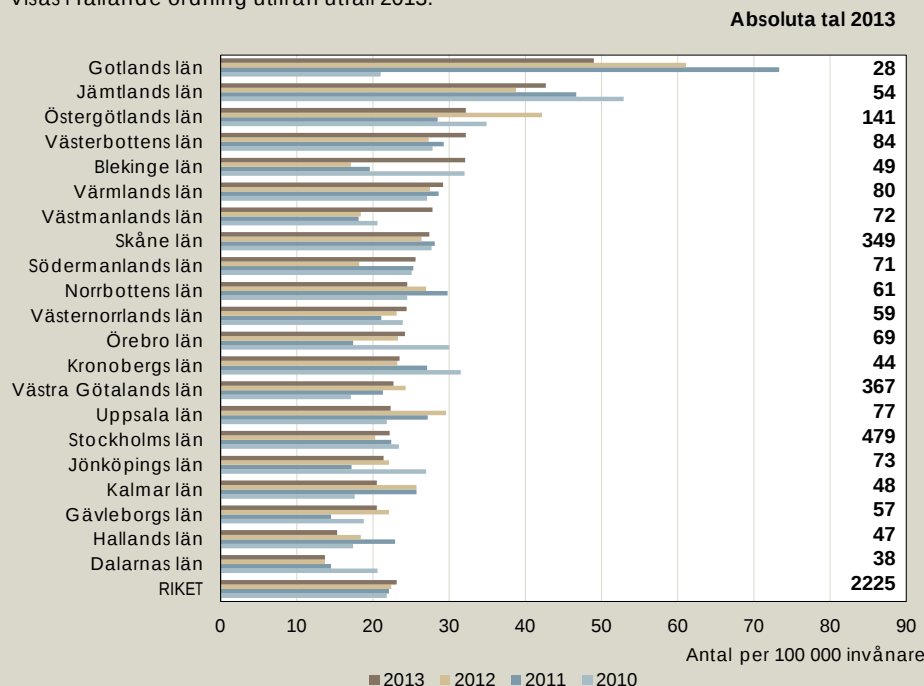
År	2010	2011	2012	2013
Inkomna lex Maria	2051	2093	2143	2225

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Antalet lex Maria-anmälningar varierade påtagligt mellan länen (diagram 8). I många län med förhållandevis litet befolkningsunderlag varierade anmälningsfrekvensen påtagligt mellan åren, vilket delvis kan vara uttryck för en slumpmässig variation.

Diagram 8. Lex Maria-anmälningar

Antal inkomna lex Maria-anmälningar per 100 000 invånare och län under 2010-2013*. Visas i fallande ordning utifrån utfall 2013.



* Folkmängden den 1 november respektive år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg; Statistiska centralbyrån.

Diskussion

Socialstyrelsen bedömer att frekvensen av lex Maria-anmälningar återspeglar landstingens patientsäkerhetsarbete och anmälningsbenägenhet, snarare än hur många allvarliga vårdskador som inträffat. Antalet lex Maria-anmälningar till IVO varierar påtagligt mellan landstingen. En del av denna variation kan bero på skillnader i strukturella förutsättningar och i patient-säkerhetskulturen.

Underlag för förbättring

En anmälan återspeglar att en skada som inträffat och av vårdpersonalen uppfattats som allvarlig och möjlig att undvika. Skadan har rapporterats vidare till en högre nivå i organisationen som gjort samma bedömning. Händelsen har utretts och åtgärder vidtagits. Därefter har man bedömt om det är motiverat med en anmälan till IVO.

Flera omständigheter kan inverka på de olika stegen som leder fram till en anmälan. Exempel på sådana omständigheter är att:

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

Patientsäkerhetskulturen på olika nivåer i organisationen har förmodligen stor betydelse för benägenheten att anmäla vårdskador till IVO. Den nytta som personalen i verksamheten uppfattar att en anmälan medför i den egna verksamheten, kan också ha betydelse för anmälningsbenägenheten.

Antalet anmälningar enligt lex Maria har inte förändrats nämnvärt under perioden 2010-2013. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att de händelseanalyser som genomförs i anslutning till lex Maria-anmälningarna återförs till egen personal och görs tillgängliga för andra landsting och vårdgivare och på så vis även bidrar till det nationella lärandet.

Nationellt it-stöd för händelseanalys - Nitha

Händelseanalys är en metod för att utreda händelser som medfört eller kunde ha medfört vårdskador. Metoden, Risk & Händelseanalys [18], utarbetades av Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Patientförsäkringen LÖF, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, samt Socialstyrelsen och lanserades år 2005. Med stöd av metoden kan vården rekonstruera händelseförlopp och fastställa vad som gick fel. Därefter identifieras de bakomliggande orsakerna och åtgärder som kan förhindra att liknande händelser inträffar igen. Syftet med att göra händelseanalyser är att ge ledningen för verksamheten underlag för beslut om åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten.

För att underlätta genomförandet av händelseanalyser tog ett antal landsting initiativ till att utveckla ett nationellt it-stöd för händelseanalys (Nitha). Projektet fick stöd från Center för eHälsa i samverkan och SKL och slutfördes 2011.

Nitha är uppdelat i en analysdel och en kunskapsdel. När en analys har genomförts kan den, efter kvalitetsgranskning, överföras till en kunskapsbank. Händelseanalyserna är kategoriserade på ett sätt som gör det möjligt att sammanställa och söka i kunskapsbanken efter olika slags händelser, åtgärder med mera.

Användning av Nitha

I januari 2014 var alla landsting utom Halland, Jönköping, Norrbotten och Västerbotten anslutna till Nitha. I analysdelen i Nitha fanns 749 pågående analyser. Av dessa var 57 analyser kvalitetsgranskade och väntade på att överföras till kunskapsbanken.

I januari 2014 fanns 207 överförda analyser i kunskapsbanken. 161 nya analyser har lagts in i kunskapsbanken under 2013.

Av de specialistområden som varit involverade i de analyser som är registrerade i kunskapsbanken, dominerar kirurgiska specialiteter med en andel på 35 procent (tabell 4).

Tabell 4. Involverade specialiområden i händelseanalyser t.o.m. 2014-01-15

Specialiområden	Antal
Kirurgiska specialiteter	73
Invärtesmedicinska specialiteter	42
Enskilda basspecialiteter	29
Barnmedicinska specialiteter	13
Laboratoriemedicinska specialiteter	13
Bild- och funktionsmedicinska specialiteter	10
Prehospital vård och omsorg	10
Psykiatriska specialiteter	10
Neurospecialiteter	4
Odontologiska specialiområden	3
Totalt	207

I de händelseanalyser som är registrerade i kunskapsbanken är den vanligaste involverade arbetsprocessen behandling, följt av diagnostik och undersökning eller utredning (tabell 5).

Tabell 5. Typ av arbetsprocess i händelseanalyser t.o.m. 2014-01-15

Arbetsprocess	Antal
Behandling	70
Diagnostik	46
Undersökning/utredning	23
Omvårdnad	21
Läkemedelshantering	11
Informationsöverföring	7
Övervakning/observation	7
Handhavande av utrustning	3
Provhantering	3
Remisshantering	3
Rådgivning	3
Rehabilitering	2
Service av medicintekniska produkter	2
Transport	2
Vårdplanering	2
Dokumentationshantering	1
Service av fastighet	1
Totalt	207

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

Socialstyrelsen anser att det är värdefullt att genomförda händelseanalyser registreras i Nithas kunskapsbank för att bidra till det gemensamma lärandet och att vårdgivare använder kunskapsbanken regelbundet i sitt patientsäkerhetsarbete.

Infektionsverktyget – registrering av vårdrelaterade infektioner

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har i samarbete med Center för eHälsa i samverkan, CeHis, tagit fram ett it-stöd, Infektionsverktyget. Det är avsett att användas för att registrera och sammanställa information om vårdrelaterade infektioner (VRI) och användningen av antibiotika på sjukhus. Med hjälp av verktyget kan man registrera om antibiotika ordinerats för att behandla en VRI, en samhällsförvärd infektion eller om ordinationen gäller en profylaktisk behandling.

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

Indikator i patientsäkerhetsöverenskommelsen

I överenskommelsen mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet 2013, ingick som ersättningsgrundande indikator att respektive landsting skulle ha tagit väsentliga steg för att införa Infektionsverktyget på samtliga sjukhus. Därtill skulle landstinget ha infört och testat Infektionsverktyget på minst två kliniker. Alla landsting uppfyllde dessa krav.

Användning

Verktyget är breddinfört i fyra landsting och ytterligare tre landsting har många verksamheter anslutna. Knappt hälften av landstingen, nio stycken, ligger på den lägsta nivån enligt patientsäkerhetsöverenskommelsen, med två anslutna vårdenheter. Totalt är 175 vårdenheter anslutna.

I Infektionsverktyget finns ett rapportverktyg som ger användarna möjlighet att följa upp till exempel följsamhet till behandlingsrekommendationer, andel VRI per vårdtillfälle och typ av ingrepp som orsakar flest postoperativa infektioner inom den egna vårdenheten.

Utveckling

Till den nationella förvaltningen av Infektionsverktyget inkommer förslag från användarna om vidareutveckling av verktyget, till exempel om att använda verktyget även i primärvården för att möjliggöra uppföljning i vårdkedjan.

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

Överbeläggningar, utlokaliseringar och utskrivningsklara patienter

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

Det har inte tidigare funnits en gemensam terminologi för att beskriva och hantera dessa problem. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Lands-ting, SKL, tog 2012 därför fram en terminologi på området:

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

Socialstyrelsen har i samarbete med SKL även tagit fram rapporten *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* [19]. Syftet är att vården, genom en optimal planering av vårdplatser på landets sjukhus, uppnår en säkrare hälso- och sjukvård. I rapporten presenterades tre nya indikatorer inom området:

- överbeläggning
- utlokaliserad patient
- utskrivningsklar patient.

Indikatorn *utskrivningsklar patient* visar hur många vårdplatser som upptas av patienter som borde vara utskrivna från vårdenheterna vid tidpunkten när mätningen gjordes.

SKL har inrättat en nationell databas där sjukhusen dagligen kan registrera överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Indikatorn för överbeläggning baseras på dagliga mätningar men redovisas som andelen överbeläggningar per månad. Antalet utskrivningsklara patienter registreras inte i denna databas.

Utveckling

I överenskommelsen 2013 om förbättrad patientsäkerhet, mellan staten och SKL ingick mätning av överbeläggningar av patienter som en av indikatorerna.

Överenskommelsen har lett till att alla landsting kontinuerligt mäter och rapporterar överbeläggningar och utlokalisering av patienter till den nationella databasen.

Sjukhusen har nu ett verktyg för att kontinuerligt följa vårdplatssituationen så att åtgärder kan vidtas för att undvika överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Ett hinder för utflödet från slutenvården är att utskrivningsklara patienter inte omgående kan beredas plats inom kommunala vårdformer eller vårdinsatser i det egna boendet. I avvaktan på en vårdplats får de stanna kvar inom slutenvården. Därmed blockeras vårdplatser som i sin tur kan leda till överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter vilket kan ha inverkan på patientsäkerheten.

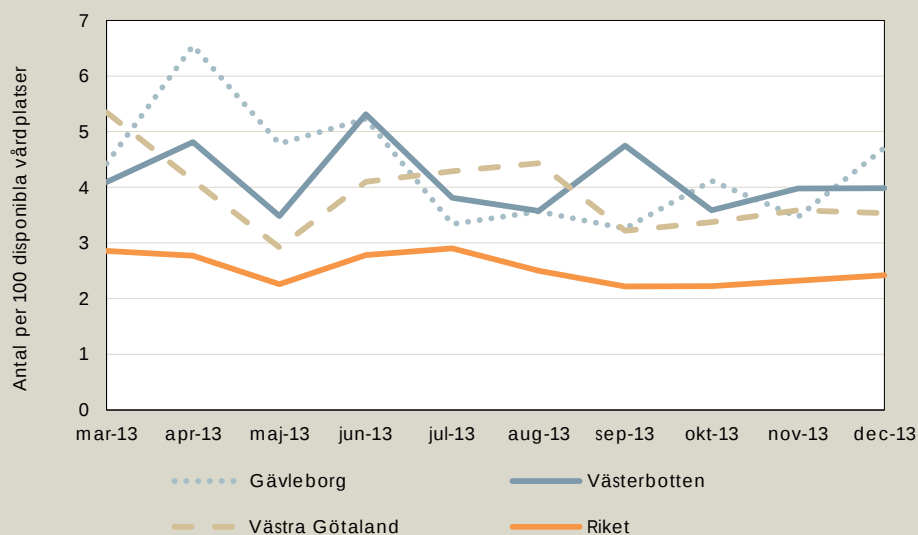
I Socialstyrelsens rapport Utskrivningsklara patienter – kartläggning våren 2013 [20], gjordes en uppskattning av hur många utskrivningsklara patienter som fanns inom slutenvården 2012 och landstingens kostnad för dessa. Många landsting har haft svårt att lämna uppgifter, vilket gör att resultaten huvudsakligen baserades på information från nio landsting.

Resultat

Överbeläggningar

Under perioden mars till och med december 2013 varierade antalet överbeläggningar per 100 vårdplatser inom somatisk slutenvård i riket mellan 2,2 i september och oktober, och 2,9 i mars och juli. Variationen mellan landstingen låg mellan 0,2 och 6,5 under samma tidsperiod. Statistik för januari och februari har exkluderats på grund allför stor osäkerhet i underlaget. Nedan beskrivs utfallet för Gävleborg, Västerbotten och Västra Götaland. Det är de landsting som redovisar överbeläggningar över riksgenomsnittet under hela perioden mars-december 2013 (diagram 9). Samtliga landsting redovisar överbeläggningar inom somatisk slutenvård men åtta av landstingen överskrider inte riksgenomsnittet för överbeläggningar någon månad under den studerade perioden.

Diagram 9. Landsting med överbeläggningar över riksgenomsnittet mars - december 2013, inom somatisk vård

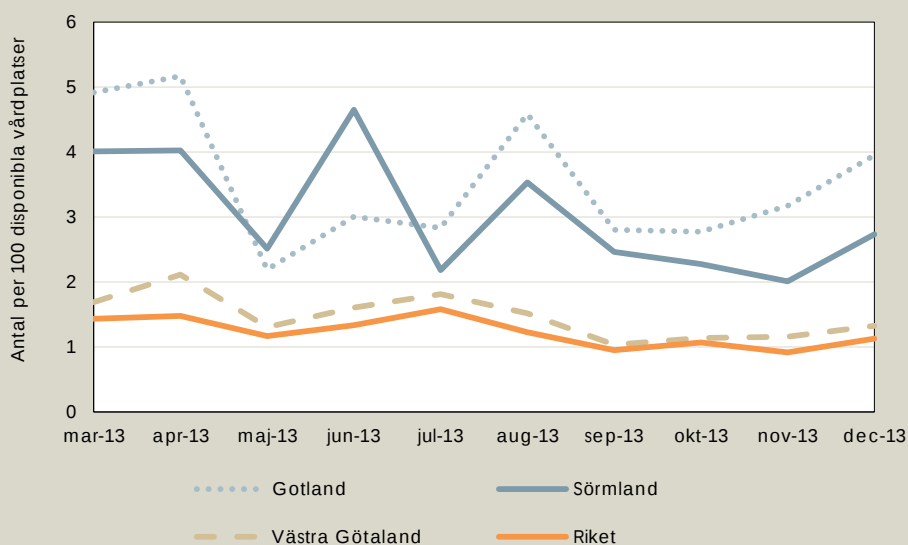


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Utlokaliseringar

Under samma tidsperiod varierade utlokaliseringar på riksnivå från 0,9 i november till 1,6 i juli medan variationen mellan landstingen var från 0,0 till 5,2 under samma period. Gotland, Sörmland och Västra Götaland utlokaliserade patienter i högre utsträckning än riksgenomsnittet under hela perioden (diagram 10).

Diagram 10. Landsting med utlokaliseringar över riksgenomsnittet mars - december 2013, inom somatisk vård

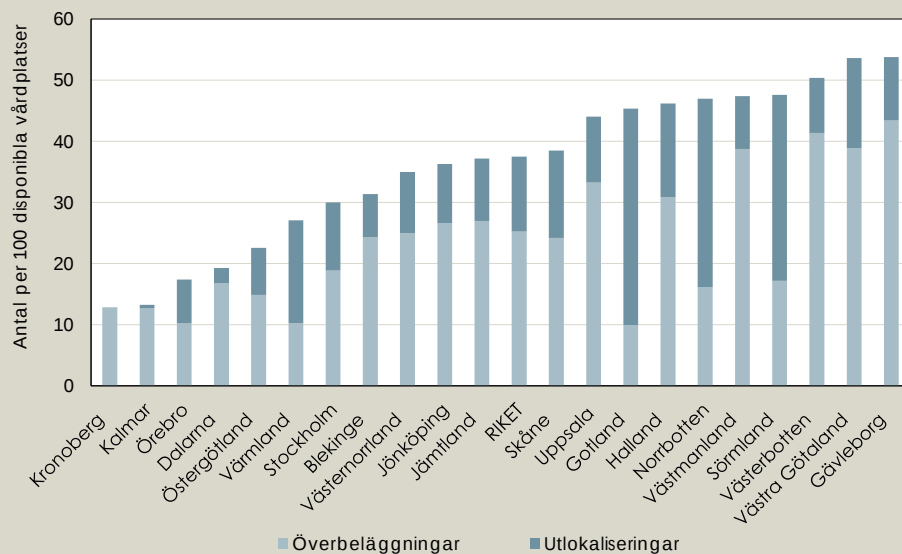


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Förhållandet mellan överbeläggningar och utlokaliseringar

Det varierar hur landstingen väljer att hantera vårdplatsbrist (diagram 11). Resultatet för riket visar dubbelt så många överbeläggningar som utlokaliseringar. De flesta landsting väljer att överbelägga framför att utlokalisera patienter när inte de disponibla vårdplatserna räcker till.

Diagram 11. Sammanlagt antal överbeläggningar och utlokaliseringar inom somatisk vård mars - december 2013

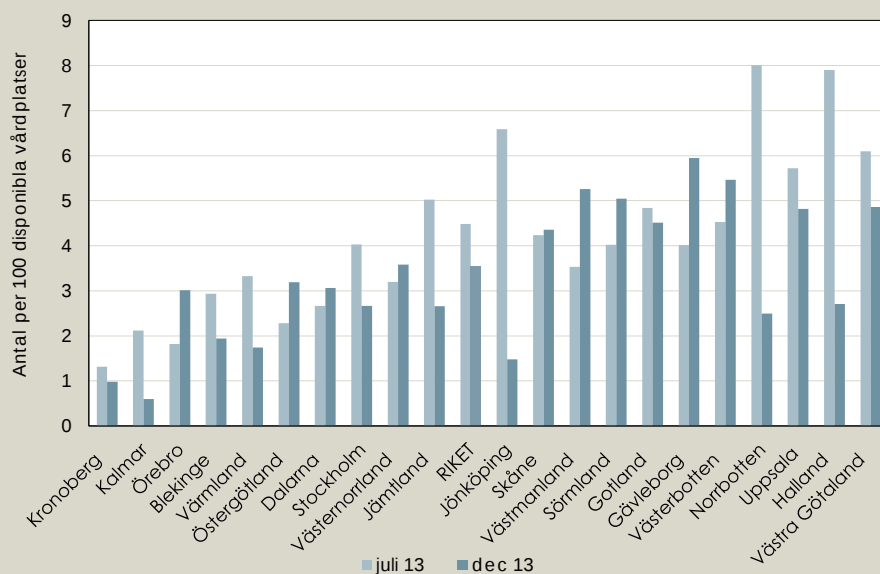


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdplatsbehov under juli och december

Under semesterperioden och runt jul- och nyårshelgerna omfördelas och reduceras resurser och verksamhet inom vården. En uppskattning är att antalet disponibla vårdplatser minskar med runt en fjärdedel. Viss vård, som till exempel planerad kirurgi, utförs i större utsträckning på andra tider under året. I de flesta landsting noterades högre andel överbeläggning och utlokalisering under juli än under december månad (diagram 12).

Diagram 12. Summan av överbeläggningar och utlokaliseringar inom somatisk vård under juli respektive december 2013



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Utskrivningsklara patienter

Socialstyrelsens kartläggning av utskrivningsklara patienter [20] bygger på en enkät till alla landsting. Merparten av frågorna besvarades av nio landsting vilket gör att resultatet grundar sig på en beräkning av utfallet för riket. Nästan hälften av de utskrivningsklara patienterna fanns på internmedicinska kliniker (tabell 6).

Tabell 6. Andel av alla utskrivningsklara patienter per specialitet 2012

Specialitet	Procent
Internmedicin	49
Ortopedi	19
Övrig vård	12
Kirurgi	11
Geriatrisk	9
Totalt	100

Uppgifter från Landstinget Gävleborg, Landstinget Halland, Jämtlands läns landsting, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Kronoberg, Region Skåne, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Värmland, Landstinget i Östergötland.

Socialstyrelsen bedömer att överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar utgör risk för patienter och bör undvikas. Kontinuerliga mätningar av överbeläggningar, utlokaliseringar och utskrivningsklara patienter är ett viktigt steg i detta arbete och kan bidra till att problemområden tydliggörs och att åtgärder vidtas.

Nationell patientenkät i primärvården

Patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården är en viktig grund för vårdens utvecklings- och förbättringsarbete. Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella skriftliga enkätundersökningar av patientupplevd kvalitet inom hälso- och sjukvården. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet, förtroende och information. Alla landsting och regioner deltar i undersökningarna som samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Den första patientenkäten inom primärvården genomfördes hösten 2009 och sedan dess har undersökningen genomförts vartannat år inom primärvården och sedan 2010 vartannat år i specialistvården.

I Nationell patientenkät finns frågor som handlar om hur väl patienterna anser att de informerats om biverkningar av sin behandling och om allvarliga sjukdomssymptom som de själva ska vara observanta på och söka hjälp för. Denna typ av information har bedömts som viktig för att patienterna själva ska kunna medverka till en säker vård. Kravet att primärvården deltar i Nationell patientenkät har ingått i överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL 2011 och 2013.

Metod

Enkäten skickades till slumpmässigt utvalda patienter som besökt primärvården under en avgränsad period (tabell 7).

De frågor som redovisas här är de som bedömts ha betydelse för patientsäkerheten och belyser hur patienten upplever information och kommunikation med sin behandlare när det gäller läkemedel, biverkningar, varningssignaler eller åtgärd vid utebliven behandlingseffekt.

Resultatet beskrivs i form av ett värde från 0 till 100 för patientupplevd kvalitet, ett så kallat PUK-värde. Så högt värde som möjligt eftersträvas.

Läkemedelsfrågor

- ”Förklarade läkaren varför du skulle ta det läkemedel som du fått på ett sätt som du förstod?”
- ”Frågade någon läkare dig om andra läkemedel som du använder?”
- ”När du senast fick ett nytt läkemedel utskrivet – blev du informerad om eventuella biverkningar?”

Informationsfrågor

- ”Berättade någon ur personalen för dig om vilka eventuella varningssignaler som du skulle vara uppmärksam på beträffande din sjukdom eller behandling?”
- ”Förklarade behandlaren vad du borde göra om problemen eller symtomen skulle fortsätta, bli värre eller komma tillbaka?”

Felkällor och tolkningssvårigheter

Den förhållandevis låga svarsfrekvensen på cirka 53 procent för riket i Nationell patientenkät för 2013 gör att man inte kan dra några långtgående ge-

nerella slutsatser av utfallet. Landstingens svarsfrekvens visar spridning från 49 procent för Stockholms läns landsting till 60 procent för Region Gotland. Det faktiska antalet inkomna enkätsvar var 30 819 från Stockholms läns landsting och 834 från Region Gotland. På grund av de stora skillnaderna i demografiska förutsättningar och det statistiska underlaget går det inte att göra landstingsvisa jämförelser. Vidare är de tre läkemedelsfrågorna filtrerade, vilket innebär att de besvaras endast av de patienter som är berörda av frågorna. Antalet svar kan därför vara färre för en filtrerad fråga.

Resultat

Svarsfrekvensen i riket har minskat från 60 procent 2009 till 53 procent 2013. Antalet utskickade enkäter har dock ökat väsentligt. Detta påverkar antalet besvarade enkäter trots den minskade svarsfrekvensen. Knappt 141 000 enkäter besvarades 2013 jämfört med drygt 98 000 enkäter 2009.

Tabell 7. Antal utskickade enkäter och svarsfrekvens för Nationell patientenkät i primärvården

Verksamhetsområde	Totalt antal utskickade enkäter	Korrigerad svarsfrekvens*
Primärvård 2009	163 675	60 %
Primärvård 2011	247 686	54 %
Primärvård 2013	265 765	53 %

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

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

För de utvalda patientsäkerhetsfrågorna ligger PUK-värdet på riksnivå för den senaste mätperioden något lägre eller på samma nivå som vid föregående mätningar. Frågan ”Förklarade läkaren eller någon annan ur personalen varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?” får ett högt PUK-värde i alla landsting. I årets mätning låg PUK-värdet på 87 i riket. En annan patientsäkerhetsfråga där utfallet också ligger något högre, PUK 69 i riket, är: ”Förklarade behandlaren vad du borde göra om problemen eller symtomen skulle fortsätta, bli värre eller komma tillbaka?” För övriga utvalda frågor finns en betydande förbättringspotential.

Diskussion

Att nå och förstå varandra är avgörande för hur information och kommunikation mellan patient och behandlare verkligen fungerar. Den nationella patientenkäten är ett verktyg för vårdgivarna för att hämta in patienternas upplevelser av vården. De utvalda frågorna i denna rapport har bäring på patientsäkerhet och avser att spegla i vilken utsträckning patienterna upplever att de har fått viktig information om läkemedel och dess eventuella biverkningar samt om sin sjukdom och behandling.

Den låga svarsfrekvensen för enkäterna är ett problem som gör det svårt att dra generella slutsatser av utfallet. Det är även oklart om det är ett representativt urval av alla patienter som besvarat enkäterna. Om landstingen uppnår

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

De frågeställningar som fick högt PUK-värde vid första mätningen ligger kvar på samma nivå liksom de som fick lägre värde. Överlag verkar det därför inte ha skett någon tydlig utveckling i resultatet över tid för någon av de studerade frågorna.

Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att patienterna får den information om sin sjukdom och behandling som behövs för att de ska bli delaktiga i sin egen vård, vilket även är ett krav i patientsäkerhetslagen. Patienterna får därigenom möjlighet att medverka till att göra hälso- och sjukvården säkrare. Det är också angeläget att de synpunkter som patienterna framför i enkäten tas tillvara och används för att utveckla verksamheten.

Indikatorer för skador – rapportering från patienter och närstående

Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

Patienter som har drabbats av skada inom hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas, eller om det föreligger andra omständigheter som framgår av lagens 6 § 1- 6 p. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Patientförsäkringen LÖF, är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag som handlägger patienters och närståendes anmälningar. Anmälan om skada ska ha inkommit till Patientförsäkringen LÖF senast tre år efter det att skadan upptäckts. Cirka 60 procent av anmälningarna inkommer inom 12 månader efter skadetillfället.

Metod

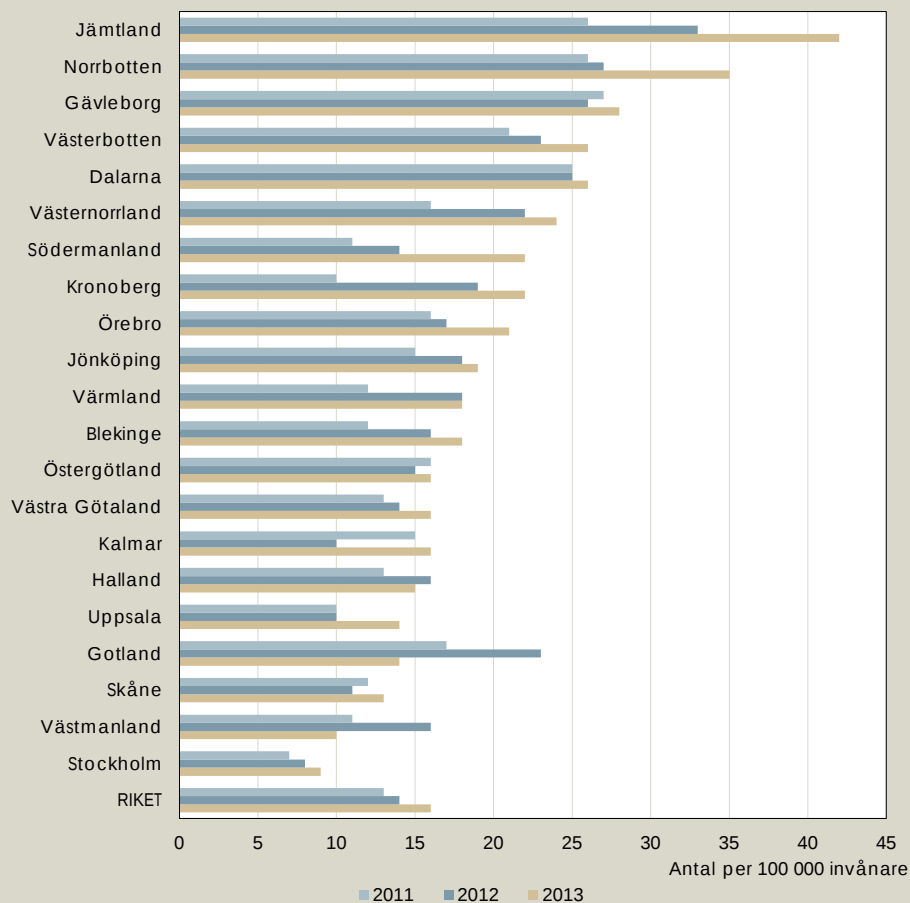
Cirka hälften av alla anmälningar gäller skador i primärvård och slutenvård. Resterande anmälningar till Patientförsäkringen LÖF rör skador som uppkommit i ett stort antal olika typer av verksamheter. Det låga antalet anmälningar för varje typ av verksamhet gör det inte meningsfullt att redovisa landstingsvisa jämförelser på verksamhetsnivå. Dessa anmälningar ingår i det sammanlagda antalet anmälningar som redovisas per landsting och år. Resultaten för slutenvård omfattar både somatisk och psykiatrisk vård. Cirka 99 procent av anmälningarna i slutenvård rör somatisk vård.

Antalet anmälningar har liksom föregående år huvudsakligen redovisats per 100 000 invånare. Detta medför att landsting med till exempel universitets- och regionssjukhus som vårdar patienter från andra landsting kan väntas ha fler anmälningar än de övriga landstingen. Detta beror på att vårdtillfället, vilket resulterade i en anmälan, redovisas i det landsting där det utförts, medan det redovisade befolkningstalet enbart utgörs av i landstinget folkbokförda.

Resultat

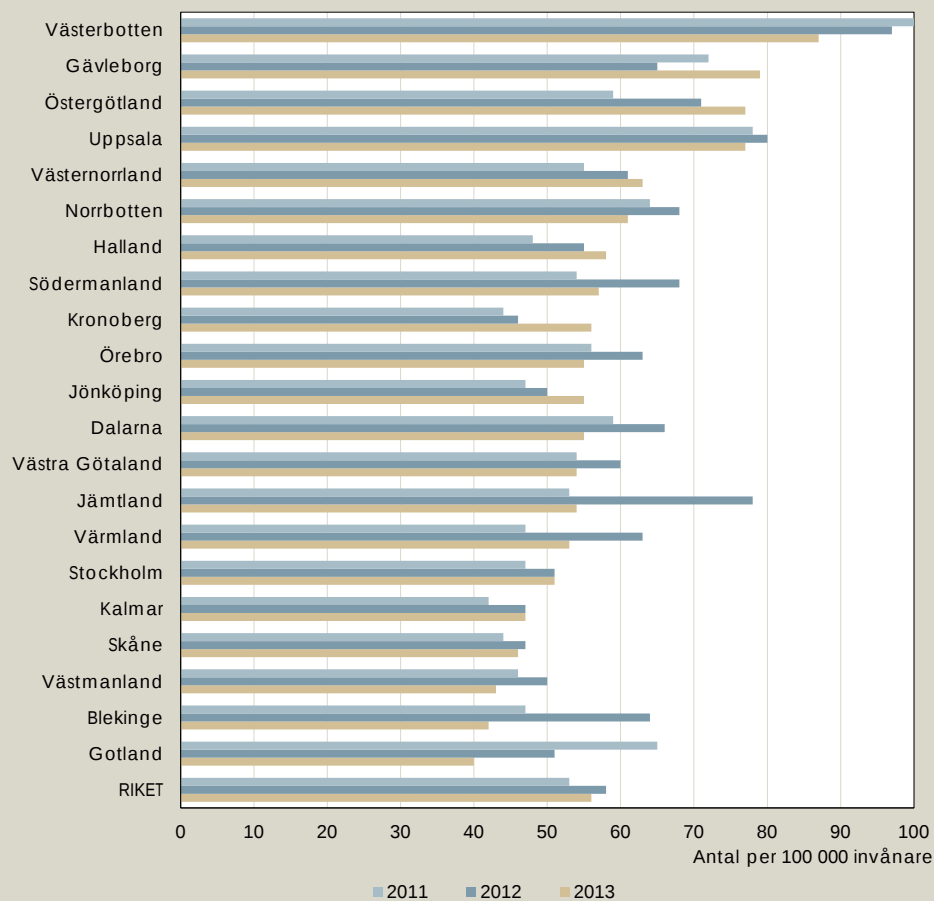
Antalet anmälningar i primärvård per 100 000 invånare var mer än tre gånger högre i vissa landsting än i andra (diagram 13). Inom slutenvården var skillnaden i anmälningsfrekvens mellan landstingen inte lika uttalad (diagram 14 och 15). Det sammanlagda antalet anmälningar inom primärvård, somatisk slutenvård samt från alla andra olika slags verksamheter redovisas per landsting i diagram 16. Det totala antalet anmälningar ökade under perioden 2011-2013 (diagram 17).

Diagram 13. Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF från primärvården 2011-2013, per 100 000 invånare



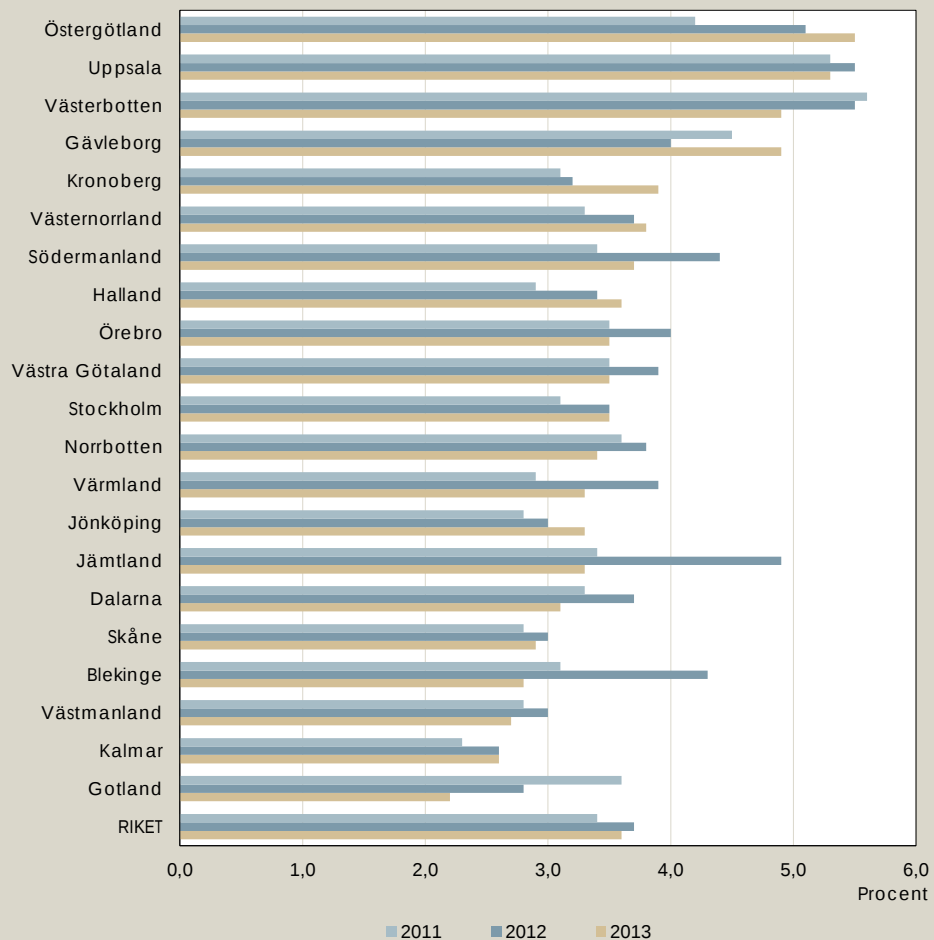
Källa: Patientförsäkringen LÖF och Statistiska centralbyrån.

Diagram 14. Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF från slutenvården 2011-2013, per 100 000 invånare



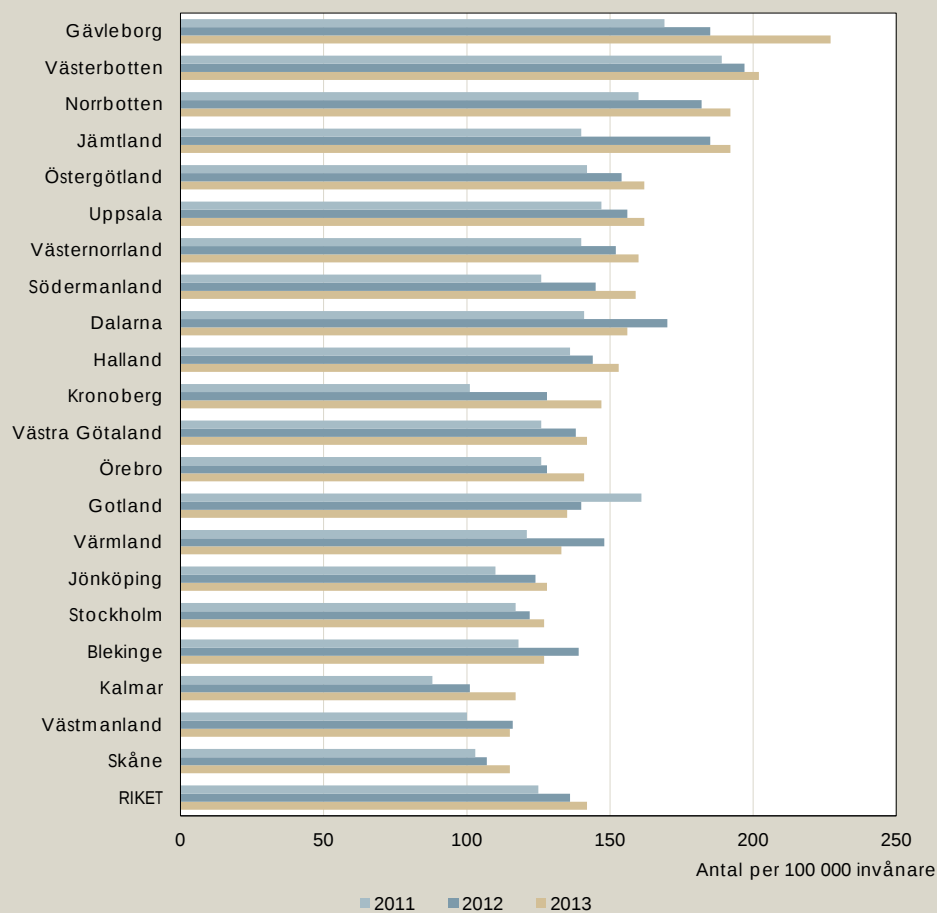
Källa: Patientförsäkringen LÖF och Statistiska centralbyrån

Diagram 15. Andel vårdtillfällen på sjukhus som medfört anmälan till Patientförsäkringen LÖF



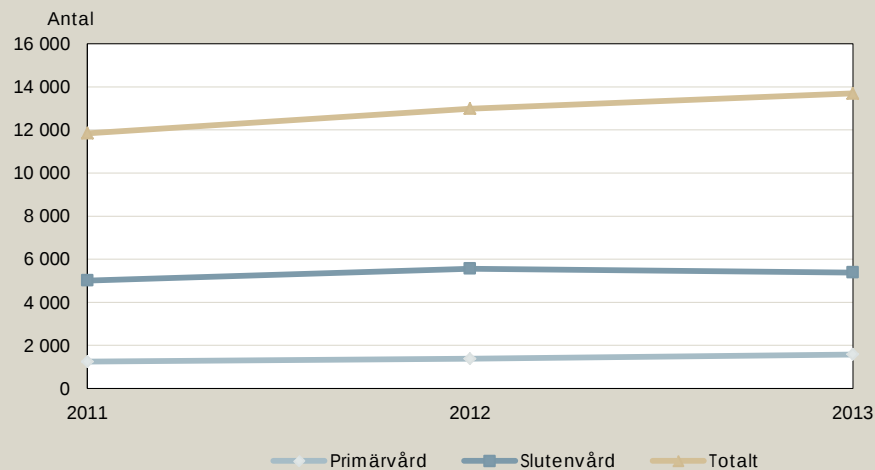
Källa: Patientförsäkringen LÖF

Diagram 16. Antal inkomna anmälningar till Patientförsäkringen LÖF 2011-2013, per 100 000 invånare



Källa: Patientförsäkringen LÖF och Statistiska centralbyrån

Diagram 17. Antal inkomna anmälningar till LÖF 2011-2013 gällande primärvård, slutenvård och totalt



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Diskussion

Det är okänt hur stor andel av de skador som inträffar i vården, som skulle ha bedömts som ersättningsbara enligt patientskadlagen, som faktiskt blir anmälda till Patientförsäkringen LÖF. I Socialstyrelsens rapport *Vårdskador inom somatisk slutenvård* [2] uppskattades att cirka 10 000 patienter per år drabbats av undvikbara skador som medfört bestående men. Detta kan jämföras med cirka 5 500 anmälningar om skador från slutenvård till Patientförsäkringen LÖF under 2013, varav knappt 40 procent bedömdes som ersättningsbara. Troligen anmäls endast en mindre andel av de skador som skulle ha bedömts som undvikbara till Patientförsäkringen LÖF. Antalet anmälningar återspeglar förmodligen i större utsträckning patienters och närståendes benägenhet att anmäla skador än det verkliga antalet skador och vårdskador som inträffar i vården.

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

Patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft den 1 januari 2011, ställer krav på att den som drabbats av vårdskada ska informeras om detta och om möjligheten att söka ersättning från Patientförsäkringen LÖF. Den fortsatta ökningen i antalet anmälningar som skett under perioden 2011-2013 återspeglar troligen att informationen till patienter och anhöriga har förbättrats. Ett ökande antal anmälningar skulle kunna tolkas som en försämring av säkerheten i sjukvården. Detta är dock inte sannolikt, eftersom att andelen patienter som fått ersättning kontinuerligt har minskat under samma period och nu är 38 procent, vilket betyder att antalet ersatta skador inte ökar i samma takt som antalet anmälda skador.

Skillnader i anmälningssfrekvens

Den i vissa fall påtagliga skillnaden i anmälningssfrekvens mellan olika landsting måste tolkas med försiktighet. Ett ökat antal anmälningar kan vara ett uttryck för en negativ trend. Den kan också vara ett tecken på en utveckling i önskad riktning mot en ökad medvetenhet. Anmälningssfrekvens per landsting bör jämföras med kvalitets- och utfallsmått. Ett landsting med hög anmälningssfrekvens till Patientförsäkringen LÖF, och som samtidigt redovisar goda kvalitetsresultat i exempelvis Öppna Jämförelser, är sannolikt ett landsting som har god kvalitet på sjukvården och arbetar aktivt med att höja säkerheten i sin sjukvård.

Skadestatistiken från LÖF utgör ett viktigt underlag för riktade patientsäkerhetssatsningar. Det är det enda material på nationell nivå som används för detta ändamål, t.ex. rörande förlossningsvård, infektioner efter ledproteskirurgi, allvarliga skador vid bukkirurgi och flera andra områden.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att vårdgivarna säkerställer att patienter och närstående informeras om möjligheten att söka ersättning när en vårdskada inträffat. Anmälningarna borde vara ett viktigt underlag för vårdens patientsäkerhetsarbete.

Anmälningar till patientnämnderna

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

Varje patientnämnd är en fristående enhet och har ingen gemensam överordnad organisation. Enligt lagen om patientnämndsverksamhet (1998:1656) ska varje patientnämnd årligen lämna en redogörelse över sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och Socialstyrelsen. Inom IVO pågår ett utvecklingsarbete tillsammans med patientnämnderna för att åstadkomma en gemensam struktur i den årliga rapporteringen och kategoriseringen av anmälningarna.

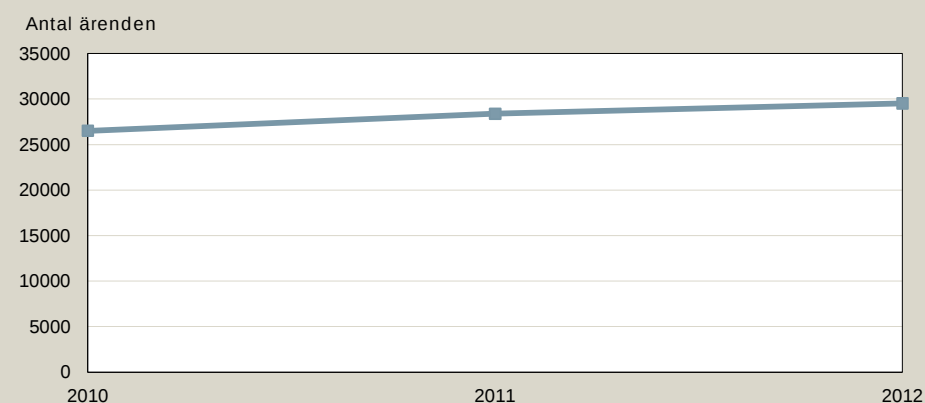
Totalt antal anmälningar ökar

Det totala antalet ärenden till patientnämnderna har ökat varje år, från 18 500 ärenden år 2000 till 29 500 ärenden år 2012. Hälften av alla ärenden under 2012 gäller den somatiska specialistvården, en fjärdedel primärvården och 10 procent den psykiatriska specialistvården. Resterande andel omfattar tandvård, kommunal vård och övrig vård. Av samtliga ärenden gäller 55 procent kvinnor och 38 procent män. I sju procent av ärendena har kön inte angetts.

I diagram 18 visas utvecklingen av totalt antal inkomna ärenden till samtliga patientnämnder under perioden 2010-2012. Ökningen kan bero på att patienter och närstående har större kännedom om vilka instanser de kan

vända sig till när problem uppstått vilket kan vara en effekt av ökade informationsinsatser från bland annat patientnämnderna. Vårdgivarens skyldighet att informera i samband med vårdskada, som infördes när patientsäkerhetslagen kom 2011, kan också ha bidragit.

Diagram 18. Antal ärenden till patientnämnderna



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Vård och behandling är det dominerande problemområdet

Missnöje med vård och behandling är den vanligaste anledningen till anmälan och utgör närmare hälften av samtliga ärenden. I den statistik som finns hittills går det inte att utläsa i vilken mån patienter upplever att de har drabbats av en vårdskada.

I två av patientnämnderna, Stockholm och Örebro, har projekt genomförts under 2012 för att hämta in patienternas upplevelse av om en vårdskada inträffat. Patientnämnden i Stockholm har därefter jämfört med vårdens utlåtande i samma fall [21]. Resultatet visar på en betydande skillnad i uppfattning mellan anmälade patient eller närstående och representanter för vården. Patient eller närstående upplever i mycket högre grad att en skada inträffat eller att det har funnits risk för sådan, än vad man har angett från vården. Patientnämndens reflektion är att vården i många fall inte dokumenterar händelser i termer av skada eller vårdskada. Det är därför svårt att i vårdens svar på en anmälan kunna utläsa om risk för skada funnits eller skada inträffat.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att patientnämnderna tar fram och börjar använda en gemensam metodik för att inhämta patienternas och deras närståendes uppfattning om förekomsten av skador och vårdskador.

Klagomål

Enskilda patienter eller närstående har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) möjlighet att lämna klagomål på vården. Klagomålen anmäls till och handläggs på Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Årligen inkommer cirka 7 000 anmälningar till myndigheten. Bland dessa ärenden finns sannolikt ett betydande antal som rör skador som patienter drabbats av. På grund av att inkomna ärenden inte kategoriseras i detta avseende, är det okänt i vilken omfattning anmälningarna gäller skador.

Det är av värde för patienter och närstående att det finns ett forum och därmed möjlighet att föra fram klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården. Det är också värdefullt att vårdgivaren får kännedom om patienters och närståendes upplevelser av vården. Med en systematisk kategorisering av klagomålen skulle dessa kunna utgöra ett värdefullt underlag för patientsäkerhetsarbetet.

Indikatorer för skador – rapportering från vårdgivare och profession

Indikatorer från öppna jämförelser

I detta avsnitt redovisas ett antal indikatorer för komplikationer och skador, som har valts ut för att avspegla vårdskador. Indikatorerna har tidigare presenterats i rapporten *Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård - Jämförelser mellan landsting* [22]. Där används i vissa fall *oönskade händelser* för att beteckna komplikationer och skador. Socialstyrelsen har valt att behålla *oönskade händelser* i denna beskrivning av indikatorerna för att inte ändra på den terminologi som används inom öppna jämförelser. Inom öppna jämförelser finns även andra indikatorer som speglar patientsäkerhet men i denna rapport redovisas endast indikatorer som bedömts avspegla vårdskada eller uppenbar risk för vårdskada.

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

Följande indikatorer ingår i redovisningen:

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

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

Datakällor och visning

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

I de flesta diagrammen redovisas 95-procentiga konfidensintervall med ett svart streck vid respektive landstings stapel. Dessa intervall anger den statistiska osäkerheten för det enskilda landstingets värde. Om fler variabler visas i samma stapel avser konfidensintervallet totalvärdet. För de mindre landstingen, där antalet observationer är lägre och utrymmet för slumpen större, är konfidensintervallet vidare. För några indikatorer har det inte funnits tillgång till det nödvändiga underlaget för att beräkna konfidensintervall.

Indikatorer

Vårdrelaterade infektioner

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras i ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen som ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården”. Urinvägsinfektioner, lunginflammation och hud- och sårinfektioner är de vanligaste vårdrelaterade infektionerna. Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning.

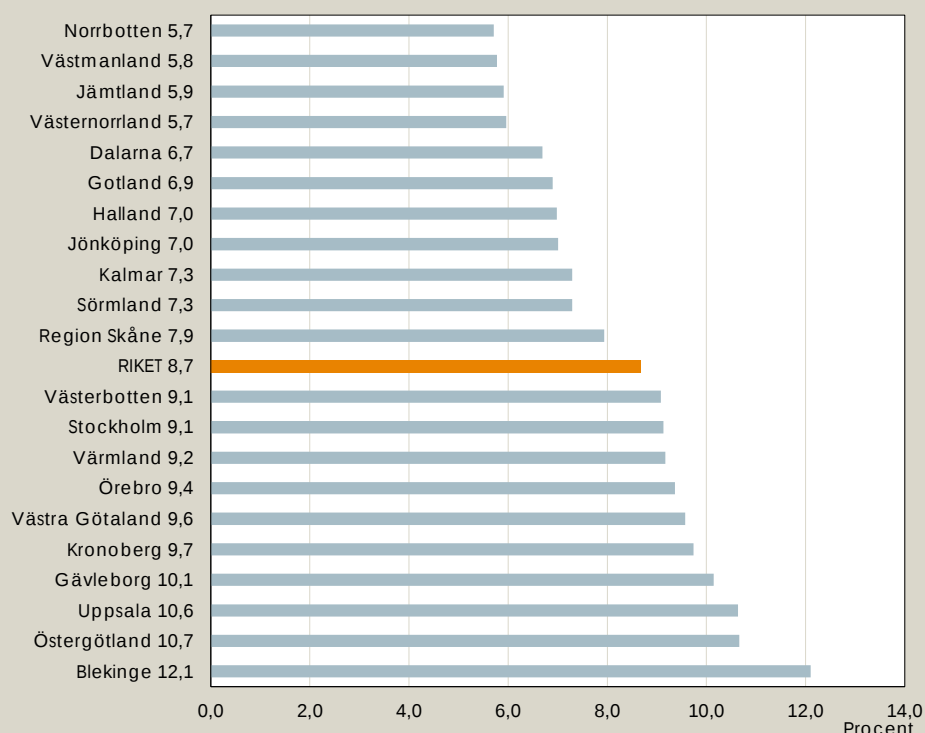
Inom ramen för Nationell satsning för ökad patientsäkerhet läggs det ner ett omfattande arbete i landsting och regioner på att tillämpa de tre åtgärdspaket som förebygger VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner samt vid centrala venösa infarter. Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i den mätning av VRI som genomförs två gånger per år. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus. Samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod under vår respektive höst. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mät dagen, ingår i rapporteringen. Hösten 2013 genomfördes den tolfte mätningen sedan starten 2008 och omfattade 19 378 patienter inom somatisk slutenvård.

Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

I diagram 19 visas resultatet från mätningen hösten 2013. Totalt sett har andelen patienter med VRI legat ganska stabilt vid senaste mätningarna (diagram 20). Andelen varierar mellan landstingen från knappt 6 till drygt 12 procent. VRI är vanligare i regionsjukvård, vilket påverkar utfallen för landsting med regionsjukhus.

Diagram 19. Andel patienter med vårdrelaterad infektion

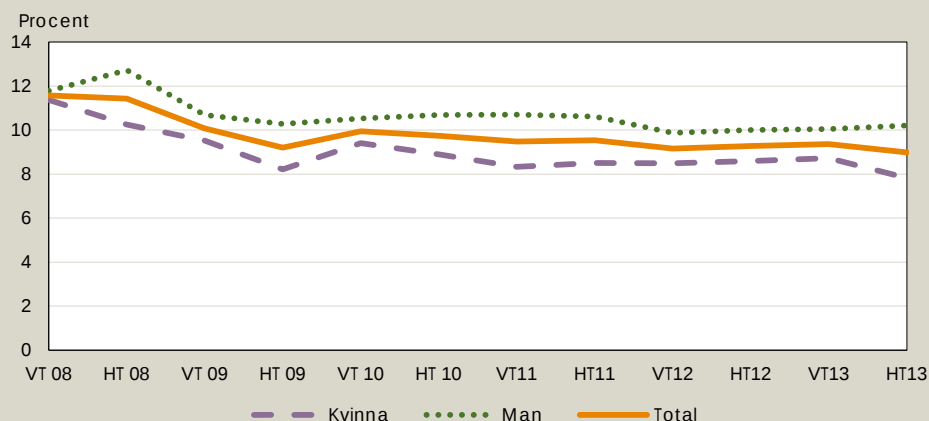
Avser patienter i slutenvård HT 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Diagram 20. Andel patienter med vårdrelaterad infektion

Avser patienter i slutenvård, VT 08 - HT 13.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Varje VRI beräknas förlänga vårdtiden med i genomsnitt 4 extra vårddygn. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient så tas betydande resurser i anspråk. Vid mätningen våren 2013 hade 1 765 patienter drabbats av en vårdrelaterad infektion. Genomsnittskostnaden för ett vårddygn uppskattas till cirka 8 000 kr. Detta innebär att vårdrelaterade infektioner ger en ökad kostnad totalt i riket med cirka 56 miljoner kronor.

Punktprevalensmätningar ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus. Vid jämförelser mellan sjukhus bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patientsammansättning påverkar utfallet.

Vårdrelaterade infektioner bland barn i neonatalvård

År 2012 vårdades i riket nästan 10 procent av alla nyfödda barn på neonatalavdelning. Variationerna mellan landstingen var stora, främst beroende på skillnader i hur vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln är organiserad.

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

Till det perinatala kvalitetsregistret för neonatologi, SNQ, rapporteras uppgifter om de nyfödda barn som vårdas på sjukhusens neonatalavdelningar. Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och -rutiner varierar över landet, samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningars rapportering till registret SNQ har samordnats med det medicinska födelse-

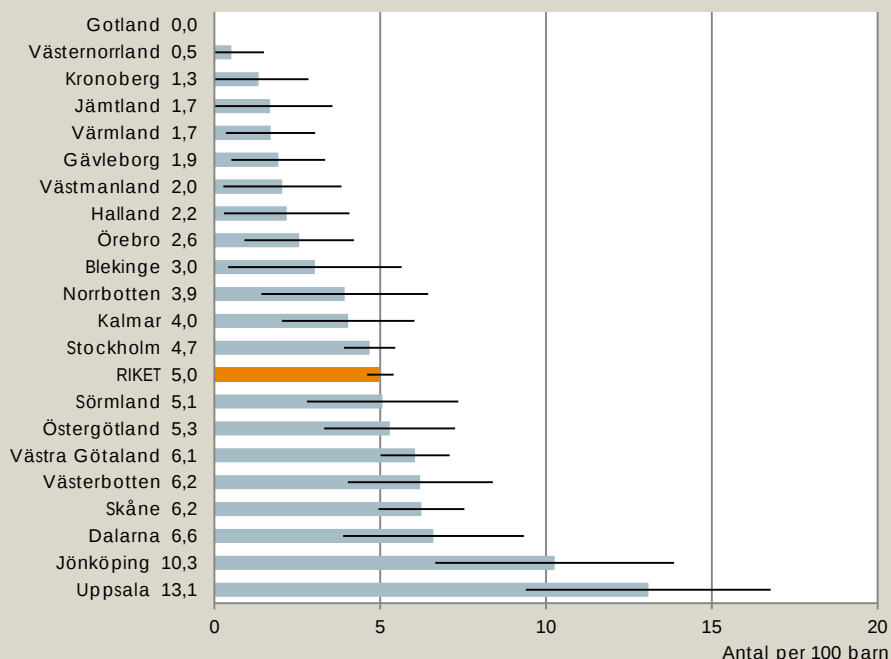
registret så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

Indikatorn visar antalet bekräftade eller misstänkta vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 vårdade barn på neonatalavdelning. Ingår gör fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det andra vård dygnet hos barn som är vårdade i neonatalvård direkt efter födel- sen, och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingår cirka 11 400 barn i jämförelsen, redovisade per landsting efter klini- kens lokalisering, inte moderns hemort.

I riket fick fem procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2012, med en spridning mellan landsting från en till 13 procent. Antalet vårdade barn är många, men den låga förekomsten av infektioner gör att den statistiska osäkerheten ändå är stor.

Diagram 21. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Andel vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård, 2012.



*Data för Gotland visas ej. Vid komplikationsfrekvens under 3 procent anses underregistrering föreligga.

Källa: Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister, SNQ

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

Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

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

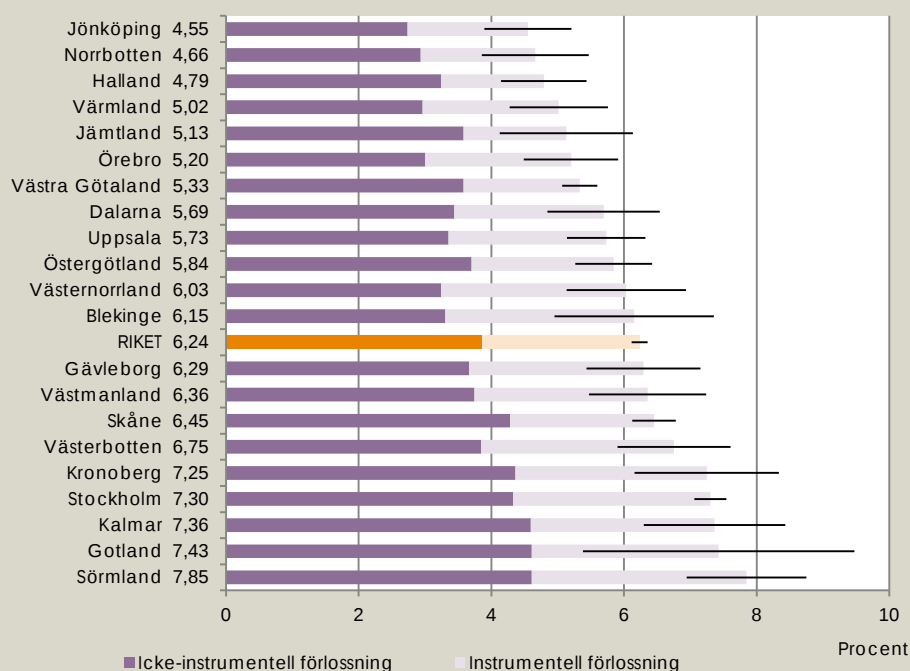
Kända riskfaktorer för grad III och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse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

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel underlivssmärter och avföringsinkontinens.

I diagram 22 redovisas andel bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar under perioden 2007–2011. Staplarna visar även fördelning på instrumentella och icke-instrumentella förlossningar. Enbart förstföderskor är inkluderade i analyserna.

Diagram 22. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor med fördelning på instrumentella och icke-instrumentella. Aldersstandardiserade värden, 2007–2011.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

I riket som helhet medförde 6,2 procent av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV. Den totala andelen grad III och IV-bristningar varierade mellan 4,5 och 7,8 procent under den studerade perioden 2007–2011, vilket innebär att mellan 2 000 och 2 500 förstföderskor drabbas årligen. Variationen mellan landsting och sjukhus tyder på att frekvensen grad III och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

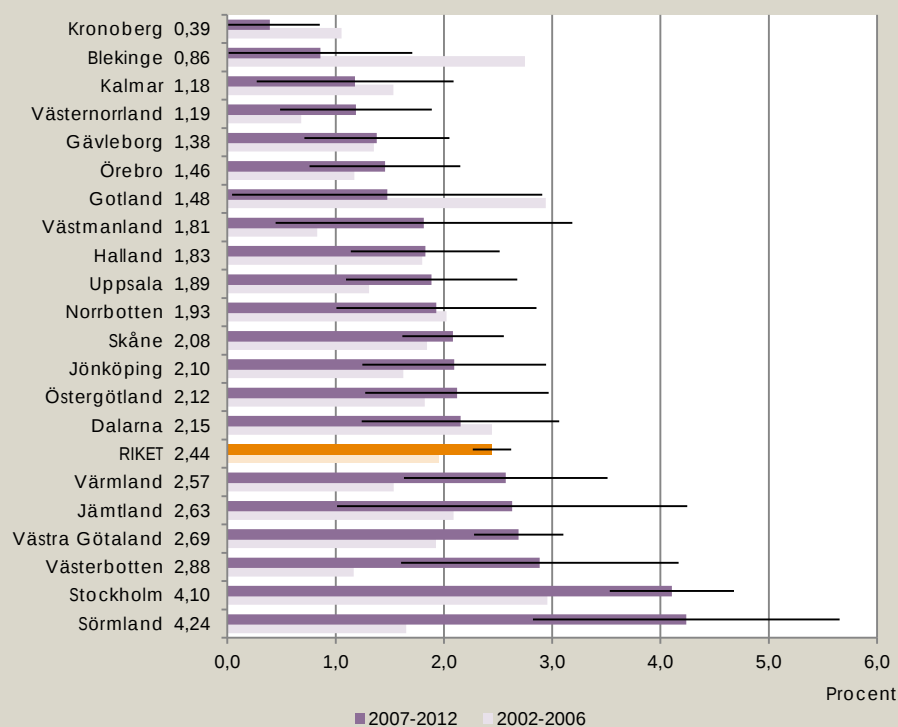
Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Hysterektomi innebär att livmodern opereras bort och är en relativt vanlig operation hos kvinnor. Den vanligaste orsaken till denna operation är godartad muskelknota (myom) i livmodern, framfall samt riklig blödning i samband med menstruation, där läkemedelsbehandling inte räcker till. Som vid alla kirurgiska ingrepp finns det vid hysterektomi risk för postoperativ infektion eller annan komplikation och att patienten därmed kan behöva återinläggas på sjukhus för behandling.

Under senare år görs enligt patientregistret cirka 5 000 operationer per år på benign indikation, det vill säga utan cancerdiagnos. Antalet hysterektomier har inte ökat i takt med befolkningsökningen de senaste tio åren. Detta kan bland annat förklaras av förbättrade möjligheter till läkemedelsbehandling vid riklig blödning, vilket minskat behovet av kirurgi.

Diagram 23. Oönskade händelser efter borttagande av livmoder

Avser kvinnor 15-84 år, 2007-2012 och 2002-2006.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Indikatorn visar andelen operationer med oönskade händelser, mätt som återinläggning inom 28 dagar efter operationen, för de kvinnor som opererat bort livmodern. Jämförelsen baseras på knappt 30 000 kvinnor i åldrarna 15 till 84 år med benign indikation (ej cancerdiagnos) som opererades under den femåriga mätperioden. Hysterektomi i samband med förlossning eller med skadediagnos ingår inte. Återinläggningarna avser diagnoser för komplikationerna postoperativ infektion, tarmvred, sjukdomar i urinorganen eller svårighet att tömma urinblåsan.

I riket återinskrevs under de studerade åren 2,4 procent av de opererade kvinnorna på grund av komplikation. Andelen varierade från under en till drygt fyra procent i landstingen. Den helt dominerande återinskrivningsdiagnosen var postoperativ infektion, som stod för mer än 80 procent av återinskrivningarna. Under perioden 2000 till 2012 varierade andelen återinskrivna mellan 1,7 och 2,8 procent.

Indikatorn formulerades och användes först i Kanada (Canadian Institute of Health Information). Man har där funnit återinskrivningar till sjukhusvård på mellan 1,0 och 1,2 procent under senare år. De svenska resultaten förefaller ligga på en något högre nivå.

Detta mått fångar enbart komplikationer som lett till återinskrivning, vilket är en begränsning. Det är viktigt att även studera om de opererade kvinnorna själva bedömde att efterförloppet var fritt från komplikationer, oavsett om dessa föranledde återinskrivning eller ej.

Patientrapporterade komplikationer efter borttagande av livmoder

Cirka 8 000 kvinnor får varje år i Sverige sin livmoder bortopererad, så kallad hysterektomi, vilket medför att var tionde kvinna i Sverige blir av med sin livmoder under sin livstid. Cirka 5 000 av dessa opereras på grund av symtomgivande, men benigna (godartade) besvär från livmodern.

Den vanligaste orsaken till att livmodern avlägsnas vid symtomgivande benigna besvär är en blödningsrubbning som inte svarar på medicinsk behandling. En vanlig orsak till blödningsbesvär är muskelknutor (myom) i livmodern. Ungefär 80 procent av alla kvinnor får myom, de flesta utan att få några besvär. Även vid operation av framfall i underlivet är det vanligt att livmodern samtidigt avlägsnas. Mindre invasiva operationsmetoder används oftare nu, som vaginal metod och titthålskirurgi. Dessa metoder medför mindre behov av smärtstillande läkemedel, leder till kortare vårdtid och påskyndar patientens återkomst till normal ADL-funktion (Activities of Daily Living).

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

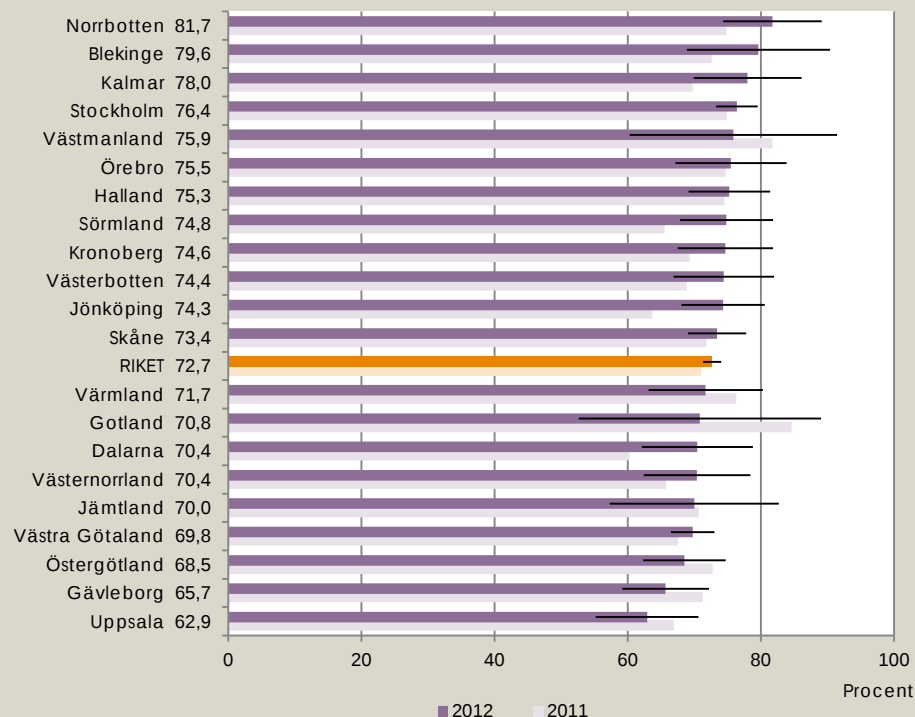
Indikatorn som här visas bygger på patientens egen värdering och speglar komplikationer efter operationen i en vidare mening, som oplanerade vårdkontakter till följd av ej förväntade händelser, lindrigare infektioner, sårpro-

blem och bristande information. Hysterektomi på grund av premaligna eller maligna tillstånd eller de som utförts i samband med framfallsoperationer ingår inte.

I diagram 24 visar andelen av de opererade patienterna som uppgav att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär, eller att de haft lindrigare besvär, men som inte krävt vårdkontakt. Av 5 200 opererade kvinnor svarade drygt 4 000 på denna enkätfråga, i den enkät som sändes ut två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för den aktuella frågan var därmed i riket drygt 77 procent, men med variationer mellan de båda registren och mellan kliniker. Redovisningen per landsting baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

Diagram 24. Komplikationsfri efter borttagande av livmoder

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter borttagande av livmoder, 2012 och 2011.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

I riket var 2012 knappt 73 procent av kvinnorna komplikationsfria och utan oväntade besvär två månader efter operationer, med en spridning mellan landstingen från knappt 63 till 82 procent. Andelen är något högre än 2011, men är i stort sett oförändrad sedan 2008.

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

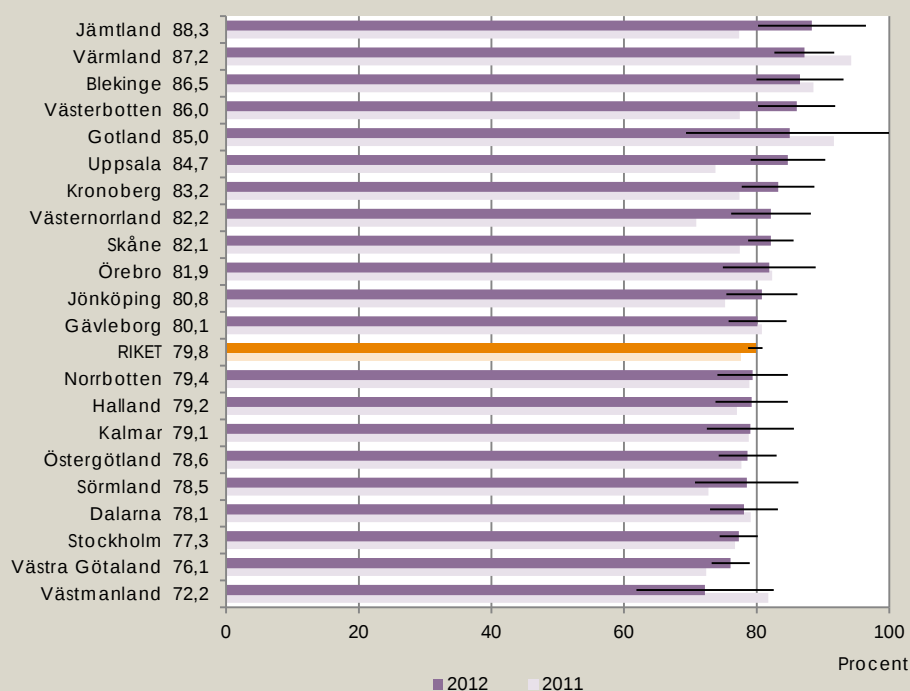
Patientrapporterade komplikationer efter framfallsoperation

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

Indikatorn visar andelen av de opererade patienterna som uppger att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär som resulterat i vårdkontakt. Jämförelsen baseras på 4 128 patienter som opererades under mätperioden och som svarade på enkätfrågan två månader efter operationen. Svarsfrekvensen för den aktuella frågan uppgick i riket till 81 procent, men med variation mellan registren och klinikerna. Redovisning av landsting baseras på klinikens lokalisering, inte på patientens hemort.

Diagram 25. Komplikationsfri efter operation för livmoderframfall

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för livmoderframfall, 2012 och 2011.



Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

I riket anger knappt 80 procent av kvinnorna att de inte haft komplikationer eller oväntade besvär. De senaste åren har andelen i riket varierat mellan drygt 77 och knappt 80 procent. Det finns skillnader mellan landsting, med en spridning från 72 till 88 procent. Variationen mellan olika kliniker är nå-

got större, men bör tolkas försiktigt eftersom ingen hänsyn tagits till skillnader i patientsammansättningen.

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

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

Patientrapporterade komplikationer efter inkontinensoperation

Över 3 500 svenska kvinnor opereras varje år för urininkontinens. För 20 år sedan opererades nästan alla inkontinenta kvinnor med metoder som innebar buksnitt, öppen kirurgi. Vid 1990-talets början påbörjades en utveckling som innebar ökad användning av minimalinvasiva och dagkirurgiska ingrepp. Inkontinensoperationsregistren har en viktig roll för att utvärdera de olika operationstyper som idag förekommer. Detsamma gäller analyser för att identifiera högriskpatienter och lämpliga preoperativa utredningar.

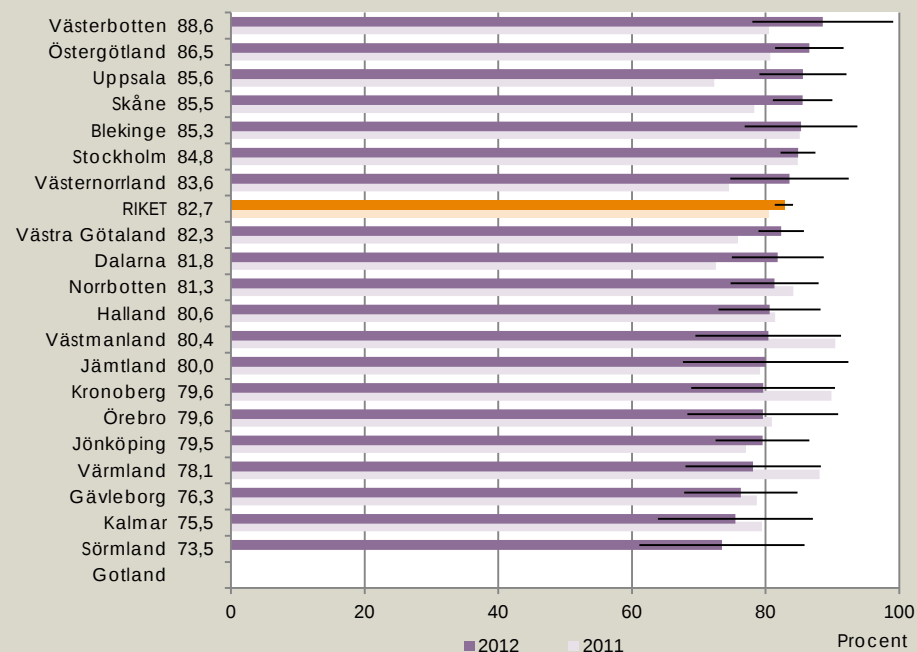
Syftet med operation är att göra patienten kontinent eller åtminstone signifikant förbättra hennes inkontinens. Alla metoder är utvecklade för att eliminera eller minska urinläckaget vid ansträngning, men har även en viss effekt på samtidigt förekommande trängningsläckage. Hög ålder (> 75 år), tidigare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

Indikatorn visar andelen patienter som anger att de inte haft några komplikationer eller oväntade besvär som föranlett läkarbesök två månader efter operationen. Jämförelsen baseras på 2 850 opererade patienter som besvarade denna fråga i patientenkäten. 3 649 operationer registrerades av de båda registren Gyn-OP och Gyn-KvalitetsRegistret under mätperioden. Svarsfrekvensen för denna fråga i enkäten är i riket 78 procent.

Andelen patienter som anger att de varit komplikationsfria och inte haft oväntade besvär är i riket nästan 83 procent, med en variation mellan landstingen från 73 till närmare 89 procent. De senaste åren har andelen i riket varierat mellan 80 och 84 procent.

Diagram 26. Komplikationsfri efter operation för urininkontinens

Andel kvinnor som anger att de var komplikationsfria och utan oväntade besvär efter operation för urininkontinens, 2012 och 2011.



*Data för Gotland visas ej. Vid komplikationsfrekvens under 3 procent anses underregistrering föreligga.

Källa: Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi samt Gyn-KvalitetsRegistret

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

Oönskade händelser efter knä- eller höftprotesoperation

I Sverige inopereras årligen cirka 13 000 knäproteser och 16 000 totala höftproteser. Därtill kommer även omoperationer och revisionsoperationer, där proteserna byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

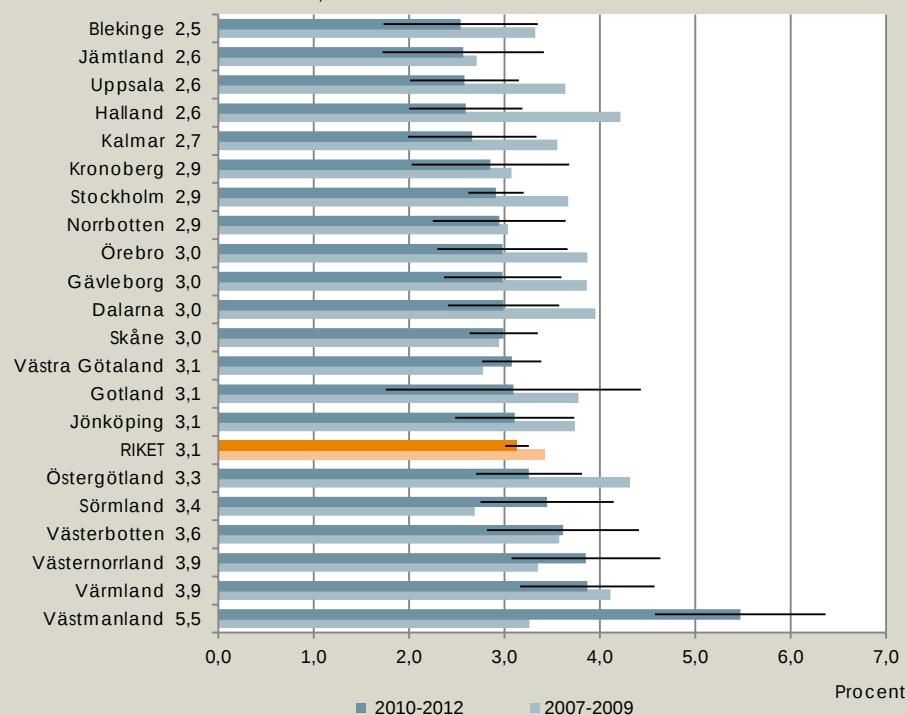
Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska operationer, som inte är helt riskfria för patienten. Modern anestesiologi, noggrann medicinsk utredning före operationen, liksom infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder är viktiga för att nå låga komplikations-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

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

Diagram 27. Önskaade händelser efter knä- eller höftledsoperation

Önskaade händelser inom 30 dagar efter knä- eller total höftprotesoperation.

Åldersstandardiserade värden, 2010-2012 och 2007-2009.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 27 visar andelen patienter som återinskrivs på sjukhus eller avled inom 30 dagar efter höft- och knäprotesoperation. Knappt 79 000 operationer utförda under 2010–2012 ingår i jämförelsen, med patientregistret som källa. Orsaker till återinläggning är bland annat proteskomplikationer och vanliga hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. Redovisningen per landsting baseras på patientens hemort, inte på klinikens lokalisering.

I riket uppgick andelen avlidna eller återinskrivna till 3,1 procent. De specifika proteskomplikationerna står för två tredjedelar av de studerade återinläggningarna. Det är en viss spridning mellan landstingen, från 2,5 till 5,5 procent. I riket som helhet kan en tendens till minskning noteras under den senaste 10-årsperioden, trots en kraftig nedgång av medelvårdtiden från cirka tio dagar 1998 till strax under 6 dagar 2011. Andelen återinskrivna eller döda är högre bland män än bland kvinnor.

Återinläggning och död kan bero på lokala komplikationer relaterade till kirurgin, men också på andra medicinska komplikationer. Till de svenska knä- och höftprotesregistren rapporteras återinläggningar på grund av lokala komplikationer, som krävt någon form av omoperation. Dessa register fångar dock inte de övriga medicinska komplikationerna. Med patientregistret som källa kan flera oönskaade händelser analyseras. Detta samlade komplikationsmått är mer relevant för patienten och sjukvården än att bara rapportera en lokal höftkomplikation.

Komplikationer efter pacemakerinsättning

Om hjärtat slår för långsamt eller oregelbundet kan detta leda till yrsel, svimningsattacker eller plötslig död. Insättning av pacemaker görs för att hjälpa hjärtat att återställa en tillräckligt snabb puls eller nå en jämn rytm. Cirka 6 700 nyinsättningar av pacemakers sker per år, med en genomsnittsålder för män på 75 år och för kvinnor på 78 år. Knappt 50 000 personer lever med pacemaker i Sverige.

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

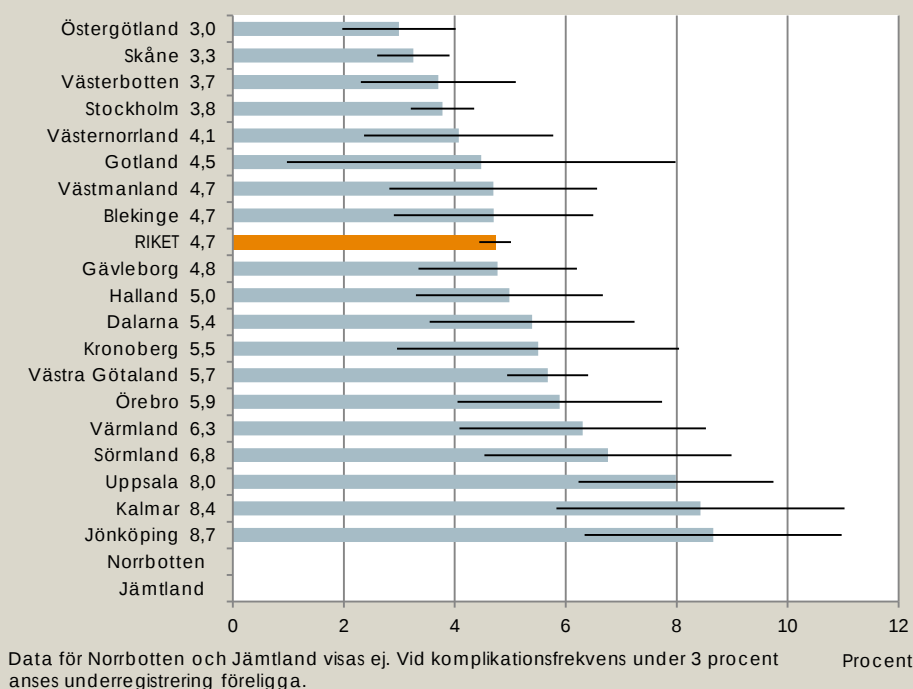
Källan till indikatorn är det Svenska Pacemaker- och ICD-registret. Till registret rapporteras uppgifter om insättning av standardpacemaker, implanterbara defibrillatorer (ICD) och sviktpacemakers (CRT). Alla 43 kliniker som sätter in pacemaker rapporterar till registret. Täckningsgraden på individnivå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

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

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

Diagram 28. Komplikation efter pacemakerbehandling

Andel patienter som får komplikation inom 1 år efter pacemakerbehandling, 2010-2011.



Källa: ICD- och Pacemakerregistret

Jämförelsen omfattar cirka 21 167 patienter, som fick behandling under 2010-2011 och som följdes upp under 2012. I riket var andelen komplikationer 4,7 procent, med en spridning mellan landstingen från tre till knappt nio procent.

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

Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

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

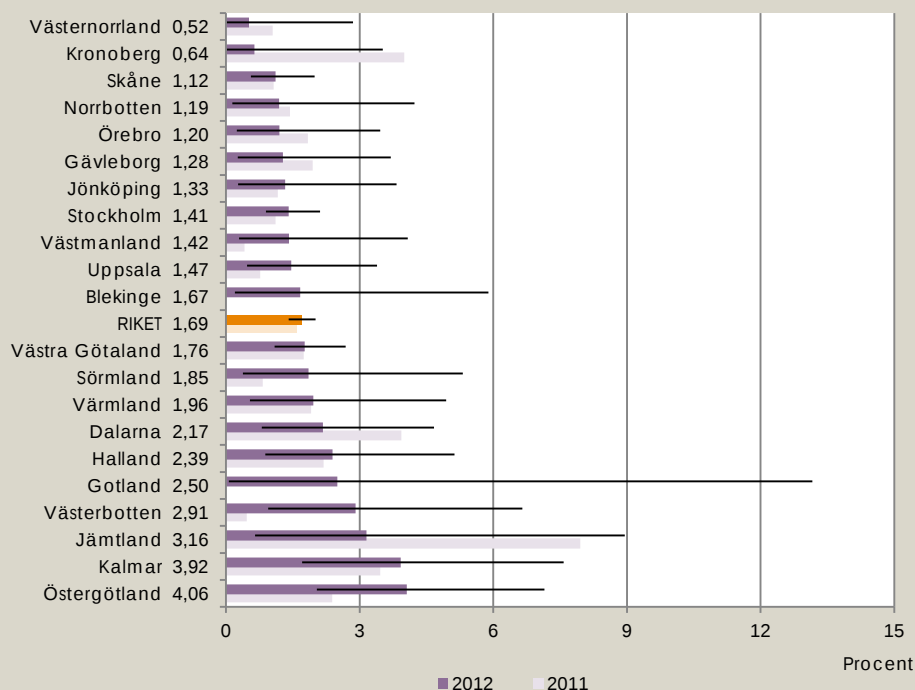
Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad

ren operation bör infektioner vara sällsynta och det var också mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancer håller på att uppdateras enligt ett förslag i början av 2013. Samtidigt publicerades en utvärdering av riktlinjerna. En av indikatorerna som då följdes upp är den som redovisas här, andelen patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter den första operationen.

Diagram 29. Omoperation vid bröstcancer på grund av komplikation

Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, 2012 och 2011.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret

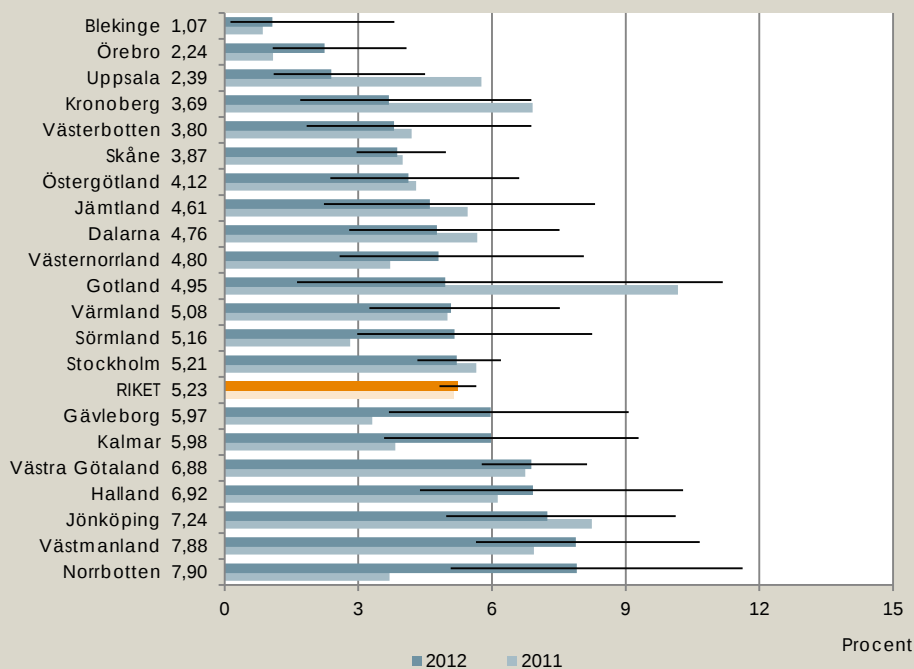
I diagram 29 redovisas andelen omoperationer under 2012. Av de 7 385 kvinnor som primäropererades var det 125 som omopererades, vilket motsvarar 1,7 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden varierar från en halv till fyra procent, men under stor statistisk osäkerhet.

I den nationella uppföljningen föreslår Socialstyrelsen som mål att andelen omoperationer bör vara lägre än 2 procent. Detta mål nås av över hälften av landstingen.

Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Diagram 30. Kirurgiska komplikationer efter borttagande av gallblåsa

Andel kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter borttagande av gallblåsa, 2012.



Källa: Gallriks - Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi

Indikatorn speglar förekomst av kirurgiska komplikationer inom 30 dagar efter en operation där gallblåsan opereras bort, kolecystektomi. Exempel på komplikationer är blödning, infektion eller gallläckage. All kirurgi är förknippad med risk för komplikationer. De som här redovisas är sådana som betraktas som specifika för det kirurgiska ingreppet ifråga och som har krävt någon form av åtgärd. Både akuta och planerade operationer ingår.

År 2012 drabbades 596 av 11 403 opererade patienter av någon kirurgisk komplikation inom 30 dagar, vilket motsvarar 5,2 procent. Andelen komplikationer i landstingen varierar från 1,1 till knappt 8 procent. Komplikationer drabbar oftare män än kvinnor, med en andel på 6,8 respektive 4,5 procent. Andelen komplikationer ligger relativt stabil över åren.

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

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

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

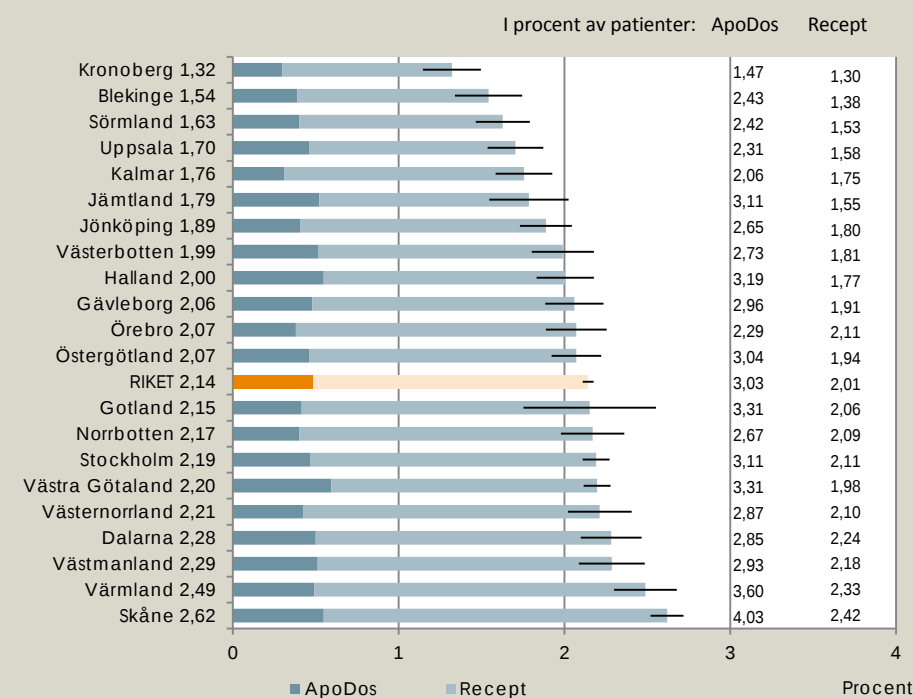
Läkemedelsinteraktion bland äldre

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

Analysen av läkemedelsinteraktioner som tidigare utgått från den databas som legat till grund för interaktionsinformationen i FASS, baseras från och med 2012 på en ny källa; SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing), som numera är tillgänglig för de landsting som är anslutna till SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel). Analysen omfattar som tidigare läkemedelsinteraktioner av klass D med dokumentationsgrad 1-4.

Diagram 31. Riskfyllda läkemedelskombinationer bland äldre

Andel äldre i befolkningen med riskfyllda läkemedelskombinationer (D-interaktioner). Avser personer 75 år och äldre, 31 december 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I diagram 31 visas andelen patienter i gruppen 75 år och äldre som har kombinationer av läkemedel med risk för D-interaktioner vid mättdpunkten 31 december 2012. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen med dessa läkemedelskombinationer är i riket 2,1 procent. Detta motsvarar knappt 16 000 personer. Jämfört med 2009 är andelen något lägre. Det finns för riket inga tydliga könsskillnader.

Det finns en diskussion om att ApoDos, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, ökar risken för att nya läkemedel läggs till i medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. Andelen äldre som får sina läkemedel via ApoDos varierar mellan länen. Detta motiverar särredovisning av andelen med dessa läkemedelskombinationer för gruppen äldre med ApoDos-expediering respektive gruppen med receptexpedierade läkemedel. Se till höger i diagrammet. I denna jämförelse ingår enbart äldre som hade läkemedel förskrivna, medan i stapeldiagrammet hela befolkningen ingår.

En möjlig felkälla är att Läkemedelsregistret inte fångar den läkemedelsanvändning som sker från läkemedelsförråd i äldreboenden.

Äldre med läkemedel som bör undvikas

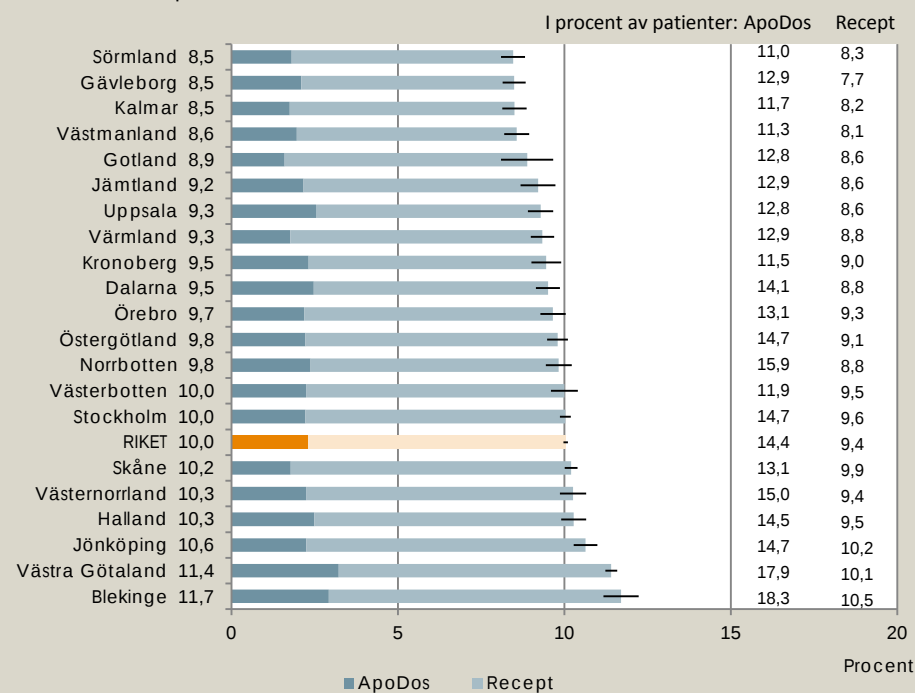
Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa omfattas av indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*, som är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Indikatorn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

I diagram 32 visas andelen äldre av hela befolkningen 75 år och äldre som hade minst ett av dessa olämpliga läkemedel vid mättidpunkten 31 december 2012. Staplarna är fördelade på patienter som får sina läkemedel via dosexpedition (ApoDos) respektive via recept. Andelen var i riket 10 procent, bland kvinnor 11,1 procent och bland män 8,4 procent. Detta motsvarar drygt 74 000 personer. Variationen mellan landstingen är relativt stor och sträcker sig från 9,2 till 13,2 procent för kvinnor och från 6,6 till 9,6 procent för männen. Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre har minskat något från föregående mätningar.

Användningen av dessa läkemedel var högre i gruppen med ApoDos, där 14,4 procent hade detta, att jämföra med 9,4 procent i gruppen med receptexpedierade läkemedel.

Diagram 32. Olämpliga läkemedel bland äldre

Andel äldre i befolkningen med minst ett av fyra läkemedel som bör undvikas. Avser personer 75 år och äldre, 31 december 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Användning av lämpliga sömnmedel till äldre

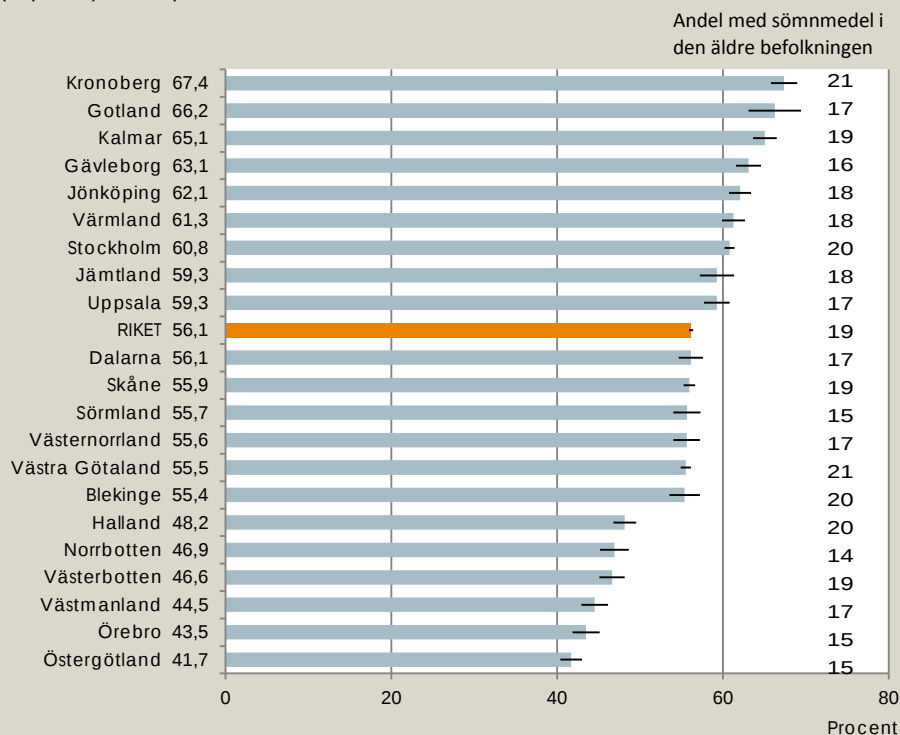
Långvarig användning av sömnmedel är vanligt bland äldre. Med stigande ålder sker dock förändringar i kroppen som kan leda till att lugnande medel och sömnmedel får en förlängd verkan och att halten av dem byggs upp till alltför höga nivåer med risk för biverkningar. Samtidigt är centrala nervsystemet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

Vid läkemedelsbehandling av sömnbesvär hos äldre är det därför viktigt att använda rätt typ av preparat. Enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är zopiklon mest lämpligt för äldre, på grund av dess relativt korta halveringstid, förutsatt att det inte finns någon bakomliggande orsak som gör att det krävs en annan behandling.

Totalt hade drygt 137 000 personer som är 75 år och äldre sömnmedel vid mättidpunkten 31 december 2012. Av diagram 33 framgår att zopiklon år 2012 står för bara drygt hälften, 56 procent, av all användning av sömnmedel till personer som är 75 år och äldre. Variationen mellan landstingen är relativt stor, 42–66 procent.

Diagram 33. Lämpliga sömnmedel bland äldre

Andel användare av sömnmedel som använder lämpliga sömnmedel (zopiklon) bland personer 75 år och äldre, 31 december 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Jämförelse av ovanstående tre läkemedelsindikatorer med föregående år är svår att göra då den redovisade åldersgruppen ändrats från 80 år och äldre till 75 år och äldre.

Förekomsten av VRI ligger i stort sett på oförändrad nivå vid de regelbundna punktprevalensmätningar som görs i SKL:s regi. Socialstyrelsen anser att ökade insatser behövs så att evidensbaserade åtgärdsprogram för att minska förekomsten av VRI kommer till bredare användning i vården.

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

OECD-indikatorer

Inom Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) bedrivs ett internationellt arbete med att utveckla indikatorer på hälso- och sjukvårdens kvalitet för flera olika sjukdomstillstånd. Dessa indikatorer presenteras regelbundet i rapportserien Health at a Glance [13]. Sverige är ett av de drivande länderna i utvecklingen av nya kvalitetsindikatorer. Några av indikatorerna avser att spegla patientsäkerhet. Tillgängligheten på data och kvaliteten i tillgängliga data varierar stort mellan länder. Även praxis i diagnosättning och diagnoskodning skiljer sig åt.

Sverige har sedan många år medverkat i utvecklingen av indikatorerna för patientsäkerhet och har regelbundet rapporterat in begärda uppgifter för riket till OECD. Indikatorerna speglar till exempel blodförgiftning och lungemboli efter operation och bristningar i samband med förlossning. Indikatorerna presenteras och jämförs landsvis i rapportserien Health at a Glance vartannat år. Socialstyrelsen har under flera år bedömt att tillförlitligheten i flera av dessa data är låg på grund av en trolig underrapportering. Detta gäller även svenska data. För att närmare belysa kvaliteten i data och variationen inom och mellan landsting redovisas i detta avsnitt sex av de indikatorer som OECD valt att följa inom patientsäkerhetsområdet. Två OECD-indikatorer inom patientsäkerhetsområdet, där kvaliteten i data bedöms som tillförlitlig, redovisas inte här utan i avsnittet om öppna jämförelser; Bristningar vid instrumentell respektive icke-instrumentell förlossning bland förstföderskor.

Följande indikatorer ingår i redovisningen:

- kvarglömt material
- postoperativ sårbristning
- postoperativ lungemboli eller djup ventrombos
- postoperativ lungemboli eller djup ventrombos efter höft- och knäplastik
- postoperativ blodförgiftning
- postoperativ blodförgiftning efter bukkirurgi.

Underlag, statistisk säkerhet och datakällor

Utvecklingen av indikatorer på patientsäkerhetsområdet inom OECD utgår från kvalitetsindikatorer framtagna av US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [23]. AHRQ har utvecklat ett stort antal indikatorer på patientsäkerhet som avser att bland annat spegla komplikationer och oönskade händelser efter operationer och åtgärder samt i samband med förlossning. Socialstyrelsens utveckling av patientsäkerhetsindikatorer bygger till stor del på indikatorer som finns presenterade inom OECD och AHRQ.

I diagrammen nedan visas antal oönskade händelser per 100 000 operationer, uppdelade på landsting. Då de rapporterade utfallen är mycket ovanliga visas data utan åldersstandardisering och utan felstaplar. Den internationella jämförelsen görs för de data som rapporterats till OECDs statistikdatabas [24].

För de kvalitetsmått som presenteras här har hälsodataregistren vid Socialstyrelsen använts. Information om dessa datakällor nås via www.socialstyrelsen.se/register.

Indikatorer

Kvarglömt material

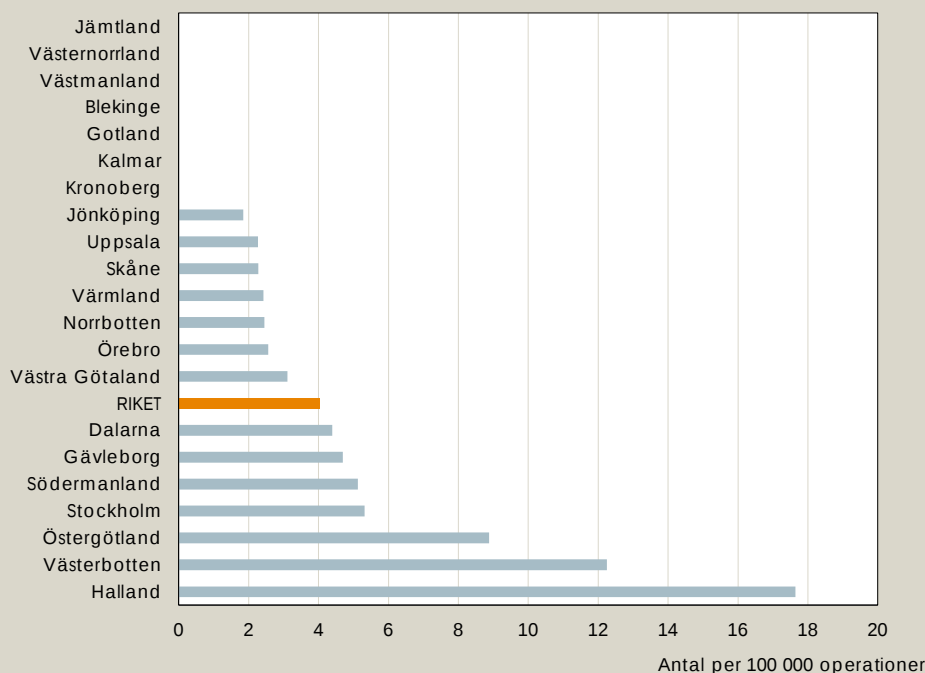
I samband med kirurgiska ingrepp finns en liten risk att något främmande material, till exempel nålar, knivblad eller kompresser, glöms kvar i patienten. Denna risk är störst vid akuta operationer och långdragna operationer där man tvingas ändra operationsmetod eller byta personal. Hos patienter som är kraftigt överviktiga finns också en ökad risk för att material glöms kvar.

I diagram 34 redovisas andelen vårdtillfällen med kvarglömt material av alla vårdtillfällen inom medicin och kirurgi 2012. För hela riket har totalt 55 vårdtillfällen med kvarglömt material rapporterats för 2012, med en variation de senaste fem åren från 43 till 56 vårdtillfällen. Variationen mellan landsting är stor. Flera av de mindre rapporterar inte något vårdtillfälle med kvarglömt material. Den statistiska osäkerheten på landstingsnivå, och även på riksnivå, är mycket stor.

Sverige har en lägre andel inrapporterade vårdtillfällen med kvarglömt material än genomsnittet av vad som presenteras inom OECD, men osäkerheten i både svenska data och de för de andra länderna bedöms som mycket stor. För de länder, bland annat Israel, Storbritannien och Spanien, som presenterat data under en längre tid ses ingen egentlig förbättring.

Diagram 34. Vårdtillfällen med kvarglömt material

Antal vårdtillfällen med kvarglömt material per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Postoperativ sårbristning

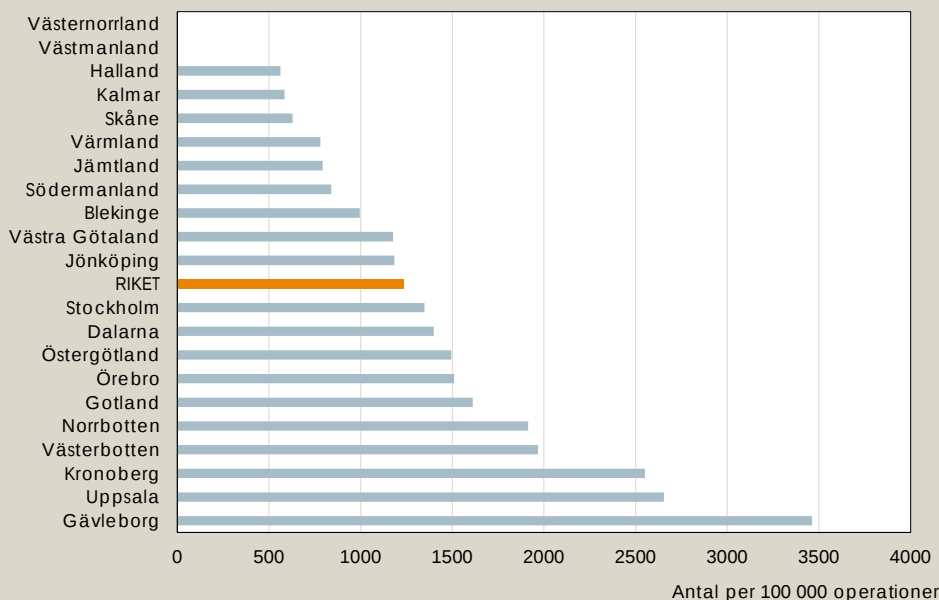
Öppen buk- och bäckenkirurgi är ett omfattande ingrepp. I efterförloppet kan det ibland inträffa att operationssåret brister, bland annat på grund av otillräcklig suturering. En sårruptur medför att sårkanterna inte sluter tätt mot varandra med dålig läkning som följd, i värsta fall kan såret släppa helt varvid tarmar kan komma upp ur såret. För att åtgärda en sårruptur krävs oftast en omoperation.

I diagram 35 redovisas andelen vårdtillfällen med sårbristning av alla vårdtillfällen med någon form av buk- och bäckenkirurgi 2012. Vårdtillfällen med kortare vårdtid än två dagar har exkluderats, därigenom försvinner en stor del av den elektiva laparoskopiska kirurgin. Även operationer i samband med graviditet och förlossning är borttagna. Av de 9 235 buk- och bäckenkirurgioperationer som ingår i nämnaren 2012 har 114 inrapporterats med sårbristning i efterförloppet. Variationen mellan landsting är stor där flera av de mindre inte rapporterar något vårdtillfälle med sårbristning. Den statistiska osäkerheten på landstingsnivå men även på riksnivå är mycket stor.

Inom OECD är variationen stor, med tio gånger högre förekomst i Norge, Portugal och Slovenien än i Australien, Italien och Storbritannien. Sverige ligger nära genomsnittet. Osäkerheten i båda svenska data och de för de andra länderna bedöms som mycket stor.

Diagram 35. Vårdtillfällen med postoperativ sårbristning

Antal vårdtillfällen med postoperativ sårbristning efter buk och bäckenkirurgi per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Postoperativ lungemboli eller djup ventrombos

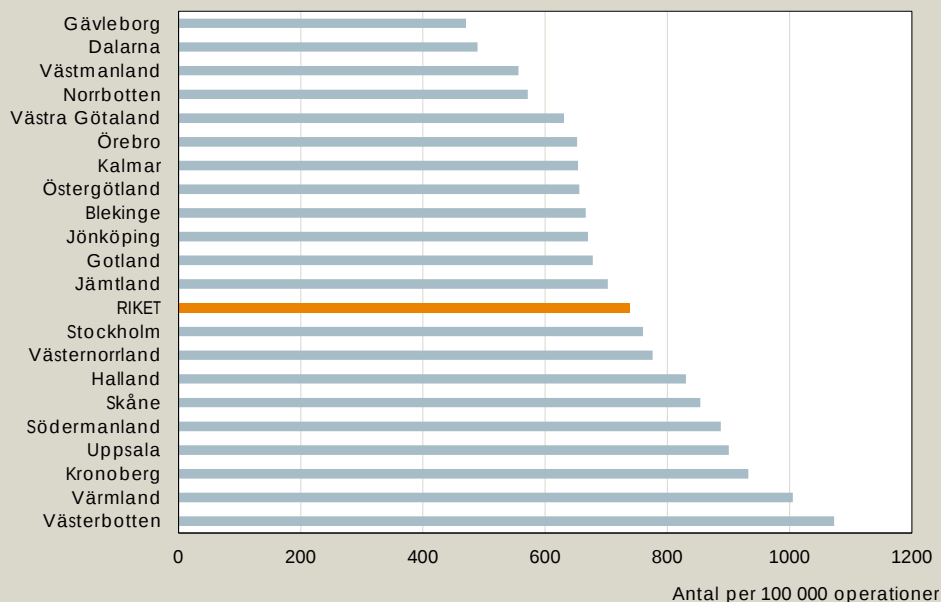
I samband med operation, trauma och immobilisering ökar risken att få blodproppar, så kallad lungemboli eller djup ventrombos. Lungemboli och djup ventrombos är potentiellt livshotande tillstånd. Förebyggande åtgärder är behandling med blodförtunnande läkemedel och tidig mobilisering.

I diagram 36 visas andelen vårdtillfällen med lungemboli eller djup ventrombos av alla vårdtillfällen där någon kirurgisk åtgärd utförts. Vårdtillfällen med kortare vårdtid än två dagar och vårdtillfällen i samband med graviditet och förlossning har exkluderats. Under 2012 fick sammanlagt 2 700 patienter en lungemboli eller djup ventrombos efter att någon kirurgisk åtgärd utförts. Totalt var det mer än 360 000 vårdtillfällen med kirurgisk åtgärd. Eftersom det kan variera mellan landsting vad som ingår i nämnaren (kirurgisk åtgärd), beroende på vilka åtgärder som rapporteras, samt att risken för blodpropp kraftigt ökar med större operationer, har en mer specificerad indikator tagits fram. I diagram 37 visas andelen vårdtillfällen med lungemboli eller djup ventrombos av alla vårdtillfällen två dagar eller längre där höft- eller knäplastik utförts. Totalt ingår 24 460 höft- och knäplastiker i Sverige 2012, av dessa fick 82 lungemboli eller djup ventrombos i efterförloppet.

Inom OECD är variationen mellan länder och inom länder år från år stor, bland annat rapporterar Danmark och Finland tio gånger lägre nivåer än Sverige.

Diagram 36. Postoperativ lungemboli eller djup ventrombos efter kirurgi, totalt

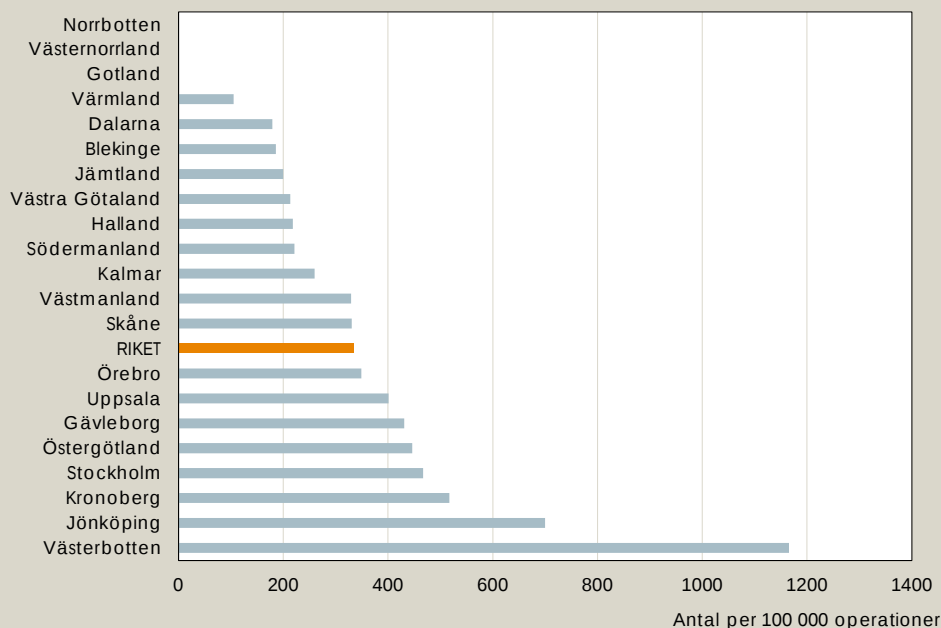
Antal fall av postoperativ lungemboli eller djup ventrombos per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 37. Postoperativ lungemboli eller djup ventrombos efter höft- och knäplastik

Antal fall av postoperativ lungemboli eller djup ventrombos per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Postoperativ blodförgiftning

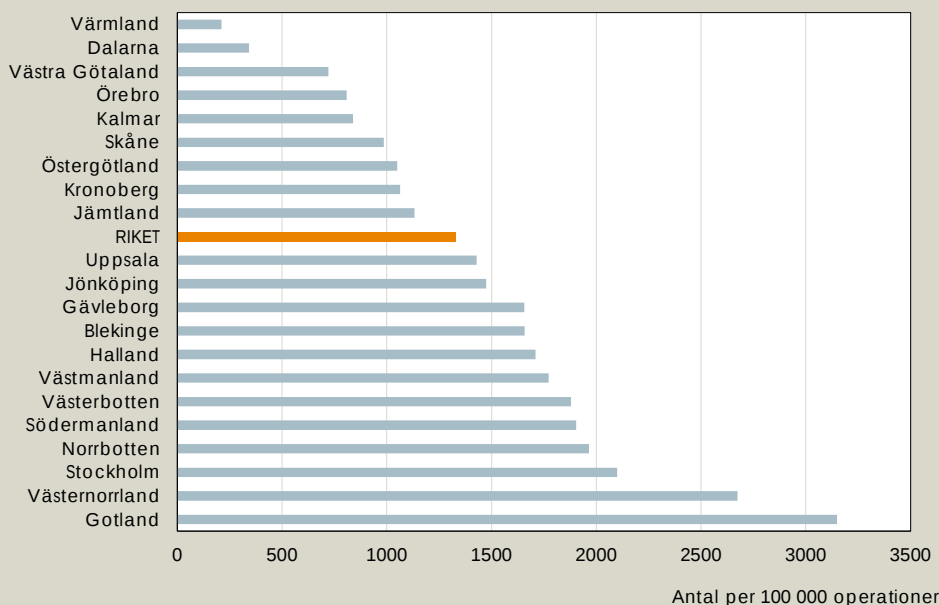
Vid all kirurgi finns en ökad risk för infektion. Om en infektion får en systemisk spridning med påverkan på flera organ och kroppens vitala funktioner, talar man ofta om sepsis, blodförgiftning. Blodförgiftning är ett livshotande tillstånd och kräver omgående aktiv behandling. Förebyggande åtgärder innefattar bland annat profylaktisk antibiotikabehandling och en steril operationsmiljö.

I diagram 38 visas andelen vårdtillfällen med sepsis av alla vårdtillfällen längre än två dagar där någon kirurgisk åtgärd utförts. Under 2012 fick sammanlagt 257 patienter sepsis efter att någon kirurgisk åtgärd utförts. I nämnaren ingår 19 297 vårdtillfällen. Eftersom det kan variera mellan landsting vad som ingår i nämnaren (kirurgisk åtgärd), beroende på vilka åtgärder som rapporteras, samt att risken för sepsis ökar med större operationer, har en mer specificerad indikator tagits fram. I diagram 39 visas andelen vårdtillfällen med sepsis av alla vårdtillfällen där bukkirurgi utförts.

I ett internationellt perspektiv ligger Sverige bland de länder som har högst andel vårdtillfällen med sepsis och Danmark och Finland bland de med lägst andel. Variationen mellan länder är stor.

Diagram 38. Postoperativ blodförgiftning

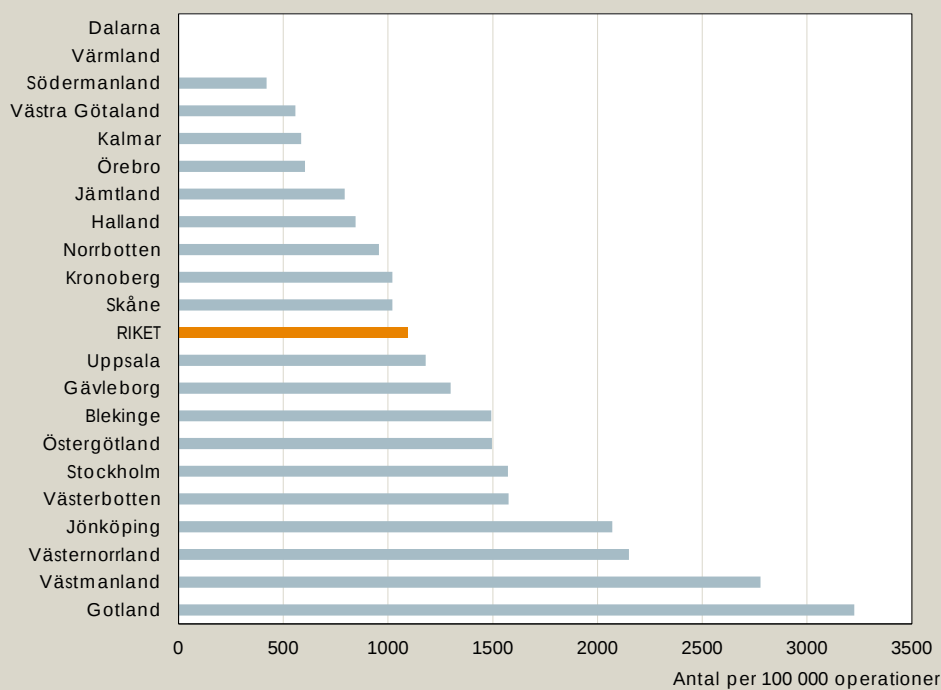
Antal per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Diagram 39. Postoperativ blodförgiftning efter bukkirurgi

Antal per 100 000 operationer, 2012.



Källa: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens bedömning

Landstingsvisa jämförelser

En samlad bedömning av alla indikatorer visar på en mycket stor variation mellan landstingen, som kan bero på underrapportering av utfallen och inte nödvändigtvis på skillnader i kvaliteten i vården eller medvetenheten om vikten av patientsäkerhetsarbete.

Förändring över tid

Ingen tydlig förändring från 2011 till 2012 på riksnivå har noterats för någon av indikatorerna.

Internationell jämförelse

Variationen mellan länder och inom länder över tid är stor. För några indikatorer ligger Sverige nära de andra nordiska länderna, men för andra, till exempel postoperativ lungemboli eller djup ventrombos, skiljer det en tiopotens i nivå. De nordiska länderna har liknande nationellt heltäckande register men det är inte troligt att dessa skillnader speglar en sann skillnad i vårdkvalitet utan skillnaden bedöms bero huvudsakligen på varierande grader av underrapportering i de olika patientregistren.

Socialstyrelsen bedömer att kvaliteten i inrapporterade data inte är tillräckligt bra för att jämföra landstingen med hjälp av OECD:s patientsäkerhetsindikatorer. Brister i svenska data och i andra länders data gör att tillförlitligheten i de internationella jämförelserna också är låg. Det är dock av vikt att Sverige fortsatt aktivt bidrar till utvecklingen av patientsäkerhetsindikatorer inom OECD-samarbetet och att Socialstyrelsen fortsatt följer dessa indikatorer på landstingsnivå.

Trycksår

Trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna. Denna vårdskada, som med rätt insatser i många fall är undvikbar, förorsakar patienter stort lidande och vården höga kostnader. Att förebygga trycksår är ett prioriterat område i patientsäkerhetssatsningen från Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, [25] och en indikator som används i överenskommelsen mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet sedan 2011. Uppföljningens främsta syfte är att ligga till grund för förbättringsarbete och att vara ett stöd för landsting och kommuner i arbetet med att förebygga och minska förekomsten av trycksår. Användningen av förebyggande åtgärder är viktiga för att nå resultat i detta arbete. Sådana åtgärder kan vara att ge tryckavlastning, hålla huden torr och smidig, motverka undernäring och vätskebrist. Alla trycksår går dock inte att förebygga. I konsensusdokumentet SCALE, Skin Changes at Life's End [26] klargörs att vissa trycksår som uppkommer i livets slutskede kan, trots optimala preventiva åtgärder, vara oundvikliga på grund av fysiologiska hudförändringar i samband med döendet.

Metod

Sedan våren 2011 genomförs i SKL:s regi två punktprevalensmätningar (PPM) per år av trycksår i Sverige vilket ökat uppmärksamheten och aktiviteterna inom området. Landstingen har upprättat handlingsplaner, i enlighet med överenskommelsen mellan staten och SKL, för hur arbetet med att minska förekomsten av trycksår ska bedrivas.

Mätningarna omfattar observation, riskbedömning och journalgranskning. Patienter över 18 år som är inlagda i somatisk slutenvård observeras och registreras den aktuella mät dagen.

Observationsdelen innehåller hudbedömning med hjälp av trycksårskort med färgbilder på trycksår kategori I-IV. En viktig del av mätningen rör prevention. Här observeras och registreras om patienten har förebyggande eller behandlande åtgärder såsom madrass, tryckreducerande utrustning i säng och stol eller planerad lägesändring med vändschema.

Riskbedömning utförs, i kombination med hudbedömning och klinisk bedömning, i enlighet med Modifierad Nortonskala som är en validerad riskbedömningsskala. Skalan består av sju variabler:

- psykisk status

-
- fysisk aktivitet
 - rörelseförmåga
 - födointag
 - vätskeintag
 - inkontinens
 - allmäntillstånd.

Journalgranskning enligt standardiserat protokoll görs om patienten varit inneliggande mer än 24 timmar.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Mätningarna utförs två gånger per år, vecka 10 och vecka 40. Varje sjukhus väljer vilken veckodag mätningen ska utföras. Valet av veckodag påverkar utfallet av mätningen eftersom beläggningen inom slutenvården kan variera över veckans alla dagar.

Det bör beaktas att landstingsvisa jämförelser av utfall är svårvärderade då landstingen inte har samma grundförutsättningar. Det finns alltför stora skillnader bland annat i demografi och socioekonomiska förhållanden för att ge en nyanserad och rättvisande bild.

Resultat

Höstmätningen 2013 omfattade 9 054 personer som var inskrivna i landstingens slutenvård. Alla landsting förutom Uppsala och Östergötland deltog i mätningen. Förekomsten av trycksår i riket har inte förändrats nämnvärt medan variationen mellan landstingen minskat från mellan 9 och 31 procent våren 2011, till mellan 7 och 18 procent hösten 2013 (tabell 8).

Tabell 8. Andel patienter med trycksår i somatisk slutenvård samt antal observationer hösten 2013

Resultat från PPM 2011-2013 samt antal observerade patienter hösten 2013.

Landsting	Vår 2011 andel	Höst 2011 andel	Vår 2012 andel	Höst 2012 andel	Vår 2013 andel	Höst 2013 andel	Höst 2013 antal
Blekinge	22	*	20	*	17	16	290
Dalarna	13	*	*	*	20	13	488
Gotland	10	16	16	9	13	18	103
Gävleborg	22	*	17	*	14	17	462
Halland	14	13	13	13	11	10	546
Jämtland	11	*	20	14	9	10	234
Jönköping	13	12	9	11	11	11	472
Kalmar	9	11	10	12	10	7	402
Kronoberg	24	18	17	16	13	16	323
Norrbottn	12	14	14	16	10	15	528
Region Skåne	19	14	19	15	20	18	421
Stockholm	15	16	18	16	18	16	1394
Sörmland	19	12	14	14	15	14	561
Uppsala	17	*	18	*	17	*	*
Värmland	19	14	13	16	17	11	464
Västerbotten	17	11	13	13	11	14	621
Västernorrland	31	20	16	17	23	14	364
Västmanland	27	18	21	18	17	16	396
Västra Götaland	15	*	18	23	14	12	383
Örebro	15	11	10	9	11	10	602
Östergötland	17	*	17	*	15	*	*
Riket	17	14	16	15	15	14	9054

*Deltog ej

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Av de 9054 observerade patienterna inom den somatiska slutenvården, bedömdes 19 procent, totalt cirka 1720 patienter, vara riskpatient med ökad risk att utveckla trycksår. Av samtliga riskpatienterna hade 38 procent trycksår. Detta är en viss minskning jämfört med utfallet i den första mätningen våren 2011 då motsvarande andel var 44 procent.

Trycksårsförebyggande åtgärder

Madrasser som förebygger trycksår används i allt högre utsträckning inom landstingsvården och allt flera riskpatienter förses med denna typ av förebyggande och behandlande utrustning. En ökning med 11 procent i riket sedan mätningarna startade 2011 kan noteras. Vissa landsting använde utrustningen till samtliga riskpatienter, medan andra till knappt två tredjedelar (tabell 9).

Tabell 9. Andel riskpatienter med trycksårspåbyggande eller behandlande madrass

Resultat från PPM 2011- 2013 presenterade i procent.

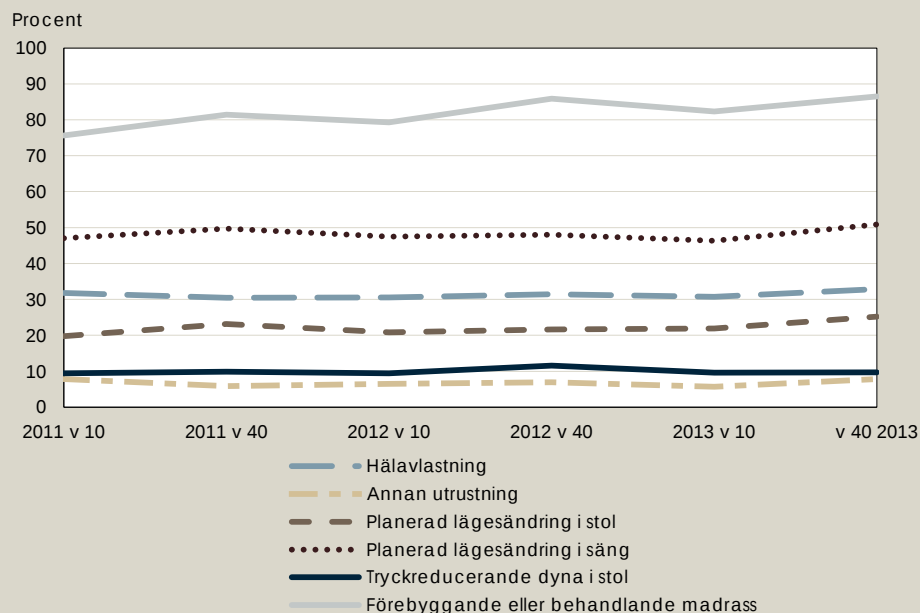
Landsting	Vår 2011	Höst 2011	Vår 2012	Höst 2012	Vår 2013	Höst 2013
Blekinge	75	*	66	*	68	65
Dalarna	68	*	*	*	59	65
Gotland	100	83	94	92	100	100
Gävleborg	85	*	90	*	91	97
Halland	75	82	88	87	96	96
Jämtland	58	*	53	65	71	83
Jönköping	87	85	74	86	81	79
Kalmar	58	85	87	86	93	95
Kronoberg	100	96	98	100	100	97
Norrboten	58	79	79	73	67	74
Region Skåne	85	91	88	91	94	98
Stockholm	81	83	84	89	88	91
Sörmland	81	86	85	83	79	96
Uppsala	74	*	81	*	80	*
Värmland	99	100	98	100	100	99
Västerbotten	69	66	56	67	64	63
Västernorrland	30	41	67	80	97	100
Västmanland	70	65	77	81	89	86
Västra Götaland	66	*	66	56	68	64
Örebro	84	88	90	92	92	98
Östergötland	80	*	76	*	80	*
Riket	76	81	79	86	82	87

*Deltog ej

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Andra riskförebyggande åtgärder är att ändra läge i säng eller stol och hälavlastning. Trots att hälen är ett av de vanligaste områdena för trycksår får knappt en tredjedel av riskpatienterna hälavlastning. Den största förändringen vad gäller prevention noterades för riskpatienterna i användningen av förebyggande eller behandlande madrass. För användningen av övriga förebyggande åtgärder noteras endast marginella förändringar (diagram 40).

Diagram 40. Andel riskpatienter med trycksårspåbyggande åtgärder



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Dokumentation

Hudbedömning

Journalgranskning i höstmätningen 2013 visade att för drygt hälften av samtliga observerade patienter fanns dokumentation i journal gällande hudbedömning som utförts inom 24 timmar efter inläggning inom slutenvården inräknat eventuell tid på akutmottagning. Det skiljer mycket mellan landstingens arbete vad gäller dokumentation av hudbedömning. Variationen ligger mellan 85 procent i Stockholm och 23 procent i Västernorrland.

Endast för en tredjedel av patienter med trycksår som skrevs in i somatisk slutenvård fanns dokumentation i journal som visar att hudbedömning var gjord inom 24 timmar efter inläggning. Utifrån tillgängliga data är det därför inte möjligt att dra slutsatser om när och inom vilken vårdnivå trycksåret uppkommit.

Riskbedömning

Vid granskning av journaler för att klarlägga hur många patienter som genomgått en riskbedömning enligt standardiserad metod inom 24 timmar efter inskrivning på avdelning, framgick det att 38 procent av patienterna har en sådan bedömning dokumenterad i sin patientjournal. Variationen mellan landstingen ligger mellan 81 procent i Stockholm och 7 procent i Västernorrland.

Arbetet fortsätter

Samtliga landsting har upprättat handlingsplaner med mål och aktiviteter för hur arbetet med att förebygga och behandla trycksår ska bedrivas. Exempel på aktiviteter som finns i handlingsplanerna är utbildningsinsatser för all vårdpersonal, revision av kunskapsunderlag för trycksår, utse trycksårsansvariga på enhets/avdelningsnivå, anpassa journalmallar, förbättra dokumentation, rapportering av iakttagelser och avvikelser, investering i tryckavlastande madrasser samt ökad följsamhet till riskbedömningar och hudbedömningar, uppföljning och återkoppling av verksamheternas resultat i arbetet med trycksårsprevention.

Förekomsten av trycksår är i stort sett oförändrad under perioden 2011-2013 medan användning av trycksårsförebyggande eller behandlande madrass har ökat. Det finns dock betydande skillnaderna i utfallet mellan landstingen. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att landstingen även fortsättningsvis ökar sina insatser i enlighet med sina handlingsplaner och vidtar evidensbaserade åtgärder för att förebygga trycksår.

Åtgärdbar dödlighet bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård

Hälsan i befolkningen påverkas i hög omfattning av den allmänna välfärdsutvecklingen och av faktorer där hälso- och sjukvården inte alltid har inverkan. Genom den medicinska utvecklingen och tillgången till effektivare metoder har förutsättningarna för att åtgärda och förebygga olika sjukdomstillstånd förbättrats. För många sjukdomstillstånd kan förloppet påverkas med förebyggande och terapeutiska insatser. Det är därmed en del i patientsäkerhetsarbetet.

I Socialstyrelsens nationella utvärdering 2013, *Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*, kartläggs dödligheten bland personer som vårdats inom psykiatrisk vård [27]. En del i den redovisningen omfattar hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Det rör sig om diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser. Exempel är förekomsten av lungcancer och levercirros, som i hög utsträckning påverkas av tobaks- och alkoholpolitiken i ett land. Avsnittet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet fokuserar på diagnoser som bedömts vara möjliga att påverka av hälso- och sjukvården som till exempel diabetes och stroke.

Personer som har varit inlagda vid en psykiatrisk klinik med anledning av psykisk sjukdom har en två- till trefaldigt högre dödlighet än befolkningen i allmänhet [28]. Ökad dödlighet i samband med allvarlig psykisk sjukdom är välkänd och har länge beskrivits i litteraturen [29, 30].

Ojämlig kvalitet i vården

Under de senaste årtiondena har fokus främst legat på självmord som är associerade till en högre dödlighet för personer med psykisk sjukdom. Förekomsten av kroniska folksjukdomar och somatisk samsjukligheten är betydligt mer omfattande hos personer med svår psykisk sjukdom än hos befolkningen i övrigt. Detta pekar på ett betydande folkhälsoproblem som kan vara ett tecken på ojämlik kvalitet i vården. Majoriteten av dödsfallen i denna grupp beror på somatiska sjukdomar, i synnerhet hjärt- och kärlsjukdom, sjukdom i andningsvägarna och cancer [31]. Det finns motstridiga uppgifter om cancerförekomst och dödlighet för psykiatripatienter. Även om flera studier visat högre cancerdödlighet hos psykiatripatienter, skiljer sig inte förekomsten av cancer hos denna grupp från den övriga befolkningen [32]. Personer med psykisk sjukdom har också en lägre sannolikhet att genomgå screening för cancer än befolkningen i övrigt. Skillnaden kan antas vara en konsekvens av att behandlingsfokus legat på den psykiatriska behandlingsstrategin, med följd att somatiska symtom inte uppmärksammas. Detta kan ha lett till fördröjd diagnos och behandling. Äldre som vårdas för psykisk sjukdom vid en somatisk klinik har högre dödlighet inom ett år efter vårdtillfället, jämfört med äldre som vårdas inom den psykiatriska vården.

Äldre som diagnostiseras vid en somatisk klinik har också en lägre användning av psykofarmaka och vårdas inte lika ofta på nytt, till skillnad från äldre som hade fått tillgång till specialiserad psykiatrisk vård. Den utbredda behandlingen med psykofarmaka bland äldre ökar påtagligt riskerna för läkemedelsbiverkningar. Äldre som regelbundet använder olika psykofarmaka har ökade risker för exempelvis fallolyckor och mag-tarmblödningar samt död. Psykofarmaka förskrivs framförallt inom primärvården. Socialstyrelsen slår också fast att det finns ett behov av ett angreppssätt med flera yrkesgrupper inom vården inblandade, då somatisk och psykisk sjuklighet tydligt flätas samman bland äldre med psykisk sjukdom [33].

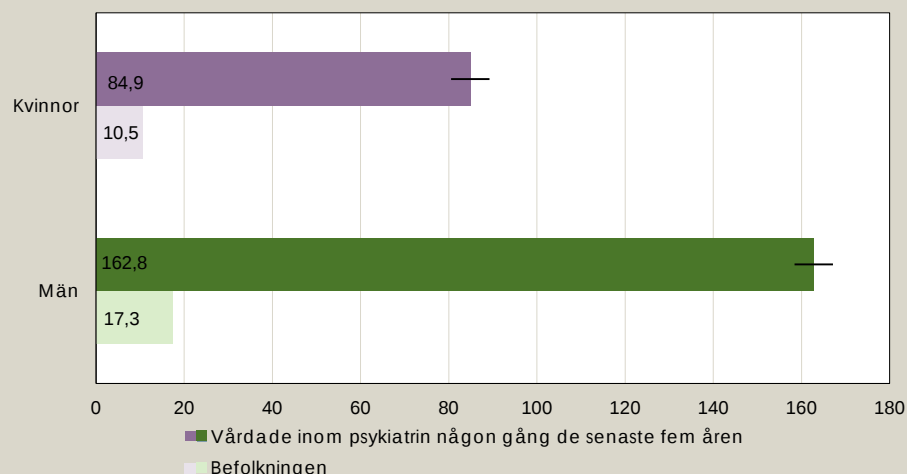
Genusperspektiv

Skillnader i förväntad livslängd bland män respektive kvinnor som vårdats inom psykiatrisk vård är mer uttalad än i övriga befolkningen. Skillnaden mellan den studerade gruppen och befolkningen minskade dock mellan 1987 och 2006 i Sverige. Denna trend ses även i en nordisk studie [28]. Ett viktigt undantag är svenska män med psykiska störningar. Trots den positiva allmänna trenden, har män med psykiska störningar fortfarande 20 år kortare, och kvinnorna 15 år kortare, livslängd än befolkningen i övrigt.

Dödlighet bland personer vårdade inom psykiatri

Diagram 41. Dödlighet bland personer vårdade inom psykiatri

Dödlighet per 10 000 invånare 2007-2010, 20-59 år, som vårdats inom psykiatri någon gång under de senaste fem åren respektive befolkning 20-59 år. Åldersstandardiserade värden, 95% konfidensintervall.



Källa: Dödsorsaksregistret och patientregistret, Socialstyrelsen

Indikatorns utformning, utfall och variation

Indikatorn visar dödligheten bland personer i åldern 20–59 år som någon gång under åren 2007–2010 vårdats inom den specialiserade psykiatri. Resultatet redovisas per 10 000 invånare. Uppgifterna har hämtats från dödsorsaksregistret och patientregistret vid Socialstyrelsen. Värdena är åldersstandardiserade.

Under perioden 2007–2010 dog 5 854 kvinnor och 9 704 män med en psykiatrisk diagnos. Diagrammen visar att dödligheten bland dem som vårdas inom psykiatri är betydligt högre än för den övriga befolkningen. Överdödligheten är närmare åtta gånger så stor bland kvinnor, och drygt 9,6 gånger så stor bland män (diagram 41).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Variationen mellan landstingen vad gäller överdödligheten för personer med psykiatrisk diagnos ligger mellan 83 och 161 per 10 000 invånare i riket under perioden 2007–2010. Utfallet ger inte förutsättningar för landstingsvisa jämförelser då det statistiska underlaget i vissa landsting är alltför begränsat på grund av demografiska förutsättningar.

Bedömning av resultat

Statistiken visar att personer drabbade av allvarlig och långvarig psykisk sjukdom som vårdats inom psykiatri har högre dödlighet och kortare förväntad livslängd än befolkningen i övrigt. Död orsakad av vanliga somatiska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och luftvägssjukdomar, förekom-

mer i större utsträckning i denna grupp än hos befolkningen i övrigt. Det finns en rad bidragande faktorer till denna överdödlighet, men med nuvarande kunskapsunderlag går det inte med säkerhet att avgöra i vilken omfattning dessa faktorer bidrar till utfallet. Skillnader i tillgång till hälso- och sjukvård, väntetid till vårdåtgärder och omfattningen av insatser är sannolikt bidragande orsaker. Andra faktorer som har betydelse är medicinska- och sociala konsekvenser av behandling.

Utmaningen för hälso- och sjukvården är att organisera vården så att riskerna begränsas för vuxna med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom att drabbas av förtida död.

Många faktorer bidrar till dålig fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom, inklusive livsstilsfaktorer och läkemedelsbiverkningar. Det finns allt fler tecken på att skillnaderna i hälso- och sjukvårdens kvalitet bidrar till sämre resultat i kroppslig hälsa. I vissa fall verkar den ökade dödligheten förklaras av ojämn kvalitet i vården.

Tillgången till primärvård och organisation av vården för personer med allvarliga psykiska sjukdomar behöver åskådliggöras. Den relativa bristen på uppmärksamhet för både den psykiska och kroppsliga hälsan hos målgruppen och den påtagliga risken för en förtida död behöver lyftas fram nationellt.

Resultaten visar att personer som vårdats inom psykiatri de senaste fem åren har en påtagligt förhöjd dödlighet. Skillnader i dödlighet mellan målgruppen och den övriga befolkningen är i denna jämförelse större jämfört med vad Socialstyrelsen tidigare presenterat. Skillnaden beror främst på att dödligheten i befolkningen minskat, medan förbättringen uteblivit för personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen anser att ett viktigt mål för hälso- och sjukvården är att minska dödligheten till följd av kroppsliga sjukdomar för personer med psykisk ohälsa.

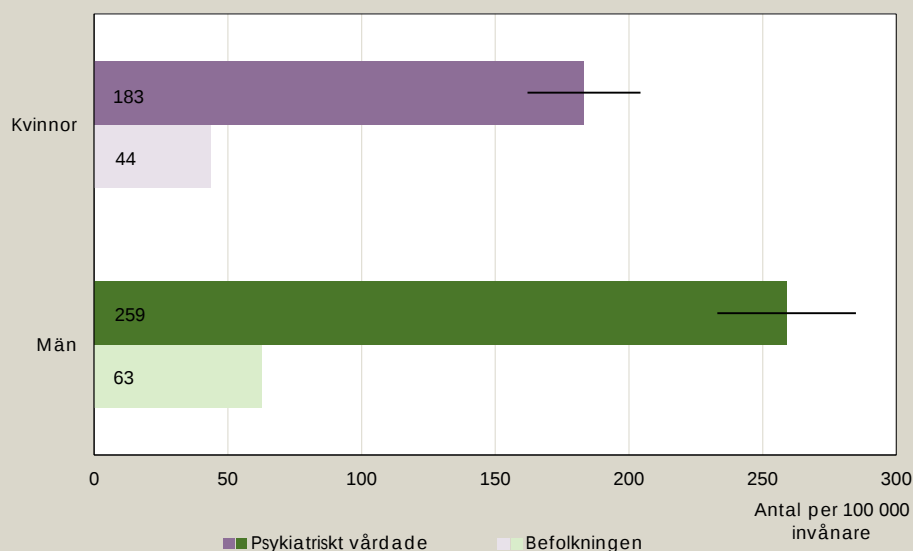
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet beskriver dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka av hälso- och sjukvården med olika medicinska insatser samt genom tidig upptäckt och behandling. Den skiljer sig från dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården kan påverka förloppet av genom förebyggande eller behandlande insatser, så kallad hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet. Åtgärdbar dödlighet används internationellt som en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet.

Diagram 42. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet

Dödsfall per 100 000 invånare 2008-2010, 25-79 år, som vårdats inom psykiatrien någon gång under de senaste fem åren respektive befolkning 25-79 år.

Åldersstandardiserade värden, 95% konfidensintervall.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Indikatorns utformning utfall och variation

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet beskriver hur effektiv sjukvården är när det gäller att minska dödligheten. Exempel på diagnoser som ingår i måttet är diabetes, stroke, blindtarmsinflammation, gallstenssjukdomar och livmoderhalscancer. Indikatorn visar antalet dödsfall per 100 000 invånare i åldern 25–79 år som någon gång de senaste fem åren vårdats inlaggande med en psykiatrisk huvuddiagnos, jämfört med personer som inte vårdats inom psykiatrien. Uppgifterna har hämtats från patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen.

Andelen sjukvårdsrelaterad åtgärdbara dödsfall för personer vårdade inom psykiatrien är högre jämfört med övriga befolkningen. Dödligheten är drygt fyra gånger så hög bland kvinnor vårdade inom psykiatrisk vård, drygt 183 per 100 000 jämfört med drygt 44 per 100 000 i befolkningen. Även bland män vårdade inom psykiatrisk vård är dödligheten drygt fyra gånger så hög, drygt 259 per 100 000 jämfört med drygt 63 per 100 000 i befolkningen (diagram 42).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Dödligheten kan vara ett relativt ospecifikt mått på hälso- och sjukvårdens insatser. Resultaten kan påverkas av många faktorer, däribland hur vanligt förekommande sjukdomarna är i olika områden.

Bedömning av resultat

Resultaten avspeglar hälso- och sjukvårdens insatser som helhet, inte enbart resultaten av en enskild kliniks vård. Det finns regionala skillnader, inte

minst på grund av demografiska förhållanden och förutsättningar, som påverkar hur arbetet med åtgärdbar dödlighet bedrivs.

Den fysiska hälsan och behovet av somatisk vård hos människor med psykisk ohälsa åsidosätts ofta. Denna grupp kräver därför större uppmärksamhet av hälso- och sjukvårdens beslutsfattare, verksamhetschefer och personal. Trots de förbättringar som skett i hälso- och sjukvården, och trots de självmordsförebyggande åtgärder som finns tillgängliga, så har män och kvinnor med psykisk sjukdom kortare livslängd än den övriga befolkningen. Vidare framgår det tydligt att det finns betydande skillnad i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mellan kvinnor och män.

De skillnader i åtgärdbar dödlighet som påvisades i den nationella utvärderingen 2013, *Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*, motiverar fortsatt utvärdering av hälso- och sjukvårdens utformning och utveckling av program för personer med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen slår fast att det finns ett behov av ett multidisciplinärt angreppssätt inom vården för att särskilt tillgodose äldre personers behov vid psykisk sjukdom.

Antibiotikaanvändning

Antibiotika måste användas rationellt – rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Antibiotika intar en särställning bland läkemedel genom att en felaktig användning kan leda till minskad effektivitet genom utveckling av antibiotikaresistens. Högre förbrukning medför en ökad risk för resistensutveckling. Därför är det viktigt att använda antibiotika sparsamt och rationellt, dvs. endast då det verkligen behövs.

Ur patientsäkerhetssynpunkt är arbetet för att motverka resistensutveckling av högsta vikt. Betydelsen visas i att området lyfts fram i samtliga överenskommelser om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, från den första överenskommelsen år 2011.

Metod

Folkhälsomyndigheten, tidigare Smittskyddsinstitutet, SMI, har uppdraget att årligen bedöma utvecklingen inom antibiotikaområdet. För 2013 omfattade det:

- att bedöma om respektive landsting minskat sin förskrivning av antibiotika i den omfattning som anges i överenskommelsen,
- att bedöma om respektive landsting har verkat för att öka följsamheten till behandlingsrekommendationer avseende infektioner i öppenvården, samt
- att bedöma om minst 50 procent av vårdenheter inom primärvården har försett sina förskrivare med en översikt av deras personliga förskrivning av antibiotika.

Insamling av data har skett via en självdeklaration och e-postenkät till samtliga landsting i samarbete med Socialstyrelsen samt via statistik över antibiotikaförsäljningen i öppenvården.

Resultat

SMI har sammanställt resultaten i en rapport till Regeringskansliet och Socialstyrelsen den 25 oktober 2013 [3]. Sammanfattningsvis var SMI:s bedömning att

- alla landsting har nått det uppsatta målet, att minska antibiotikaförsäljningen i den omfattning som anges i överenskommelsen, i sina respektive län.
- alla landsting har lämnat uppgifter som styrker att respektive landsting har verkat för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer.
- minst 50 procent av vårdenheterna inom primärvården i respektive landsting har försett sina förskrivare med en översikt av deras personliga förskrivning av antibiotika samt har genomfört analyser av förskrivningen och dragit slutsatser om följsamheten till lokala behandlingsrekommendationer.

I tabell 10 visas antal uthämtade recept på antibiotika per 1000 invånare för jämförbara perioder 2012 och 2013.

Tabell 10. Antibiotikaförsäljningen per län under mätperioden och jämförelseperioden, antal uthämtade recept per 1000 invånare

Landsting	1 okt 2011 – 30 sept 2012	1 okt 2012 – 30 sept 2013	Förändring antal per 1000 invånare*	Förändring procent*
Skåne	410	381	– 29	– 7
Stockholm	418	377	– 41	– 10
Västra Götaland	404	358	– 46	– 11
Gotland	365	350	– 15	– 4
Riket	382	349	– 33	– 9
Halland	382	349	– 33	– 9
Västmanland	366	348	– 18	– 5
Uppsala	393	346	– 47	– 12
Blekinge	363	345	– 18	– 5
Kronoberg	365	341	– 24	– 7
Kalmar	355	333	– 22	– 6
Södermanland	355	328	– 27	– 8
Östergötland	347	325	– 22	– 6
Värmland	347	323	– 24	– 7
Västernorrland	326	322	– 4	– 1
Örebro	346	318	– 28	– 8
Jönköping	360	316	– 44	– 12
Norrbottn	344	313	– 31	– 9
Gävleborg	329	305	– 24	– 7
Dalarna	312	301	– 11	– 4
Jämtland	311	291	– 20	– 6
Västerbotten	299	271	– 28	– 9

*Beräknat på avrundat värde

Källa: Apotekens Service AB, Concise, Alla utfärdare exklusive veterinärer

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att landstingen fortsätter att arbeta för en rationell antibiotikaanvändning, det vill säga att rätt preparat ges i rätt dos till rätt patient vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Därmed undviks onödig antibiotikaanvändning vilket minskar risken för resistensutveckling.

Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden

Vårdgivarnas arbete med vårdhygien

En god vårdhygien är av central betydelse för vårdens resultat. Ett uttalat krav på god hygienisk standard i vården har bland annat införts i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). Socialstyrelsen gav därtill 2007 ut föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19), vilka revideras under 2014. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligast förekommande vårdskadan. En hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad spridning av sjukdomsframkallande bakterier och därmed minskad risk för att en vårdskada ska uppstå.

Tidigare granskningar

Tillsynsavdelningen inom Socialstyrelsen genomförde 2006 en nationell granskning av vårdgivarnas arbete med vårdhygien där man konstaterade brister i landstingens styrning avseende åtgärder för att förebygga VRI. En ny nationell undersökning genomfördes 2010 genom enkäter till samtliga landstingsledningar och inspektioner på vårdenheter [35].

Ny granskning

För att få en uppfattning om det skett någon förändring i landstingens styrning av vårdhygienarbetet, gjorde Socialstyrelsen 2013 en uppföljning av enkäten från 2010.

Enkäten utformades som en webbenkät med motsvarande frågor som i enkäten från 2010 och skickades ut till samtliga landstings- och regionledningar. Alla landstings vårdhygienenheter informerades också om att enkäten genomfördes.

Genom att enkäten ställts till, och besvarats av, landstingsledningarna räknar Socialstyrelsen med att vårdhygienfrågorna uppmärksammas på högsta nivå inom landstingen. Detta är en förutsättning för att dessa frågor får en spridning till alla verksamheter.

Resultat

Alla landsting utom ett har besvarat enkäten. Frågorna var i huvudsak utformade med ja/ nej-svar, med möjlighet att ge kompletterande information i text. De områden som efterfrågats i enkäten är:

- Tillgång till vårdhygienisk expertis.
- Antal tjänster inom vårdhygieniskt arbete.

- Förekomst av landstingsövergripande riktlinjer för förebyggande av vårdrelaterade infektioner och kvalitetsindikatorer för vårdhygien.
- Uppföljning och återkoppling av resultat gällande landstingsövergripande riktlinjer och kvalitetsindikatorer för vårdhygien.

Tillgång till vårdhygienisk expertis

Antal landsting som uppger att de har beslutat att alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis har ökat från 14 år 2010 till 19 år 2013. Samma antal landsting (19) uppger att alla verksamheter, oavsett om det gäller offentliga eller privata vårdgivare med vårdavtal, har tillgång till vårdhygienisk expertis 2013, jämfört med 15 av 21 i föregående mätning.

I fråga om vårdverksamheterna har fri tillgång till den vårdhygieniska expertisen eller om den regleras via avtal, har ingen större förändring skett mellan mätningarna. Dock anger nästan alla landsting (19 av 20) att privata vårdgivare med vårdavtal har fritt utnyttjande av vårdhygienisk expertis 2013 jämfört med två tredjedelar (14 av 21) i föregående mätning.

Antal tjänster inom vårdhygieniskt arbete

I enkäterna efterfrågades hur många personer, omräknat till heltidstjänster, som landstinget har anställda inom vårdhygienområdet. Tre yrkeskategorier efterfrågades (tabell 11):

Tabell 11. Personal inom hygienområdet vid landstingen

	Antal tjänster 2010	Antal tjänster 2013
Hygienläkare	27,4	33
Hygiensjuksköterskor	112	119
Annan vårdhygienisk expertis	6,6	11,5

I antalet tjänster 2010 ingår 0,05 hygienläkare och 0,5 hygiensjuksköterskor för det landsting som ej deltog i enkäten 2013.

En ökning av antalet tjänster inom vårdhygieniskt arbete har skett mellan 2010 och 2013 enligt tabellen ovan.

Landstingsövergripande riktlinjer för förebyggande av vårdrelaterade infektioner och kvalitetsindikatorer för vårdhygien

I bägge mätningarna är det endast Västra Götalandsregionen (VGR) som anger att man inte har landstingsövergripande riktlinjer för arbetskläder, tillämpning av basala hygienregler, handläggning av antibiotikaresistenta mikroorganismer (MRSA, ESBL, VRE) samt virusorsakade gastroenteriutbrott, Calici. VGR kommenterar detta med att övergripande riktlinje för vårdhygienisk verksamhet är fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören.

I mätningen 2010 uppgav knappt en tredjedel, 13 stycken, av landstingen att man hade landstingsgemensamma riktlinjer för registrering av VRI. I mätningen 2013 hade antalet ökat till 17. Denna ökning kan vara en effekt av de nationella punktprevalensmätningar som genomförs två gånger årligen i

regi av Sveriges Kommuner och Landsting. Även en ökad bemanning inom vårdhygienområdet kan ha bidragit.

Förekomst av riktlinjer för hälsosamtal finns hos hälften av landstingen 2013 vilket är en minskning från 2010 då närmare två tredjedelar uppgav att man hade sådana. En följdfråga var om riktlinjerna för hälsosamtal innefattade kontroll av immunitet mot vaccinförebyggbara infektioner, vilket två tredjedelar uppgav vara fallet.

Fastställda rutiner för uppdatering av riktlinjer för vårdhygien finns i 17 landsting 2013 jämfört med 14 landsting i undersökningen 2010.

Drygt tre fjärdedelar av landstingen uppgav 2013 att de har fastställda kvalitetsindikatorer för vårdhygien, en obetydlig ökning från föregående mätning.

Uppföljning och återkoppling av resultat

Uppföljning av efterlevnaden av landstingsgemensamma riktlinjer för förebyggande av vårdrelaterade infektioner, sker i knappt två tredjedelar av landstingen 2013 vilket är en minskning från 2010. Beslutade kvalitetsindikatorer för vårdhygien följs upp i något fler landsting än landstingsgemensamma riktlinjer. Ingen förändring kan ses från föregående mätning.

Återföring av resultat till berörda enheter, görs i ungefär samma omfattning som uppföljning sker. De landsting som följer upp resultaten har även rutiner för återföring av resultat till berörda enheter.

Socialstyrelsen ser positivt på landstingens vilja att utveckla vårdhygienarbetet, vilket ett ökat antal tjänster inom vårdhygienområdet kan vara tecken på. Det är önskvärt att fler landsting systematiskt följer upp följsamheten till landstingsgemensamma riktlinjer och kvalitetsindikatorer inom vårdhygienområdet och återför resultaten till berörda enheter.

Landstingens patientsäkerhetsberättelser

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivarna upprätta en patientsäkerhetsberättelse senast första mars varje år. Det ska framgå av berättelsen det hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits det senaste året, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnått. Patientsäkerhetsberättelsen ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Socialstyrelsen har gett Linköpings universitet i uppdrag att granska innehållet i patientsäkerhetsberättelserna för 2012 för landstingens högsta vårdgivarnivå. Syftet med granskningen var att få en redovisning av hur landstingen beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete och göra en jämförelse med landstingens berättelser för 2010 och 2011.

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

Metod

Innehållet i berättelserna analyserades utifrån Donabedians triad [36]. Denna modell används för att studera olika aspekter av kvalitet och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården. Innehållet i patientsäkerhetsberättelserna har enligt modellen kategoriserats som struktur-, process- eller resultatvariabler.

I granskningen av landstingens patientsäkerhetsberättelser för 2012 ingår 19 landsting. Två av landstingen, Region Halland och Uppsala Läns Landsting, hade inte presenterat en patientsäkerhetsberättelse på övergripande landstingsnivå och ingår därför inte.

Resultat

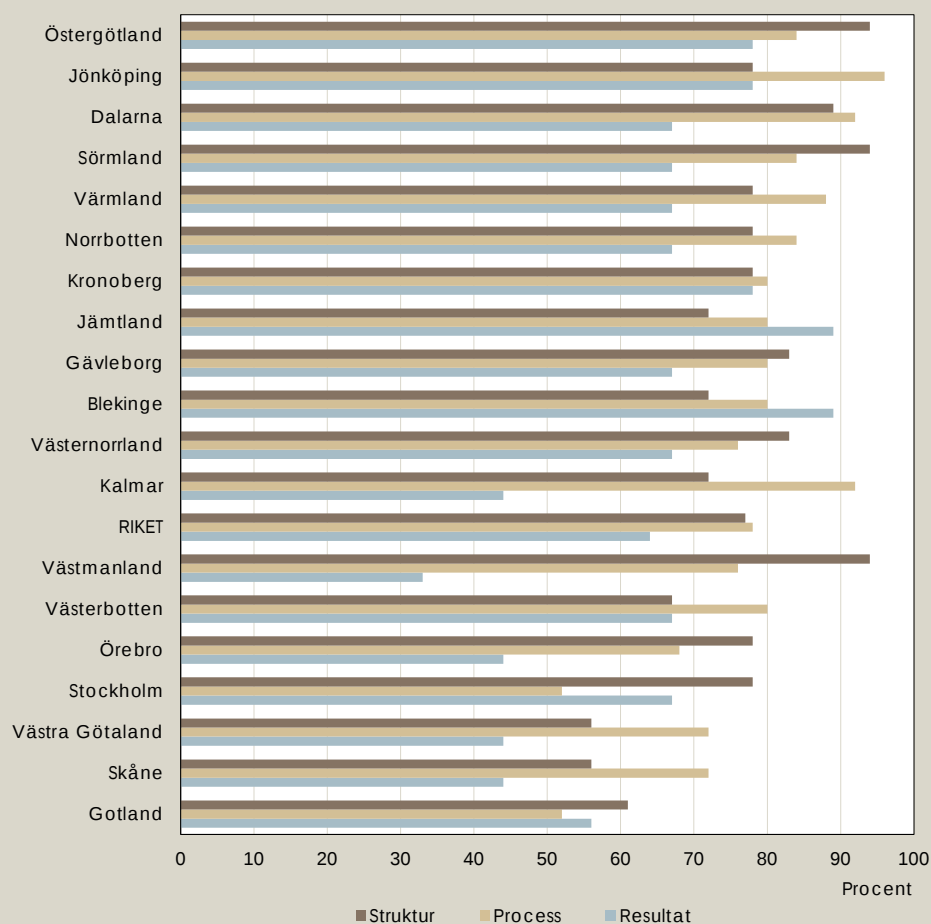
I patientsäkerhetsberättelserna för 2012 identifierade forskarna 52 variabler som de bedömer belyser olika aspekter av patientsäkerhetsområdet. Merparten är desamma som i den föregående rapporten om landstingens patientsäkerhetsberättelser [37]. Landstingen har också redovisat några nya variabler i sina patientsäkerhetsberättelser för 2012 jämfört med tidigare berättelser. Av de redovisade variablerna 2012 klassades 18 som strukturvariabler, 25 som processvariabler och 9 som resultatvariabler. Det har tillkommit 7 strukturvariabler, 3 processvariabler och 1 resultatvariabel jämfört med föregående år.

I nedanstående diagram (diagram 43) visas hur stor andel av samtliga undersökta variabler ett landsting har beskrivit i sin patientsäkerhetsberättelse. En stor andel betyder inte nödvändigtvis att landstinget har ett brett förankrat och välfungerande patientsäkerhetsarbete i alla delar av verksamheten.

Diagrammet visar landstingen i fallande ordning efter viktat medelvärde av andel variabler.

Diagram 43. Andel variabler i landstingens patientsäkerhetsberättelser

Andel av samtliga undersökta patientsäkerhetsvariabler inom struktur, process och resultat som beskrivs fullständigt eller delvis i landstingens patientsäkerhetsberättelser för 2012. Sorterat efter medelvärdet av ingående indikatorer.



Källa: Linköpings universitet

Forskarna vid Linköpings universitet fann en ökning i antalet variabler som redovisades i patientsäkerhetsberättelserna under 2012 jämfört med föregående år. I vissa fall var beskrivningen av variabler otydlig. En tolkning som forskarna gör är att vissa strukturer och processer blivit så självklara i landstingens organisation att de inte lyfts fram i patientsäkerhetsberättelsen.

En viss ökning noterades när det gäller rapportering av samverkan med patienter och närstående i patientsäkerhetsberättelserna för 2012.

Patientsäkerhetsberättelserna för de tre största landstingen innehåller jämförelsevis lägre andel variabler än flertalet övriga landsting. Forskarna bedömer att detta kan vara uttryck för att det kan vara svårare att sammanställa en detaljrik berättelse för ett stort landsting jämfört med vad det är för ett mindre.

Den mall som Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram som stöd för utformning av en patientsäkerhetsberättelse, och som förtydligades inför

2012 års berättelse, har använts av samtliga landsting. Man har konstaterat att det finns skillnader i vad som redovisas i de olika berättelserna under motsvarande rubriker, både vad avser innehåll och omfattning.

Linköpings universitets rapport kan ses i sin helhet i bilaga 2.

Socialstyrelsen anser att patientsäkerhetsberättelserna i högre grad bör redovisa hur vårdgivarna involverar patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet.

Landstingens patientsäkerhetsarbete

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, inledde 2008 en satsning för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Inom satsningen ger SKL ut handböcker och anvisningar och genomför regelbundna mätningar inom områden som påverkar patientsäkerheten.

Besök i landsting och regioner

I syfte att identifiera viktiga patientsäkerhetsområden och områden där landstingsledningarna behövde mer stöd från SKL, besökte representanter för SKL:s patientsäkerhetsenhet samtliga landstingsledningar under hösten-vintern 2011-2012.

Efter besöken gjordes en bedömning av hur långt varje landsting kommit i sitt patientsäkerhetsarbete. Återkoppling gavs till respektive landsting och då inkluderades även en bedömning utifrån landstingets patientsäkerhetsberättelse, resultat från nationella punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler, vårdrelaterade infektioner och trycksår samt antibiotikaanvändning.

Under hösten 2013 besökte SKL åter samtliga landsting för att få en uppfattning om var dessa befann sig i utvecklingen av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. En återkoppling gavs till varje landsting på samma sätt som föregående gång.

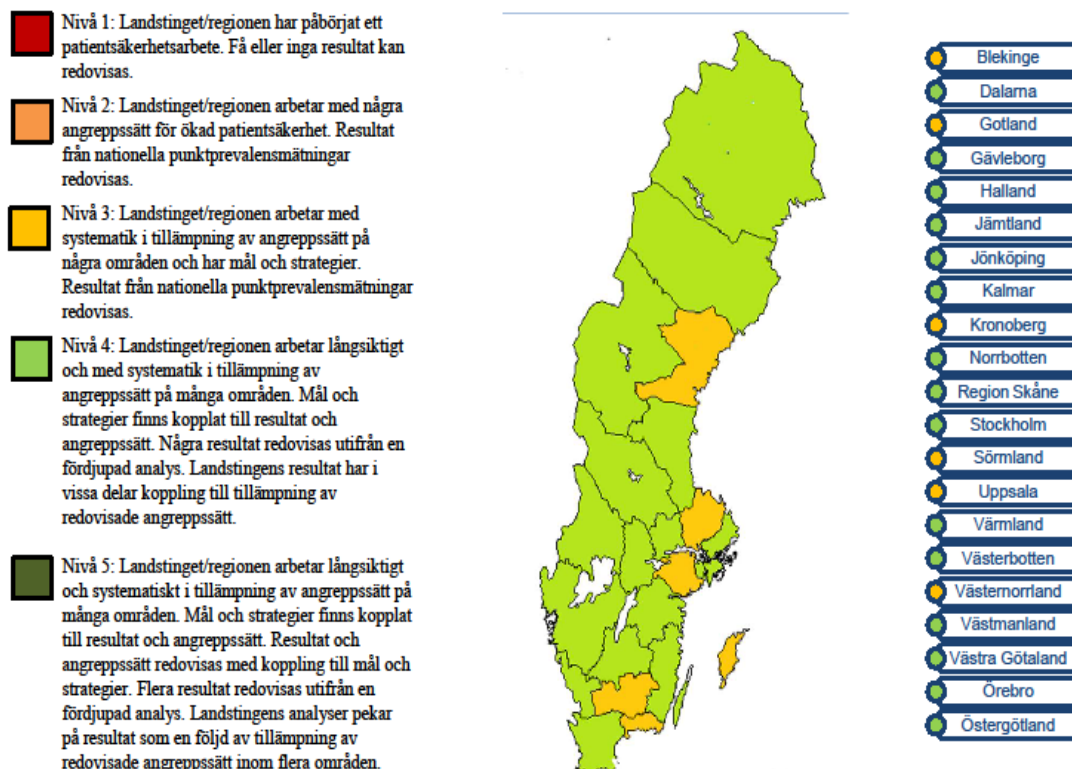
Sammanställda resultat

SKL har sammanställt resultaten från de båda granskningarna i en rapport [38] som beskriver förändringarna mellan åren. Bedömningen av landstingens långsiktighet och systematik har gjorts utifrån fem nivåer, där nivå ett motsvarar att landstinget har påbörjat ett arbete inom patientsäkerhetsområdet och nivå fem att arbetet är väl utvecklat.

Vid jämförelse av resultaten 2012 och 2013 konstaterade SKL att 13 landsting hade förbättrat sitt systematiska patientsäkerhetsarbete och att inget landsting låg under nivå tre år 2013. Inget landsting har ännu nått den högsta nivån och SKL konstaterar att förbättringsutrymme finns särskilt avseende uppföljning och utvärdering, det vill säga analys av mätresultat, anmälningsärenden med mera.

Resultaten från 2013 har också åskådliggjorts i en sverigekarta (figur 1) där varje landstings bedömda nivå anges med en färgkod.

Figur 1. Landstingens patientsäkerhetsarbete, övergripande lägesbeskrivning december 2013



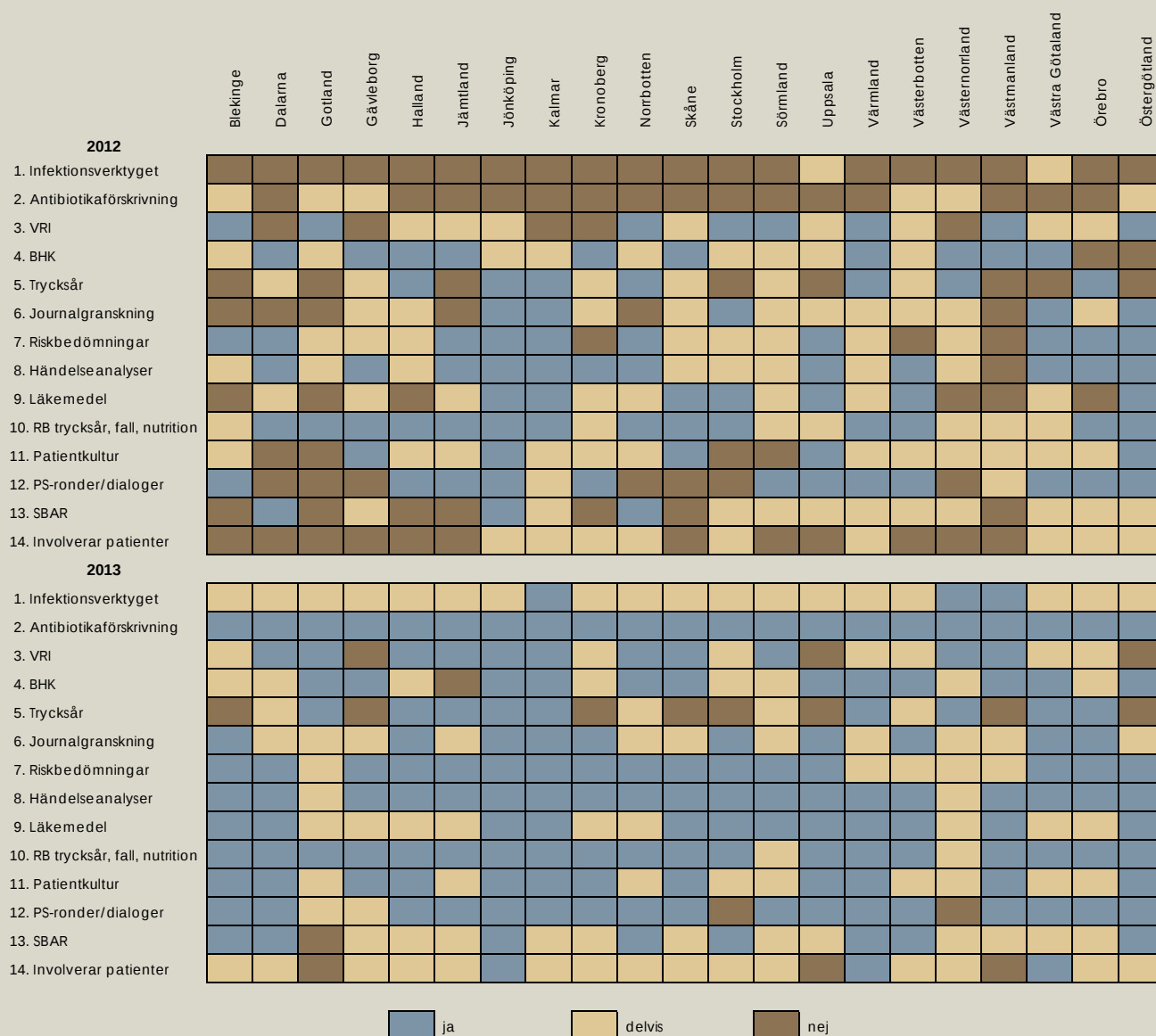
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Varje landstings prestationer inom 14 områden har bedömts av SKL. Resultatet, graderat i tre nivåer, för de två granskade åren visas i figur 2. SKL har beskrivit de 14 områdena enligt följande:

1. Väsentliga steg har tagits för att införa Infektionsverktyget i hela landstinget.
2. Resultaten förbättras kontinuerligt inom området antibiotikaföreskrivning.
3. Resultaten förbättras inom området vårdrelaterade infektioner, VRI.
4. Resultaten förbättras inom området basala hygienrutiner och klädregler, BHK.
5. Resultaten förbättras inom området trycksår.
6. Arbetar inom hela landstinget med strukturerad journalgranskning.
7. Arbetar inom hela landstinget med riskbedömningar.
8. Arbetar inom hela landstinget med händelseanalyser.
9. Arbetar inom hela landstinget med läkemedelsavstämningar/genomgångar.
10. Genomför riskbedömningar för trycksår, fall och nutrition inom hela landstinget.
11. Arbetar med resultaten från patientkulturmätningen inom hela landstinget.

12. Följer upp patientsäkerhetsarbetet via patientsäkerhetsronder/dialoger.
13. Arbetar med SBAR inom hela landstinget.
14. Kan påvisa exempel på hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Figur 2. Landstingens och regionernas systematiska förändringsarbete



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Diskussion

Detta är den andra av tre planerade rapporter inom patientsäkerhetsområdet. Här redovisas resultat från olika källor som belyser landstingens patientsäkerhetsarbete och förekomsten av skador och vårdskador. Olika faktorer påverkar hur snabbt nya eller förbättrade patientsäkerhetsrutiner kan vävas in i det dagliga arbetet, till exempel patientsäkerhetskulturen och de praktiska förutsättningarna inom vården. Som landstingens patientsäkerhetsberättelser visar (bilaga 2), har landstingen även arbetat med flera andra metoder i syfte att förbättra patientsäkerheten, utöver de som redovisas i denna rapport, till exempel riskanalys. För att ge en mer heltäckande beskrivning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet behöver fler aktiviteter synliggöras för att belysa omfattningen av landstingens arbete. Det kan vara att visa i vilken utsträckning man använder olika åtgärder och rutiner som kan förebygga vårdskador, till exempel checklista för säker kirurgi[39]. Där saknas dock ännu en gemensam uppföljningsmetod.

Strukturerad journalgranskning har visat att patienter som drabbats av skador i genomsnitt hade mer än dubbelt så lång vårdtid som övriga patienter. Skillnaden i vårdtidens längd var signifikant i alla åldersgrupper. På årsbasis motsvarar förlängningen av vårdtiden 1,3 miljoner vårddygn. Kostnaden för den förlängda vårdtiden beräknas till 11,5 miljarder kronor [1].

Några indikatorer som belyser förekomsten av skador och komplikationer inom somatisk slutenvård har återgetts i rapporten. De har sitt ursprung i kvalitetsregistren och Socialstyrelsens register, och har tidigare har redovisats i *Öppna jämförelser 2013 - Hälso- och sjukvård, Jämförelser mellan landsting* [22]. Det är svårt att belysa primärvården utifrån samma perspektiv eftersom det inte finns underlag i register på samma sätt som för slutenvården. Socialstyrelsen vill framhålla registrens betydelse för att följa utvecklingen och avser att återge fler registerbaserade indikatorer i kommande rapporter för att följa patientsäkerhetsutvecklingen.

Resultaten som redovisas i rapporten belyser i första hand patientsäkerhetsutvecklingen i somatisk slutenvård. Flera viktiga aspekter har lyfts fram, men rapporten gör inte anspråk på att ge en heltäckande beskrivning av utvecklingen inom området. Vissa indikatorer innefattar även psykiatrisk vård, primärvård och öppen specialistvård, men än så länge i begränsad omfattning. SKL har tagit initiativ till utveckling av en basmodell för uppföljning av primärvård. I den ingår bland annat patientsäkerhetsindikatorer. Ett arbete har också gjorts av Kammarkollegiet där man tagit fram anvisningar för avtal gällande primärvård och som ger exempel på utformning av krav och indikatorer samt uppföljning på ett systematiskt sätt.

Landstingens patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsen konstaterar att landstingen under perioden 2011-2013 har tagit väsentliga steg i arbetet med att förebygga vårdskador. Patientsäkerhetsarbetet är en viktig del i landstingens ledningssystem. Flera nya metoder

och verktyg som har bäring på patientsäkerhet har introducerats och används allt mer i det dagliga arbetet. Det gäller till exempel arbetet inom vårdhygien och följsamhet till basala hygien- och klädregler där även egenkontroll och mätningar genomförs. SKL har även tagit initiativ till att skapa flera övergripande stöd- och rapporteringssystem inom patientsäkerhetsområdet. Som exempel kan nämnas Infektionsverktyget, Nationell patientöversikt (NPÖ), Nationellt it-stöd för händelseanalys (Nitha), strukturerad journalgranskning och registrering av överbeläggningar på sjukhus. Regelbundna mätningar av patientsäkerhetskulturen genomförs också.

Mätningar

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner, VRI, har minskat sedan mätningarna inleddes 2008, men mellan åren 2010 och 2013 har inga större förbättringar skett. Förekomsten av trycksår har också varit i stort sett oförändrad, liksom användningen av åtgärder för att förebygga dem, med undantag för tryckavlastande madrasser som ökar. På båda dessa områden behövs ökade insatser för att införa de evidensbaserade åtgärdsprogram som tagits fram av SKL för att minska förekomsten av VRI och trycksår.

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

Handlingsplaner

I överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet ingår sedan 2012 krav på att landstingen ska upprätta handlingsplaner och påbörja förbättringsarbete som gäller patientsäkerhetskultur och trycksår. I överenskommelsen för 2014 finns även krav på handlingsplaner avseende överbeläggningar på sjukhus. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att aktiviteterna i planerna följs upp och utvärderas.

Patienters och närståendes rapportering av skador

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

Under perioden 2010–2013 ökade antalet anmälningar från cirka 10 500 till 13 900. I patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL som trädde i kraft den 1

januari 2011, ställs krav på att patienter ska informeras om möjligheten att söka ersättning från Patientförsäkringen LÖF när de drabbats av en vårdskada. Ökningen i antalet anmälningar beror troligen på att informationen till patienter och närstående om denna möjlighet har förbättrats.

Andra källor som kan ge information om patienters och närståendes uppfattning om hur ofta vårdskador inträffar är deras anmälningar till patientnämnderna och klagomål till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Patientnämnderna tar emot cirka 30 000 anmälningar per år och IVO tar emot cirka 7 000 klagomål. För närvarande är den metodik som används vid handläggningen av dessa ärenden inte tillräckligt utvecklad när det gäller att fånga patienters och anhörigas uppfattning om vårdskada inträffat. Socialstyrelsen anser att det är angeläget att metodiken utvecklas av IVO och patientnämnderna.

Särskilda granskningar

Vårdhygien

God vårdhygien är av central betydelse för vårdens resultat. Vårdgivarna har ansvaret för att vården bedrivs enligt god hygienisk standard och styr resultatet med de riktlinjer som fastställs inom landstingen. Resultatet av den uppföljande enkäten om landstingens arbete med vårdhygien, visade att antalet tjänster inom vårdhygienområdet ökat, men att uppföljning och återföring av resultat behöver förbättras.

Innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser

Landstingens patientsäkerhetsberättelser berör till stor del det arbete som beskrivs i denna rapport. Berättelserna innehåller även information om andra områden där vårdgivarna arbetar för att förbättra patientsäkerheten. Berättelserna ger ett viktigt komplement till de övriga resultat som redovisas här. Resultatet av den granskning av berättelserna som Linköpings universitet har genomfört (bilaga 2) visar på en stor variation i innehållet. I stort sett alla landsting har utökat innehållet i berättelserna 2012 jämfört med 2010 och 2011.

Socialstyrelsen vill dock framhålla att innehållet i berättelserna är sparsamt när det gäller vad som föreskrivs i 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), att patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen bedömer att berättelserna på ett mer ingående sätt bör redovisa hur vårdgivarna har arbetat för att uppfylla detta.

Överenskommelserna mellan staten och SKL

Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen av landstingens patientsäkerhetsarbete som skett under åren 2011, 2012 och 2013 i stor utsträckning är en effekt av överenskommelserna mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet.

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

Samlad bedömning av utvecklingen

Socialstyrelsen kan konstatera att följande utveckling har skett inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården, särskilt somatisk slutenvård, under perioden 2010–2013:

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

Socialstyrelsen bedömer att det har tagits många viktiga steg mot en förbättrad patientsäkerhet men konstaterar att det ännu inte går att se några större effekter av insatta åtgärder.

Referenser

1. Skador i vården – skadeöversikt och kostnad. Markörbaserad journalgranskning januari – juni 2013. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
2. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
3. Patientsäkerhetssatsning 2013. Utvärdering av antibiotikaföreskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Smittskyddsinstitutet; 2013-101-23.
4. Unbeck M, Muren O, Lillkrona U. Identification of adverse events at an orthopedics department in Sweden. *Acta Orthopaedica*; 2008.
5. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. *Health Affairs*; 2011.
6. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lathrop AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients – results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Eng J Med*; 1991.
7. Strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i vården enligt metoden Global Trigger Tool – Handbok för patientsäkerhetsarbete. 2008, ISBN: 978-91-633-3370-5.
8. Berglund C, Nylén U. Inventering av hur strukturerad journalgranskning används på svenska sjukhus. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
9. Unbeck M. Evaluation of retrospective patient record review as a method to identify patient safety and quality information in orthopaedic care. Avhandling. Karolinska institutet; 2012.
10. Landrigan C et al. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. *N Engl J Med* 2010;363:2124-34.
11. Schildtmeijer K et al. Assessment of adverse events in medical care: lack of consistency between experienced teams using the global trigger tool. *BMJ Qual Saf* 2012;21:307-14.
12. Deilkås ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool i Norge 2012. Rapport fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.
13. Health at a glance 2013. OECD indicators. OECD; 2013. Hämtad 2014-02-10 från <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
14. Drösler SE, Klazinga NS, Romano PS, Tancredi DJ, Gogorcena Aoiz MA, Hewitt MC, et al. Applications of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. *Int J Qual Health C* 2009;21(4):272-8
15. Skador i vården- skadeöversikt och kostnad. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.

-
16. Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.
 17. Vårdhandboken. Hämtad mars 2014 från [www.vardhandboken.se/hygien, infektioner och smittspridning](http://www.vardhandboken.se/hygien,infektionerochsmittspridning).
 18. Risk & Händelseanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland; 2009.
 19. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
 20. Utskrivningsklara patienter - kartläggning våren 2013. Socialstyrelsen; 2013.
 21. Patienten – en bortglömd resurs i patientsäkerhetsarbetet. Patientupplevd skada/vårdskada, pilotprojekt hösten 2012. Patientnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting; 2013.
 22. Öppna jämförelser 2013 Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
 23. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/index.html>.
 24. OECD. Statextracts. Health care quality indicators- patient safety. Hämtad februari 2014 från http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
 25. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
 26. SCALE (Skin Changes at Life's End). Hämtad januari 2014 från www.qsource.org/toolkits/pressureUlcer/docs/articles/supportingArticles/scaleConcensusStatement.pdf; 2009.
 27. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Nationell utvärdering 2013. Socialstyrelsen; 2013.
 28. Wahlbeck, K, Westman, J, Nordentoft, M, Gissler, M, Laursen, TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2011; 199(6):453-8.
 29. Saha, S, Chant, D, McGrath, J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Archives of general psychiatry. 2007; 64(10):1123-31.
 30. Harris, EC, Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1998; 173:11-53.
 31. Kisely, S, Smith, M, Lawrence, D, Maaten, S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2005; 187:552-8.
 32. Howard, LM, Barley, EA, Davies, E, Rigg, A, Lempp, H, Rose, D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. The lancet oncology. 2010; 11(8):797-804.

-
33. Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Socialstyrelsen; 2013.
 34. Fryers, T, Melzer, D, Jenkins, R, Brugha, T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. 2005; 1:14.
 35. Vårdgivarnas arbete med vårdhygien. Socialstyrelsen; 2011.
 36. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Volume I. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980.
 37. Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – beskrivning och jämförande analys av patientsäkerhetsberättelser för åren 2010 och 2011. www.socialstyrelsen.se.
 38. Bedömning, Landstingens och regionernas systematiska patientsäkerhetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
 39. Checklista för säker kirurgi. Patientförsäkringen LÖF. <http://www.patientforsakring.se/Checklista-foer-saeker-kirurgi.html>.

Bilaga 1

Projektorganisation

Ansvarig chef

Natalia Borg	enhetschef U/EM
--------------	-----------------

Styrgrupp

Natalia Borg	styrgruppens ordförande
Taina Bäckström	avdelningschef U
Agneta Holmström	enhetschef KY/SM
Lena Weilandt	enhetschef KY/HV

Projektgrupp

Anna- Karin Alvé	utredare U/SA, projektledare
Eva Lööf	utredare U/SA, projektmedlem
Michael Soop	medicinalråd U/SA, expert

Övriga deltagare

Axana Hagg	sakkunnig smittskydd, KY/SM
Carolin Holm	enkätkonstruktion, U/EM
Rickard Ljung	sakkunnig indikatorer, Health Qaligator
Jessica Sundberg	statistikframställning, S/RES

Bilaga 2

Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser

Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – Systematisk sammanställning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige för åren 2010, 2011 och 2012. Tillgänglig på www.socialstyrelsen.se