

Fyra år med patientsäkerhetsberättelsen

– sammanställning och jämförande analys av uppgifter
inrapporterade från vårdgivare i Sverige 2010 - 2013

Januari 2015

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

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	3
UPPDRAGET	3
MÅLGRUPP	3
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	3
BAKGRUND.....	4
SÄKERHET OCH KVALITET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	4
LAGSTIFTNING OCH KRAV	4
ÖVERENSKOMMELSE MELLAN STATEN OCH SKL	5
METOD.....	7
MATERIAL.....	7
ANALYSMETOD	7
REDOVISNING	9
PATIENTSÄKERHETSARBETETS STRUKTUR, PROCESS OCH RESULTAT UNDER FYRA ÅR	10
STRUKTURER FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETET.....	10
<i>Organisation</i>	<i>11</i>
<i>Strukturer för egenkontroll och kvalitetsutveckling</i>	<i>12</i>
<i>Tekniker för en säkrare vård.....</i>	<i>13</i>
<i>Samordning och kommunikation</i>	<i>14</i>
<i>Strukturer för patientsamverkan</i>	<i>15</i>
PROCESSER FÖR EN SÄKRARE VÅRD	16
<i>Ledning och styrning</i>	<i>18</i>
<i>Egenkontroll och kvalitetsutveckling.....</i>	<i>19</i>
<i>Säker vård och vårdprocess, allmänt</i>	<i>21</i>
<i>Begränsning av vårdrelaterade infektioner (VRI)</i>	<i>23</i>
<i>Säker medicinering och läkemedelshantering.....</i>	<i>25</i>
REDOVISNING AV PATIENTSÄKERHETSARBETETS RESULTAT.....	26
<i>Vårdskador och incidenter</i>	<i>28</i>
<i>Kvalitetsmått</i>	<i>28</i>
<i>Nya kvalitetsmått 2013</i>	<i>29</i>
RAPPORTERING AV PS-ARBETET 2010-2013 – EN JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING/REGIONER	31
URVAL AV VARIABLER SOM REDOVISAS I JÄMFÖRELSEN	31
PS-BERÄTTELSESNAS OMFATTNING OCH TÄCKNINGSGRAD.....	31
DISKUSSION	35
PS-BERÄTTELSESNAS UTVECKLING OCH TÄCKNINGSGRAD AV VIKTIGA PS-FAKTORER.....	35
LEDNING OCH EGENKONTROLL	36
SAMORDNING OCH SAMVERKAN	36
PS-BERÄTTELSESNAS BETYDELSE I ARBETET FÖR EN SÄKRARE VÅRD	37
REFERENSER	38

Sammanfattning

Sverige fick en ny patientsäkerhetslag 2011 i syfte att göra vården säkrare. I denna ingår att alla vårdgivare årligen ska ställa samman en patientsäkerhetsberättelse (PSB) med början för verksamhetsåret 2010. PSB har nu skrivits för fjärde året i rad.

Syftet med denna rapport är att utifrån innehållet i landstingens/regionernas PSB ge en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård, under de fyra år som PSB har sammanställts. Granskningen är dels en granskning av innehållet i 2013 års PSB men också en sammanfattning av utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet under verksamhetsåren 2010 till 2013, så som det beskrivs i PSB:erna. Innehållet har analyserats utifrån perspektiven struktur, process och resultat och jämförelser har gjorts över tid och mellan olika landsting/regioner. Liknande granskningar har tidigare gjorts vid två tillfällen och analyserna bygger på en tidigare utarbetad och testad modell i de tidigare granskningarna av landstingens/regionernas PSB.

En tydlig utveckling har skett över åren, både vad gäller beskrivningarna av patientsäkerhetsarbetet och vilka områden och resultat man vill lyfta fram. Granskningen visar att landstingen/regionerna har haft vägledning av de grundläggande och prestations-baserade krav som funnits för patientsäkerhetsarbetet i den överenskommelse som träffats mellan staten och SKL. Man har också följt SKL:s mall för att skriva PSB. Detta har dock inte lett till någon större samstämmighet i vad som verkligen rapporteras utan har mer varit en likriktning av rapporternas struktur. Många variabler som tagits med i redovisningen beskrivs dessutom i ganska vaga ordalag. Överlag har standarden dock ökat och många PSB är innehållsrika och ger en bra översikt över hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs och vad som återstår att göra.

Jämfört med tidigare år har PSB 2013 fokuserat mer på resultat och egenkontroll. Tidigare berättade man att man mäter och registrerar olika saker. Nu anger man också resultat från de olika mätningarna i en högre grad. Vidare har ledningens roll för att höja säkerheten börjat uppmärksamma, även om många också påpekar att ansvaret för att bedriva en säker vård i slutändan ligger hos enskilda medarbetare.

Av sammanlagt 62 undersökta patientsäkerhetsvariabler som ingått i den landstingsvisa jämförelsen 2013 har täckningsgraden i snitt varit 67 %. Motsvarande, sett över hela tidsspannet 2010-2013, är 63 %. Landstingen/regionerna har redovisat olika stor andel av de undersökta variablerna, med en högsta andel på 75 % för Östergötland, räknat som ett genomsnitt över de fyra åren. Skillnaderna mellan landstingen/regionerna är dock inte stora och drygt hälften (11 st.) har ett resultat över 65 %.

Ett fåtal mer blygsamma resultat har uppmäts där en slentrianmässig rapportering förekommer och där den relevanta informationen är sparsam. Detta kan tyda på att man inte har integrerat PSB:n som ett instrument i patientsäkerhetsarbetet, utan har andra medel för att skapa struktur och översikt över arbetet. De allra flesta har dock sammanställt informativa och välstrukturerade rapporter. Mot bakgrund av den utveckling som skett av PSB:n, under en relativt kort tid, kan man förmoda att den kommer att fortsätta utvecklas i en pågående dynamisk process i många landsting/regioner och med tiden få en allt viktigare roll i arbetet för att åstadkomma en säkrare vård.

Förkortningar och ordförklaringar

BHK (basala hygien- och klädregler)

CL (chefläkare)

CVK (central venkateter)

HA (händelseanalys)

HSAN (Hälsö- och sjukvårdens ansvarsnämnd)

Infektionsverktyget – Ett nationellt enhetligt IT-stöd för lokalt förbättringsarbete

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

LÖF (landstingens ömsesidiga försäkringsbolag)

MEWS (modified early warning score) – En bedömning av vitalparametrar

MRB (multiresistenta bakterier)

NITHA (Nationellt IT-stöd för Händelse-Analyser)

NPÖ (Nationell patientöversikt)

NPE (Nationell patientenkät)

Palliativregistret – Kvalitetsregister för patienter i livets slutskede registreras

PPM (punktprevalensmätning) – Mätning av förekomst (prevalens) vid ett specifikt tillfälle

PS (patientsäkerhet)

PSB (patientsäkerhetsberättelse)

PUK-värde – Ett mått på patientupplevd kvalitet

RA (riskanalys)

RETTTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) – Prioriteringssystem som framförallt används på akutmottagningar

SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) – Ett verktyg för strukturerad kommunikation.

Senior Alert – Webbaserat kvalitetsregister gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa hos personer, 65 år eller äldre.

STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens)

UVI (urinvägsinfektion)

VRI (vårdrelaterade infektioner)

Inledning

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

Uppdraget

Uppdraget har varit att granska landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser (PSB) för åren 2010 till 2013. I uppdraget ingår att analysera innehållet från landstingens och regionernas PSB för verksamhetsåret 2013 samt att jämföra utvecklingen av PSB:n över tid och mellan olika landsting/regioner. Två tidigare granskningar har gjorts, vilka ligger till grund för arbetet med denna rapport (Carlfjord *et al.* 2013; Ridelberg *et al.* 2014).

Målgrupp

Rapporten riktar sig till beslutsfattare, tjänstemän och verksamma inom svensk hälso- och sjukvård, samt till andra med intresse av patientsäkerhetsarbetet i Sveriges landsting och regioner.

Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att utifrån vårdgivarnas PSB redovisa struktur, process och resultat för patientsäkerhetsarbetet i Sveriges 2010-2013 samt vilka förändringar som skett över de fyra år som PSB varit ett lagstadgat krav. Arbetet bygger på en tidigare utarbetad och testad modell samt resultat från granskningar av PSB för verksamhetsåren 2010-2012 (Carlfjord *et al.* 2013; Ridelberg *et al.* 2014).

Rapporten ger en bild av patientsäkerhetsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård med utgångspunkt i de PSB som vårdgivarna har sammanställt. Följande frågor har specificerats:

- Vad har rapporterats i landstingens PSB för verksamhetsåren 2010-2013 (utifrån struktur, process och resultat)?
- Vilken utveckling har skett sedan arbetet med PSB startade 2010?
- Hur skiljer sig rapporteringen i PSB:erna mellan de olika landstingen och regionerna?

Bakgrund

Säkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården

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

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

Lagstiftning och krav

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

Enligt denna lag ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse (PSB). Senast den 1 mars ska PSB för föregående verksamhetsår vara skriven och tillgänglig för alla som vill läsa den. Den första PSB:n som skrevs i Sverige var för året 2010 (tillgänglig i mars 2011). Vårdgivare har dock ingen skyldighet att skicka sin PSB till Socialstyrelsen eller någon annan myndighet. Enligt information på Socialstyrelsens hemsida (2014) har PSB:n två syften:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

Överenskommelse mellan staten och SKL

Sveriges regering och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i samarbete tagit fram ett antal grundläggande och prestationsbaserade krav i syfte att förbättra patientsäkerheten. Ett finansiellt incitament är kopplat till överenskommelsen för att få landstingen och regionerna att uppfylla kraven. De grundläggande kraven måste vara uppfyllda för att kunna få ersättning för uppnådda prestationsbaserade krav. Det första året som överenskommelsen gällde var år 2011. Således fanns inte dessa krav för 2010 års PS-arbete. De krav och indikatorer som gällde för 2011 har successivt skärpts under efterföljande år (tabell 1).

Tabell 1. Grundläggande och prestationsbaserade krav för verksamhetsåren 2011 till 2013.

Grundläggande krav	År i överenskommelsen
• upprätta en PSB	2011-2013
• inrätta lokala STRAMA-grupper	2011
• delta i nationell patientenkät för primärvården	2011-2013
• ta väsentliga steg i införandet av Nationell patientöversikt, NPÖ	2011-2012
• ansluta sig till NPÖ och kunna visa på en bred användning av NPÖ i verksamheten	2013
• arbeta systematiskt med strukturerad (markörbaserad) journalgranskning, 20 slumpmässigt utvalda journal per månad per sjukhus i minst tre månader	2012
• arbeta systematiskt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus	2013
• utarbeta handlingsplan för patientsäkerhetskultur utifrån resultat av genomförda mätningar	2013
Prestationsbaserade krav	År i överenskommelsen
PS-kultur	
• mäta PS-kulturen på minst 25 % av hälso- och sjukvårdspersonalen	2011
• upprätta handlingsplan utifrån PS-kulturmätning samt påbörja förbättringsarbete inom landstinget	2012
Basala hygienrutiner och klädregler	
• mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 75 % av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården	2011
• mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 80 % av alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården – samt uppnår resultat som minst motsvarar medelvärde på förra årets mätning	2012

mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 80 % av alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus – samt uppnår en följsamhet på minst 70 %	2013
Trycksår	
mäta förekomst av trycksår på minst 50 % av alla avdelningar på alla sjukhus	2011
upprätta handlingsplan utifrån trycksårsmätning samt påbörja förbättringsarbete inom landstinget	2012
mäta förekomsten av trycksår genom SKL:s punktprevalensmätning vid minst 80 % av slutenvårdsavdelningarna	2013
Infektioner och antibiotikaförskrivning	
arbeta för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende infektioner i öppenvården och minska antibiotikaförskrivning i öppenvård enligt fastställda kriterier	2011-2012
minska skillnaden mellan förskrivna antibiotikarecept och det långsiktiga målet om 250 recept per 1000 invånare	2011-2013
följsamhet till nationella STRAMA-gruppens 14 behandlingsrekommendationer – arbetet ska bedrivas i samråd med den lokala STRAMA-gruppen	2013
feedback av resultat av personlig förskrivning av antibiotika till minst 50 % av vårdenheterna i primärvården	2013
tagit väsentliga steg med att införa IT-stödet Infektionsverktyget på samtliga sjukhus	2013
Överbeläggningar	
mäta antalet överbeläggningar enligt fastställda definitioner på alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus	2012 -2013
Nationella patientenkäten	
får genomsnittligt värde på minst 70 i den nationella patientenkäten för primärvården	2012
Läkemedelsanvändning	
dokumenterade rutiner för utskrivningsinformation i form av en läkemedelsberättelse, inklusive en aktuell läkemedelslista på 75 % av alla slutenvårdsavdelningar	2013

Metod

Den här rapporten består av en systematisk sammanställning och analys av den information som finns i Sveriges landstings och regioners patientsäkerhetsberättelser (PSB) skrivna för verksamhetsåren 2010-2013. Endast de uppgifter som finns i PSB:erna ligger till grund för resultatet, således har inga andra datakällor använts för att komplettera eller granska de uppgifter som samlats in.

Material

Av Sveriges 21 landsting och regioner ingår 20 i analysen av 2013 års PSB. I granskningen av 2013 års PSB har endast sammanhållna, landstingsövergripande PSB granskats. Stockholm läns landsting exkluderades då en sammanhållen PSB för hela landstinget inte sammanställts. I granskningen av PSB 2010-2011 särredovisades Stockholm läns landsting och för år 2012 valde vi att istället granska landstingets hälso- och sjukvårds förvaltnings PSB, då den var på ett övergripande plan, med information från såväl akutsjukhusen arbete under SLL:s regi som primärvård, habilitering, psykiatrisk vård, beroendevård och tandvård. Vid den senaste granskningen har vi valt att inte ta med Stockholm läns landsting, eftersom endast flera PSB från olika verksamhetsområden/sjukhus har varit tillgängliga, vilket försvårar den jämförande analysen.

I granskningen av PSB för 2010, 2011 och 2013 har 20 landsting och regioner ingått. År 2012 ingick 19 landsting/regioner (tabell 2).

Analysmetod

De 20 PSB:er för 2013 har, liksom tidigare, analyserats enligt kvantitativ innehållsanalys, (Hsieh och Shannon 2005) vilket innebär att dokumenten först läses i sin helhet, varefter meningsbärande enheter markeras i texten. De meningsbärande enheterna har därefter sorterats in i det ramverk som användes vid de tidigare PSB-analyserna (Carlfjord *et al.* 2013; Ridberg *et al.* 2014). Ramverket utgår från Donabedians triad (Donabedian, 1980) som är ett vanligt och tydligt ramverk som ofta används vid utvärdering av vårdkvalitet. Donabedians triad består av tre komponenter: Struktur, process och resultat. Donabedians ramverk har använts på följande sätt i denna rapport:

- Struktur innebär de förutsättningar som finns för en patientsäker vård, t.ex. hur PS-arbetet är organiserat och användningen av olika typer av stödsystem och definierade arbetssätt.
- Process avser hur vårdgivaren utför PS-arbetet, t.ex. olika aktiviteter och åtgärder för förbättrad patientsäkerhet. Process innefattar också mätningar av olika faktorer som påverkar patientsäkerheten.
- Resultat avser både det som kan uppmätas för patientsäkerheten, på patientnivå, t.ex. punktprevalens av vårdrelaterade infektioner (VRI) och förekomst av trycksår, och sådana

resultat som kan relateras till patientsäkerhetsarbetet, t.ex. följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler eller antal utförda journalgranskningar.

Tabell 2. Landsting och regioner vars PSB granskats i de tre utvärderingarna.

2013 n=20	2012 n=19	2010 och 2011 n=20
• BLEKINGE	• BLEKINGE	• BLEKINGE
• DALARNA	• DALARNA	• DALARNA
• GOTLAND	• GOTLAND	• GOTLAND
• GÄVLEBORG	• GÄVLEBORG	• GÄVLEBORG
• HALLAND		• HALLAND
• JÄMTLAND	• JÄMTLAND	• JÄMTLAND
• JÖNKÖPING	• JÖNKÖPING	• JÖNKÖPING
• KALMAR	• KALMAR	• KALMAR
• KRONOBERG	• KRONOBERG	• KRONOBERG
• NORRBOTTEN	• NORRBOTTEN	• NORRBOTTEN
• SKÅNE	• SKÅNE	• SKÅNE
	• STOCKHOLM	
• SÖRMLAND	• SÖRMLAND	• SÖRMLAND
• UPPSALA		• UPPSALA
• VÄRMLAND	• VÄRMLAND	• VÄRMLAND
• VÄSTERBOTTEN	• VÄSTERBOTTEN	• VÄSTERBOTTEN
• VÄSTERNORRLAND	• VÄSTERNORRLAND	• VÄSTERNORRLAND
• VÄSTMANLAND	• VÄSTMANLAND	• VÄSTMANLAND
• V. GÖTALANDS REG.	• V. GÖTALANDS REG.	• V. GÖTALANDS REG.
• ÖREBRO	• ÖREBRO	• ÖREBRO
• ÖSTERGÖTLAND	• ÖSTERGÖTLAND	• ÖSTERGÖTLAND

En mer utförlig beskrivning av ramverket finns att läsa i rapporten från den första PSB-granskningen (Carlfjord *et al.* 2013). Ändringar och tillägg till de ursprungliga variablerna i ramverket har gjorts i granskningarna av 2012 och 2013 års PSB:er, utifrån det material vi fick in. Ett flertal möten har genomförts för att nå konsensus bland samtliga författare. Granskningen 2012 gjordes i huvudsak av en granskare, med validering av samtliga övriga författare. Granskningen 2013 har gjorts av två granskare, med ytterligare validering av övriga författare.

I den första PSB-granskningen (2010-2011) kodades variabler som ”ja”, ”delvis” eller ”nej/ej rapporterat”. Delvis kan betyda:

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

I 2013 års PSB-granskning har struktur- och processvariablerna kodats som ”ja”, ”delvis”, ”oklart”, ”nej” samt ”inte rapporterat”. Denna kodning infördes i granskningen av 2012 års PSB. Ändring i kodningen gjordes för att få en mer nyanserad bild av datamaterialet. I redovisningen

tillämpades dock den ordinarie indelningen i ”ja” och ”delvis”, där delvis även omfattade oklar rapportering.

Samtliga variabler från föregående granskningar har ingått i analysen och blivit granskade. Dock har viss terminologi ändrats och vissa av de äldre variablerna har spelat ut sin roll och presenteras inte i den här rapporten. Andra, mer aktuella variabler har kommit till.

Redovisning

I de tre PSB-granskningarna som utförts har olika många PSB ingått. I de olika PSB-granskningarna anges därför analysresultat som andel (%) av analyserade PSB, för att möjliggöra en jämförelse mellan samtliga år 2010-2013.

Struktur- och processvariabler redovisas som ”ja”, ”delvis” eller ”inte rapporterat”, där delvis betyder delvis infört/tillämpat eller oklar rapportering. Resultatvariablerna presenteras dikotomt, dvs. ”ja” (rapporterat) och ”nej” (inte rapporterat).

De variabler som ingått i granskningarna har följt utvecklingen av PS-arbetet och rapporteringen i PSB:erna. Därför skiljer sig de olika dataserierna åt något. Vi har också prövat olika indelningar för variablerna i struktur, process och resultat. T.ex. har mätresultat från hygienmätningar samt antal genomförda händelse- och riskanalyser tidigare betraktades som processvariabler, då de inte är direkta mått på patientsäkerheten. I den senaste analysen har principen varit att det är PS-arbetet som är studieobjektet och de nämnda variablerna blir därmed resultat av PS-arbetet och sorteras under resultat.

Redovisningen av landstingsvisa jämförelser sker som andel (%) av ett antal variabler inom struktur, process och resultat. Uppsättningen variabler är något olika för olika år och för 2013 har endast variabler med en total rapportering högre än eller lika med 20 % tagits med i jämförelsen.

Slutligen vill vi klargöra att redovisningen av PSB-granskningarna enbart utgår från vad som rapporterats i PSB:erna genom åren och inte vad som i realiteten finns eller utförts i de olika landstingen och regionerna. Att en struktur, process eller ett resultat inte finns med i rapporten innebär alltså bara att detta inte redovisats i landstingets/regionens PSB:er.

Patientsäkerhetsarbetets struktur, process och resultat under fyra år

Kapitlet redovisar vad som rapporterats i PSB:erna från verksamhetsåret 2013 och jämför detta med tidigare års PSB:er. Jämförelsen presenteras i såväl text som diagramform. I inledningen till varje struktur-, process- och resultatredovisning ges också en översiktstabell av respektive set av variabler som undersökts i de olika granskningarna. Variablerna är ett urval av betydelsefulla PS-variabler som förekommit under perioden 2010-2013, med betoning på de två senaste årens PSB:er. De allra flesta av dessa återkommer även i jämförelsedigrammen.

I 2013 års PSB är det, liksom tidigare år, tydligt att landstingen och regionerna har haft vägledning av de grundläggande och prestationsbaserade krav som SKL haft uppställda för PS-arbetet. Sedan 2012 års PSB har landstingen och regionerna även genomgående använt sig av, eller inspirerats av, SKL:s mall för vilka rubriker som ska finnas med. Detta har gjort att ett stort antal variabler tagits med i de senaste två årens PSB. Variablerna är dock inte alltid fullständigt eller tydligt beskrivna. Redovisningen av struktur- och processvariabler görs därför uppdelat i andel ”ja” (fullständigt infört/utfört och framgår klart) och andel ”delvis” (ej helt infört/utfört och/eller otydligt beskrivet). Redovisningen av resultatvariabler görs som andel rapporterat, oavsett om resultatet anges i tabellform, diagram, bilder eller endast nämns i texten.

Strukturer för patientsäkerhetsarbetet

Strukturer för PS-arbetet är främst olika sätt att organisera arbetet samt strukturer för egenkontroll och olika hjälpmedel i PS-arbetet. Hjälpmedel är t.ex. Infektionsverktyget och Nationellt IT-stöd för Händelse-Analyser (NITHA). Vidare ingår strukturer för samverkan och kommunikation med andra vårdgivare, inom och utom det egna landstinget, samt samverkan med patienter och anhöriga. Strukturer för samverkan kan vara IT-hjälpmedel, inrättade system eller fora och/eller beskrivningar av hur man går till väga i olika situationer som gäller samverkan.

Tabell 3. Översikt över strukturvariabler som framkommit i PSB åren 2010-2013 (urval)

STRUKTUR
Organisation
• Har PS-enhet eller motsvarande • Har STRAMA-grupp • Har organisation för hygienarbete • Har anmälningsansvariga till Lex Maria • Har läkemedelskommitté
Strukturer för egenkontroll och kvalitetsutveckling
• Har egna vårdgivardirektiv för PS-arbetet och/eller PS-relaterade vårdkvalitetsmått • Har digitaliserat avvikelse-hanteringssystem • Ansluten till Senior Alert • Ansluten till Svenska Palliativregistret • Har struktur eller system för återkoppling och spridning av PS-relaterad information
Tekniker för en säkrare vård
• Använder IT-stödet NITHA • Har system för upptäckt och korrekt omhändertagande av svårt sjuk patient, t.ex. MEWS, RETTS • Har infört IT-stödet Infektionsverket
Samordning och kommunikation
• Har infört NPÖ • Har IT-system för samordning av vård/vårdplanering • Har struktur för samverkan/samordning med andra vårdgivare (utom landstinget) • Har struktur för samverkan/samordning inom landstinget
Patientsamverkan
• Har system, struktur och fora för samverkan med patienter och närstående • Beskriver Patientnämndens arbete eller samarbete med denna • Beskriver en struktur för hur man hanterar klagomål från patient/närstående

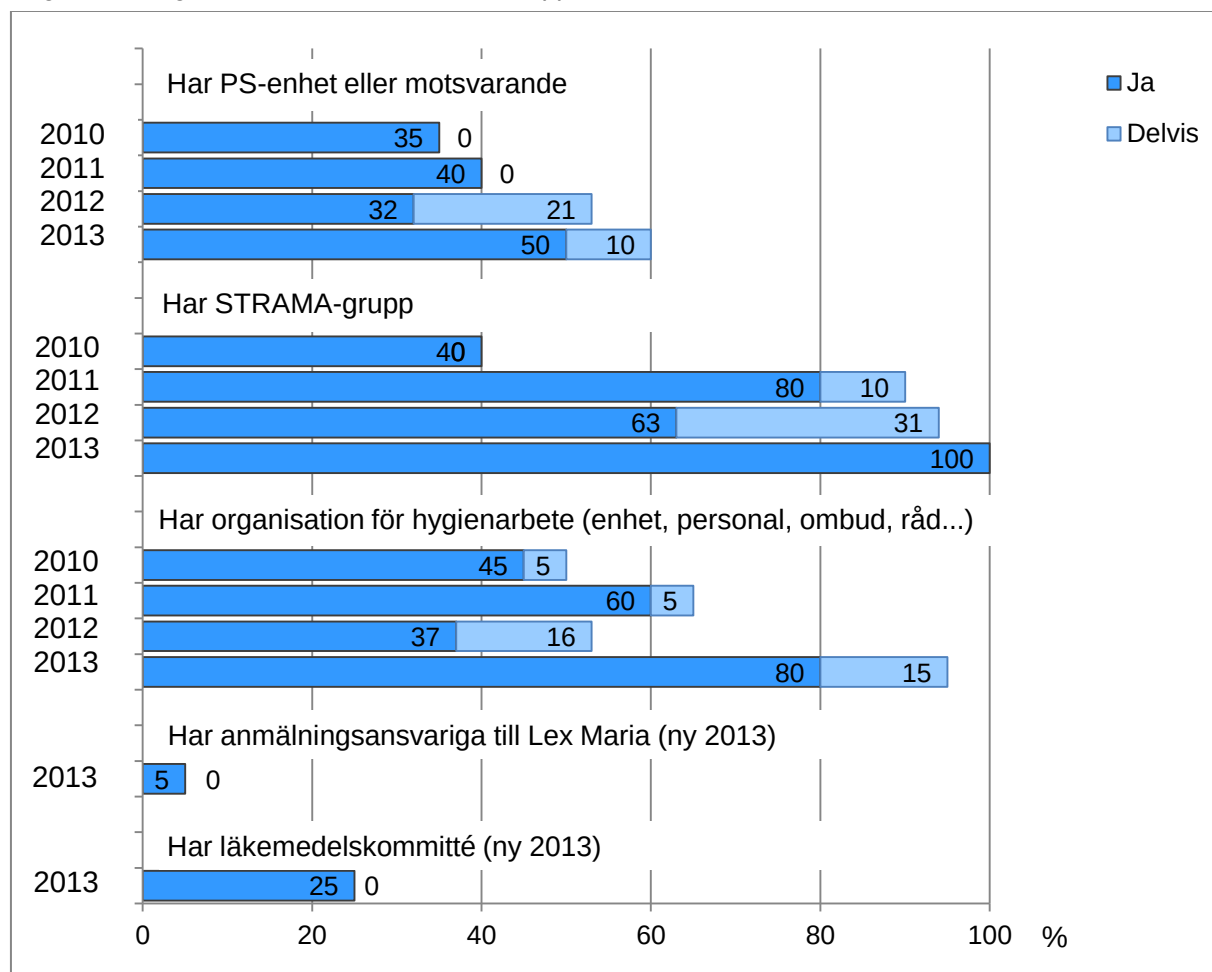
Organisation

Samtliga PSB:er 2013 beskriver hur landstingets/regionens PS-arbete är organiserat. Över hälften (60 %) anger att de har en PS-enhet eller motsvarande. Övriga anger att arbetet är integrerat i verksamheten, samt att enskilda medarbetare är ansvariga för att utföra ett patientsäkert arbete, vilket även var ett vanligt ställningstagande bland de landsting/regioner som har en PS-enhet. Jämfört med tidigare år har andelen med PS-enhet eller motsvarande stadigt ökat. (Se figur 1.)

Bland övriga organisationsvariabler är andelen med STRAMA-grupp nu uppe i 100 % från att ha varit 50 % 2010. Även andelen med särskild organisation för hygienarbete har ökat starkt och ligger nu på 95 %, inklusive oklar/delvis rapportering.

Två nya organisationsvariabler har tagits med, anmälningsansvariga till Lex Maria samt läkemedelskommitté, med en rapporteringsgrad på 5 respektive 25 %.

Figur 1. Organisation – Andel PSB som rapporterat att strukturen finns.



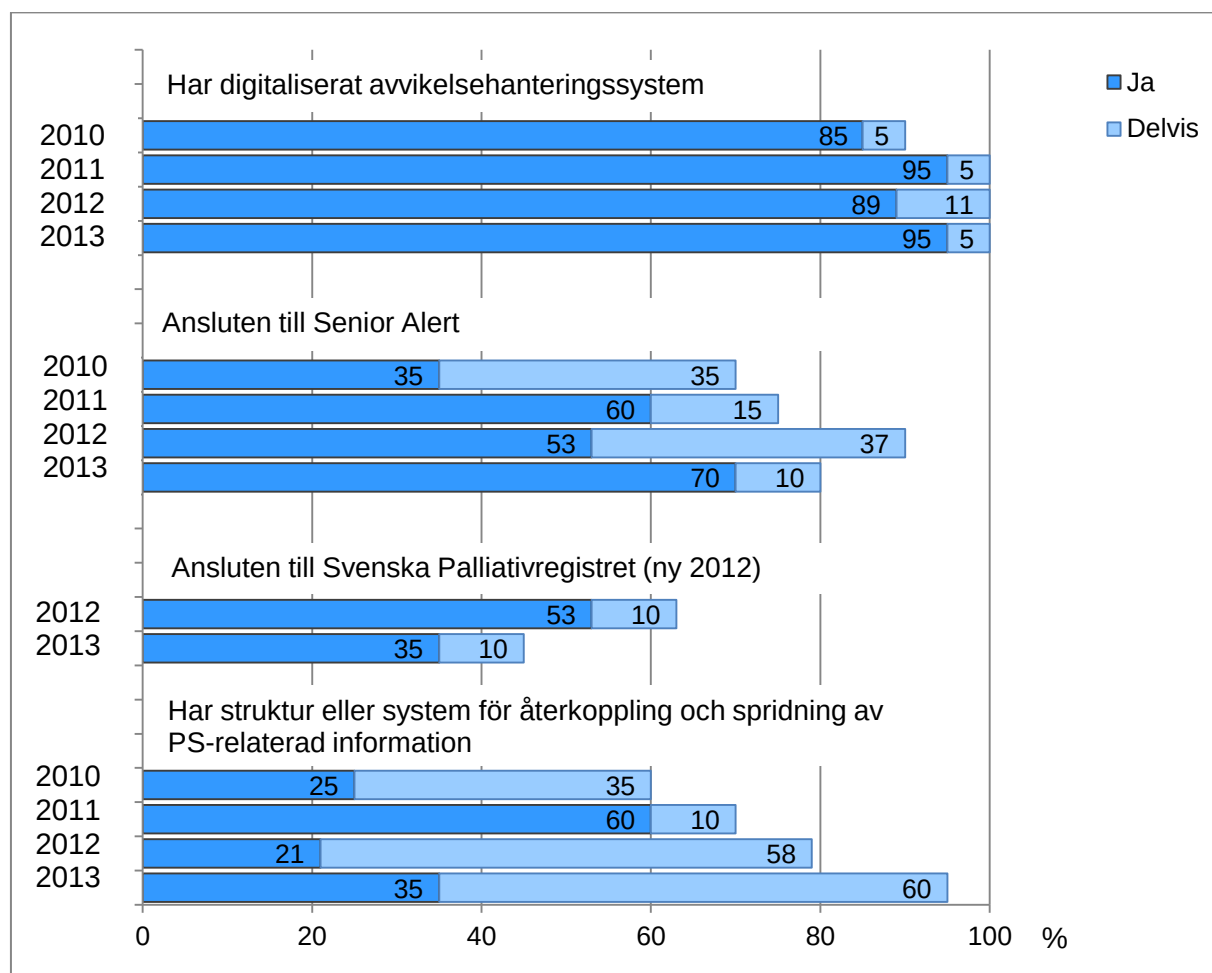
Strukturer för egenkontroll och kvalitetsutveckling

Egenkontroll och kvalitetsutveckling har varit ett återkommande tema i många PSB:er 2013. Vi har därför gjort en grupp av fyra strukturer som har med detta att göra. Från en tidigare mycket hög nivå har nu samtliga landsting/regioner ett digitaliserat avvikelshanteringssystem. Anslutningen till Senior Alert ser också ut att ha ökat även om rapporteringen inklusive ”delvis” eller ”oklart” var högre 2012 än 2013. Andelen ”ja” var 53 % och ”delvis” 37 % 2012. Motsvarande för 2013 är 70 respektive 10 %. (Se figur 2.)

Anslutning till Svenska Palliativregistret är en variabel som infördes 2012 då över hälften angav att de anslutit sig eller skulle göra det (60 %). Denna rapportering sjönk i 2013 års PSB till 45 %.

Att det är viktigt att återkoppla och sprida PS-relaterad information är något som man tagit upp i varierande omfattning under åren, med den största andelen som tydligt angett att de har struktur eller system för detta 2011 (60 %). Räknar både ”ja” och ”delvis” är detta dock nämnt i flest PSB:er 2013 (95 %).

Figur 2. Strukturer för egenkontroll och kvalitetsutveckling – Andel PSB som rapporterat att strukturen finns.



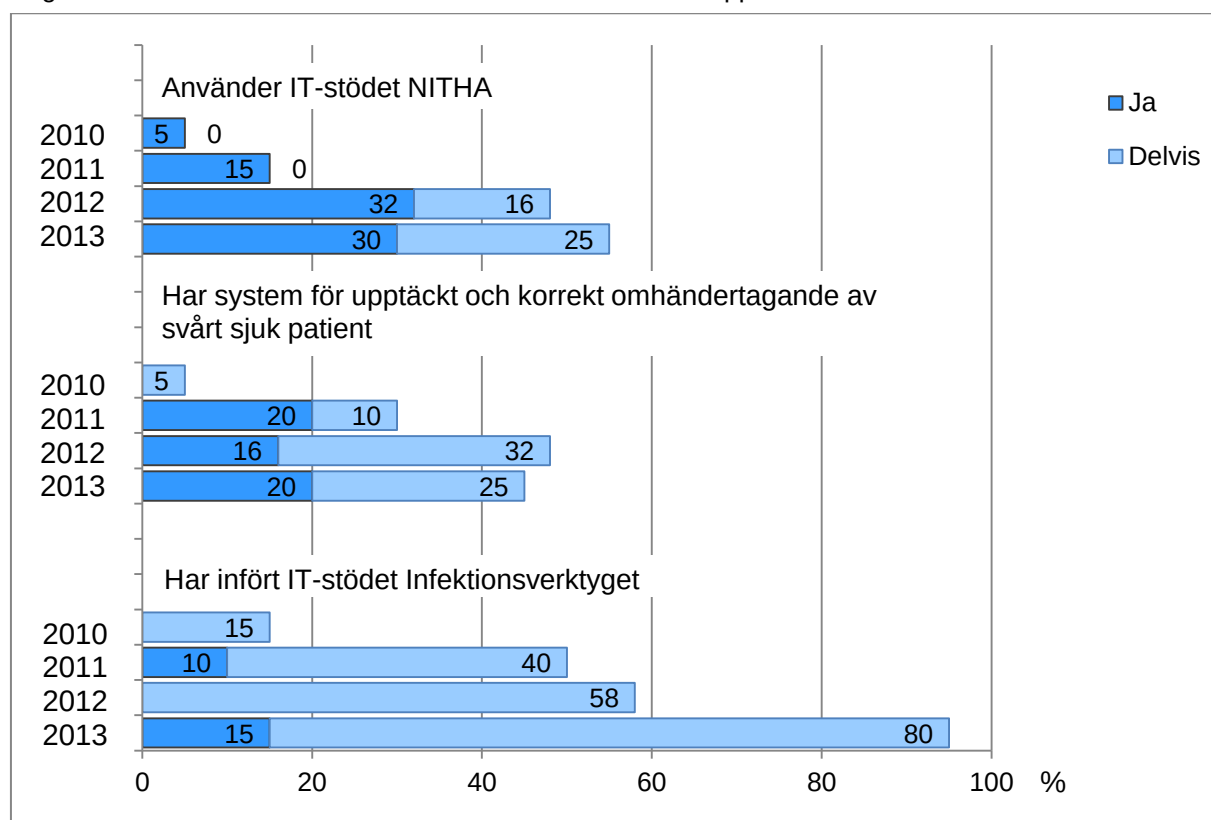
Tekniker för en säkrare vård

IT-stödet NITHA användes av 30 % av landstingen/regionerna 2013 och ytterligare 25 % anger att det är delvis infört eller på gång. Detta avviker något från året innan då motsvarande andelar var 32 och 16 %. (Se figur 3.)

Andelen som anger att de har system för upptäckt och korrekt omhändertagande av svårt sjuk patient verkar ha stagnerat på en relativt låg nivå, med 20 % ”ja” och 25 % ”delvis” 2013.

När det gäller IT-stödet Infektionsverktyget är det ett krav i PS-överenskommelsen att landstingen/regionerna ska ha tagit väsentliga steg för att införa detta på samtliga sjukhus. En hög andel (80 %) rapporterar därför att detta är på väg att införas och 15 % har redan infört det.

Figur 3. Tekniker för en säkrare vård – Andel PSB som rapporterat att strukturen finns.



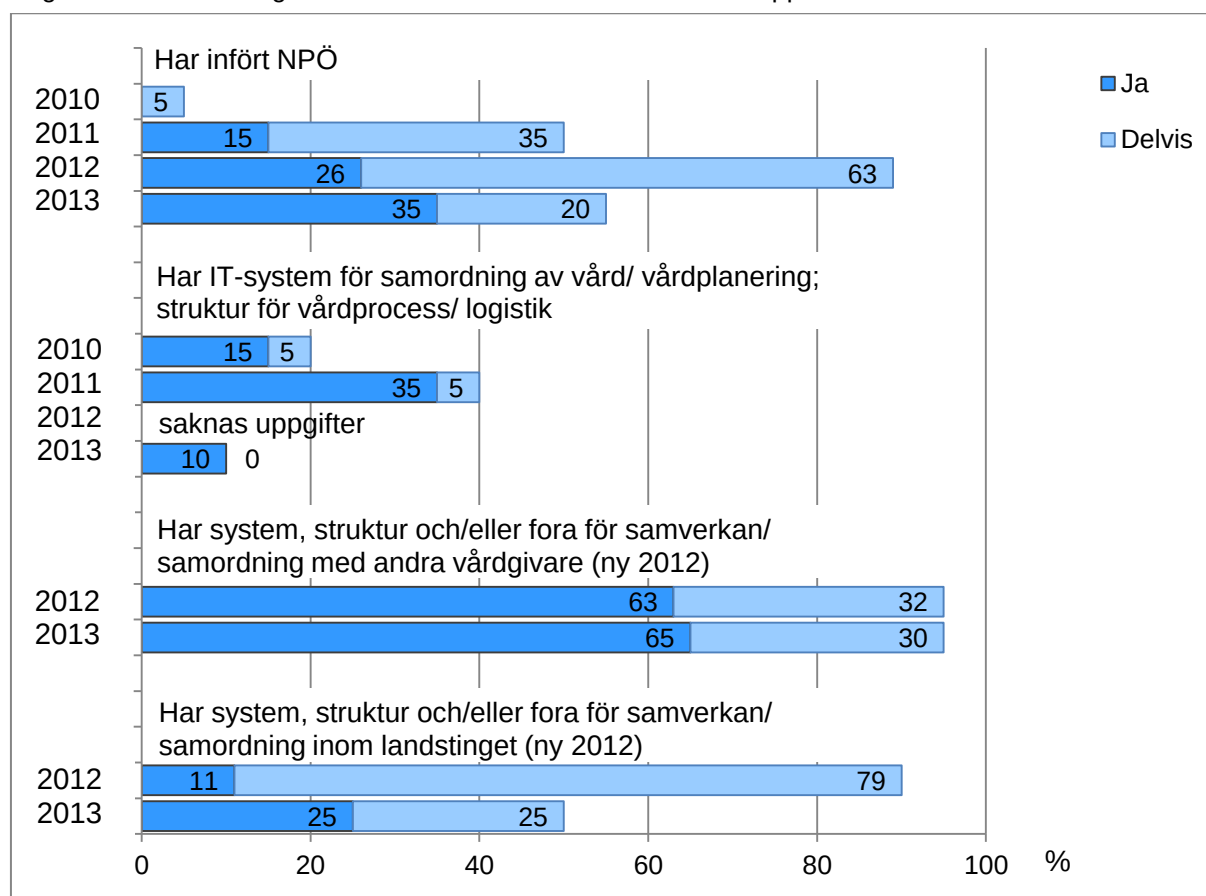
Samordning och kommunikation

Fyra variabler redovisas för samordning och kommunikation, varav två infördes vid granskningen av PSB 2012. (Se figur 4.)

Införande och bred användning av den nationella patientöversikten (NPÖ) har varit ett grundläggande krav i PS-överenskommelsen. Detta verkar dock vara något som man haft svårt att leva upp till – eller valt att inte rapportera i sin PSB. Andelen landsting/regioner som anger att de infört NPÖ har ökat och var 15 % 2011, 26 % 2012 och 35 % 2013. Det var dock betydligt fler som angav att NPÖ var på väg att införas 2012 än 2013.

Huruvida man har ett IT-system för samordning och vårdplanering är något som rapporteras mycket sparsamt och rapporteringen om detta har gått ned. Eventuellt har detta kommit att ingå i de två samverkansvariabler som infördes 2012, där framför allt system, struktur och/eller fora för samverkan/samordning med andra vårdgivare utom landstinget har en hög rapportering, 95 % ”ja” och ”delvis”. För den andra samverkansvariabeln, system, struktur och/eller fora för samverkan/samordning inom landstinget (mellan verksamheter och enheter) var rapporteringen lägre 2013, 50 % ”ja” och ”delvis”.

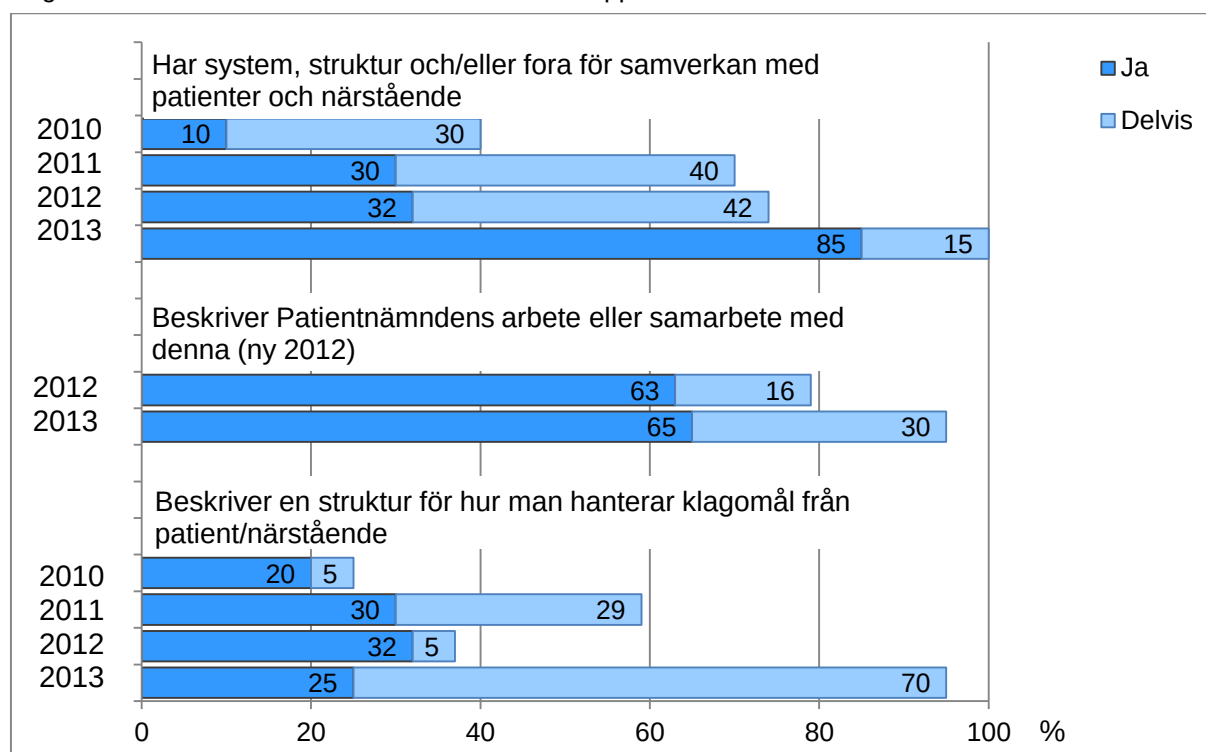
Figur 4. Samordning och kommunikation – Andel PSB som rapporterat att strukturen finns.



Strukturer för patientsamverkan

Samtliga landsting/regioner anger att de har system, struktur och/eller fora för samverkan med patienter och närstående eller att detta är på gång. Det är också en hög andel som beskriver Patientnämndens arbete eller samarbetet med denna. Däremot är det en förvånande liten del som klart beskriver någon struktur för hur man hanterar klagomål från patienter och närstående i samverkan med dessa. Endast 25 % har angett detta klart jämfört med 30 % och 32 % 2011 och 2012. Den totala rapporteringen är dock 95 % för variabeln, vilket innebär samtliga landsting/regioner utom ett. (Se figur 5.)

Figur 5. Patientsamverkan – Andel PSB som rapporterat att strukturen finns.



Processer för en säkrare vård

I de två senaste årens PSB har processer för att göra vården säkrare alltmer kommit att inriktas på ledningens roll liksom hur egenkontroll och kvalitetsutveckling sker. Detta utgör således två framträdande grupper av variabler i denna sammanfattande granskning av PSB:ns utveckling. Vidare är, liksom tidigare år, konkreta aktiviteter för att säkra vården och vårdprocesserna variabler som tas upp i hög grad. I den gruppen, som här kallas ”Säker vård och vårdprocess” ingår t.ex. PS-dialoger, strukturerad kommunikation och olika aktiviteter för att förebygga fall och trycksår mm. Aktiviteter för att begränsa vårdrelaterade infektioner (VRI) skulle också kunna ingå i denna grupp, men på grund av sin tyngd i PS-arbetet har variabler för begränsning av VRI fått bilda en egen grupp. Ett annat fokusområde inom säker vård är säker medicinering och läkemedelshantering som också utgör en egen grupp i denna redovisning. (Se tabell 4.)

Tabell 4. Översikt över processvariabler som framkommit i PSB åren 2010-2013 (urval)

PROCESS

Ledning och styrning

- Arbetar med PS enligt ett samlat ledningssystem
- Arbetar enligt principer för EBM/kunskapsstyrning
- Beskriver indikatorer för egenkontroll
- Handlingsplan utifrån PS-kulturmätning
- Handlingsplan utifrån punktprevalensmätning av trycksår
- Har systematisk PS-utbildning

Egenkontroll och kvalitetsutveckling

- Deltar i den nationella patientenkäten (NPE)
- Arbetar med händelseanalys
- Mäter antal genomförda händelseanalyser
- Arbetar med riskanalys
- Mäter antal genomförda riskanalyser
- Arbetar med markörbaserad journalgranskning
- Antal journalgranskningar (målvärde eller antal utförda)
- Mäter förekomst av trycksår
- Mäter PS-kultur
- Mäter överbeläggning och undvikbar slutenvård

Säker vård och vårdprocess, allmänt

- Använder PS-dialoger/PS-ronder
- Arbetar med SBAR eller annat system för strukturerad kommunikation
- Använder WHO:s checklista för operation
- Förebygger trycksår
- Förebygger undernäring
- Förebygger fall och fallskador
- Arbetar med suicidprevention/ suicidbedömningar
- Arbetar med att förbättra PS inom medicinsk teknik

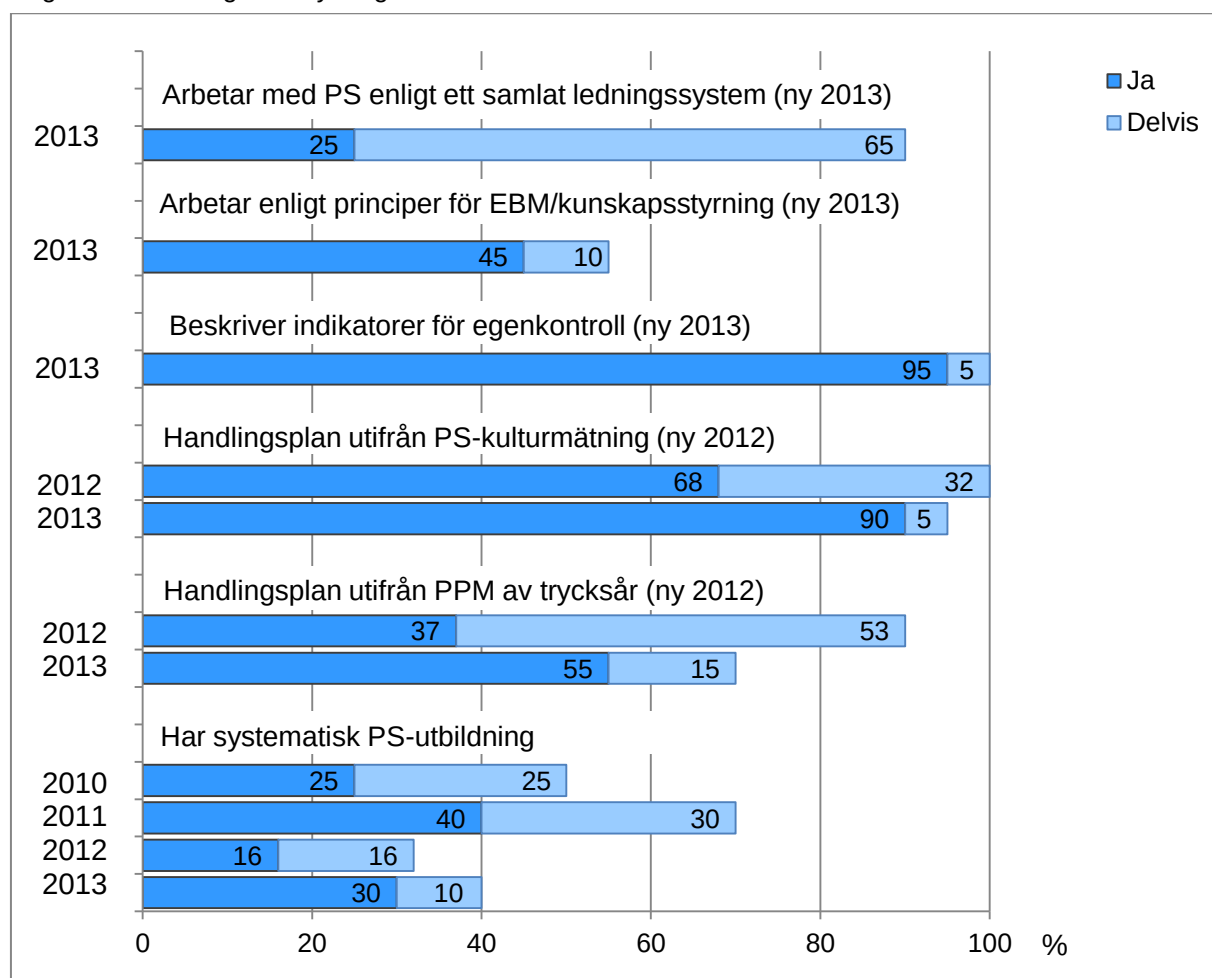
Begränsning av vårdrelaterade infektioner (VRI)

- Arbetar aktivt med minskning/optimering av antibiotikaföreskrivning
- Arbetar aktivt för att begränsa smittspridning (MRB och annan smitta)
- Förebygger vårdrelaterade infektioner, generellt
- Deltar i nationell punktprevalensmätning av VRI
- Förebygger postoperativa sårinfektioner
- Förebygger infektioner vid centrala venösa infarter
- Förebygger vårdrelaterade urinvägsinfektioner och KAD-infektioner
- Mäter följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Arbetar med hygienronder eller annan aktiv hygienuppföljning

Säker medicinering och läkemedelshantering

- Förebygger läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Förebygger läkemedelsrelaterade problem (Säker och ändamålsenlig föreskrivning, hantering och beredning av läkemedel)
- Arbetar med läkemedelsavstämningar/-genomgångar

Figur 6. Ledning och styrning – Andel PSB som beskriver variablerna



Ledning och styrning

Från 2013 har ledningssystem blivit ett begrepp som tas upp i de flesta av landstingens/regionernas PSB:er (90 %). Hela 25 % rapporterar att man arbetar med PS enligt ett samlat ledningssystem. Ett annat ledord som vunnit mark i den senaste PSB:n är kunskapsstyrning, ofta nämnt i samband med evidens och att man arbetar enligt evidensbaserad medicin (EBM). EBM och/eller kunskapsstyrning har nämnts i 55 % av PSB:erna, varav 10 % är mer oklara antydningar. (Se figur 6.)

Uppföljning genom egenkontroll har varit en rubrik i SKL:s PSB-mall, vilket gjort att samtliga landsting/regioner beskriver indikatorer för egenkontroll. De flesta anger att mätningar genomförs utifrån PS-överenskommelsen, men utöver detta har ett stort antal indikatorer, områden och/eller verktyg för egenkontroll nämnts specifikt. (Se figur 6 och tabell 5.) Utförligare redovisning av variabler för egenkontroll ges i följande avsnitt om processer för en säkrare vård.

Handlingsplaner utifrån PS-kulturmätning och punktprevalensmätning av trycksår har redovisats sedan 2012. Den totala rapporteringen i dessa två variabler har minskat något, men andelen som

klart anger att de har sådana handlingsplaner har ökat. Handlingsplanerna kan även ses som medel för styrning och skulle då kunna ingå bland strukturvariablerna. Här antas dock att man även arbetar enligt planerna, vilket gör att de fått ingå i processbeskrivningen.

Även den systematiska PS-utbildning har tidigare ingått i strukturen, men betraktas här som en del av styrningen mot en säkrare vård. Variabeln rapporterades mest i PSB 2011 (70 %) och ligger i senaste PSB:n på 40 %.

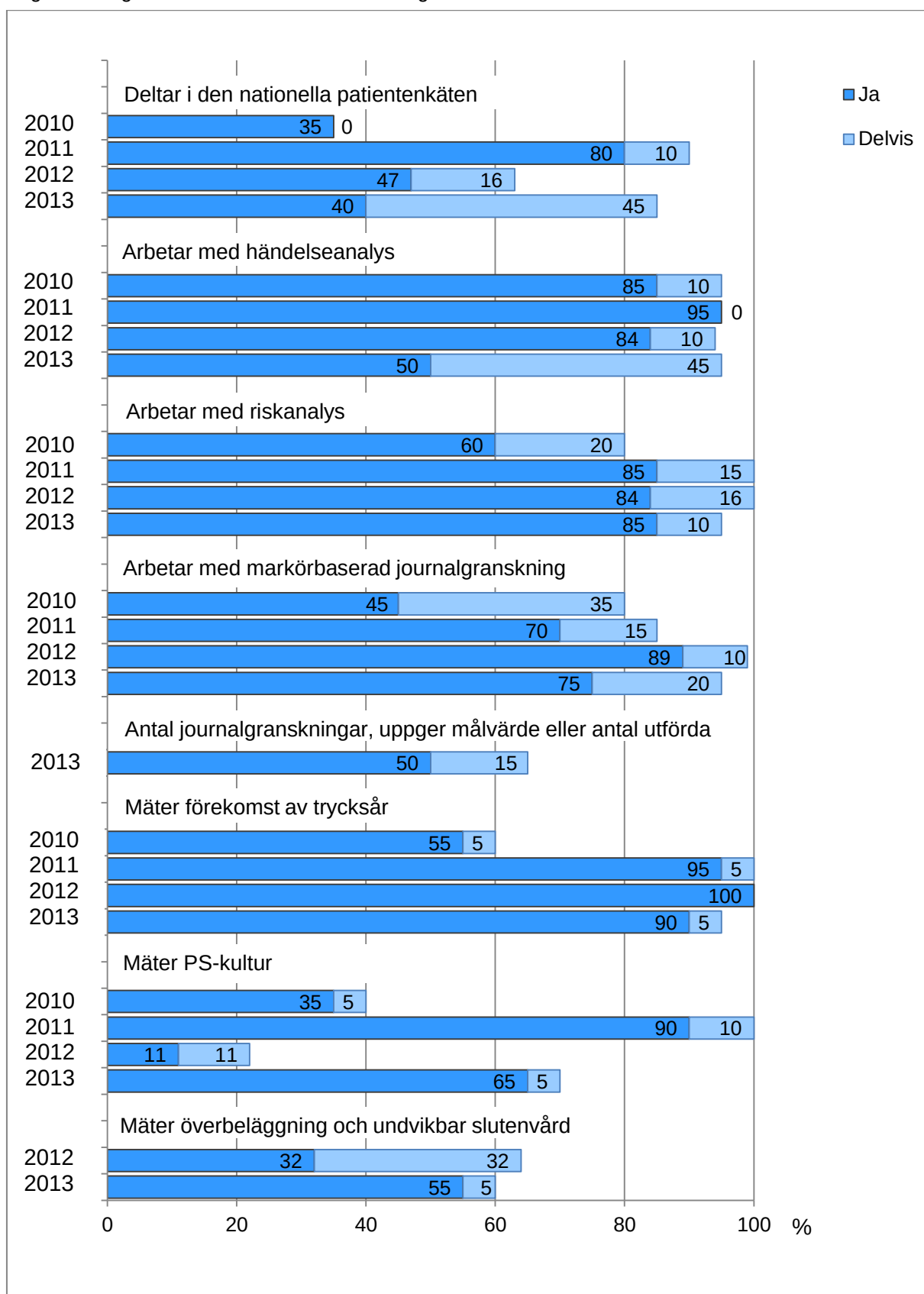
Tabell 5. Specifikt nämnda indikatorer för egenkontroll. Ett urval, ordnade efter frekvens i PSB 2013.

Indikatorer för egenkontroll	antal
Markörbaserad/strukturerad journalgranskning	12
Basala hygienrutiner/klädregler	11
Trycksår	11
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	11
Avvikelser	10
Händelseanalys	7
Kvalitetsregister	7
Nationella patientenkäten (NPE)	7
Öppna jämförelser	7
PS-kultur	6
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	6
Antibiotikaförskrivning	5
Risikanalys	5
Infektionsverktyget	4
Enskild anmälan IVO	3
Lex Maria-anmälningar	3
Läkemedelshantering	3
Patientnämndsärenden	3
PS-dialog	3

Egenkontroll och kvalitetsutveckling

Egenkontrollen sätts ofta i samband med kvalitetsutveckling. Det man mäter och kontrollerar ska förhoppningsvis leda till åtgärder i ett ständigt pågående förbättringsarbete. Ett viktigt instrument för egenkontroll är den nationella patientenkäten (NPE). Mätningar genomförs vartannat år inom primärvården och vartannat år inom specialiserad vård och ger svar på hur patienterna upplever bemötandet i vården, hur delaktig man känt sig samt frågor om t.ex. information, tillgänglighet och förtroende. År 2011 uppgav 80 % att de deltar i NPE och ytterligare 10 % nämnde NPE i sin redovisning. Motsvarande siffror 2013 är 40 % respektive 45 %. Huruvida detta speglar en nedgång i intresset för NPE eller bara en otydlighet i rapporteringen går inte att utläsa i vårt datamaterial. (Se figur 7.)

Figur 7. Egenkontroll och kvalitetsutveckling – Andel PSB som beskriver variablerna



Rapporteringen av att man arbetar med händelseanalys har sjunkit markant. Det är fortfarande 95 % som nämner det i sin PSB, men andelen som klart anger att man gör händelseanalyser har sjunkit till 50 % från att tidigare legat på 84-95 %. Rapporteringen av att man arbetar med riskanalys ligger dock på en fortsatt hög nivå (85 % 2013), liksom rapporteringen av markörbaserad journalgranskning (75 %).

Antal journalgranskningar har dykt upp som en viktig variabel sedan detta kom till i PS-överenskommelsen för 2012. I PSB 2013 uppger 50 % att de har ett målvärde för antal journalgranskningar och/eller att de mäter antal utförda journalgranskningar. Ytterligare 15 % har en oklar rapportering av detta. (Se figur 7.)

Så gott som samtliga landsting/regioner anger att de mäter förekomst av trycksår. Att rapporteringen sjunkit något 2013 beror sannolikt inte på att man slutat mäta, då förekomst av trycksår var en av de mest nämnda variablerna för egenkontroll. (Se figur 7 och tabell 5.)

PS-kulturmätning hade den högsta rapportering 2011, då detta nämndes i samtliga PSB. Året därpå sjönk det till sin lägsta nivå (22 %) för att åter stiga 2013 (60 %).

En variabel som lades till 2012 är huruvida man mäter överbeläggning och/eller undvikbar slutenvård. Detta ser ut att vara på uppåtgående som en variabel för egenkontroll och kvalitetsutveckling.

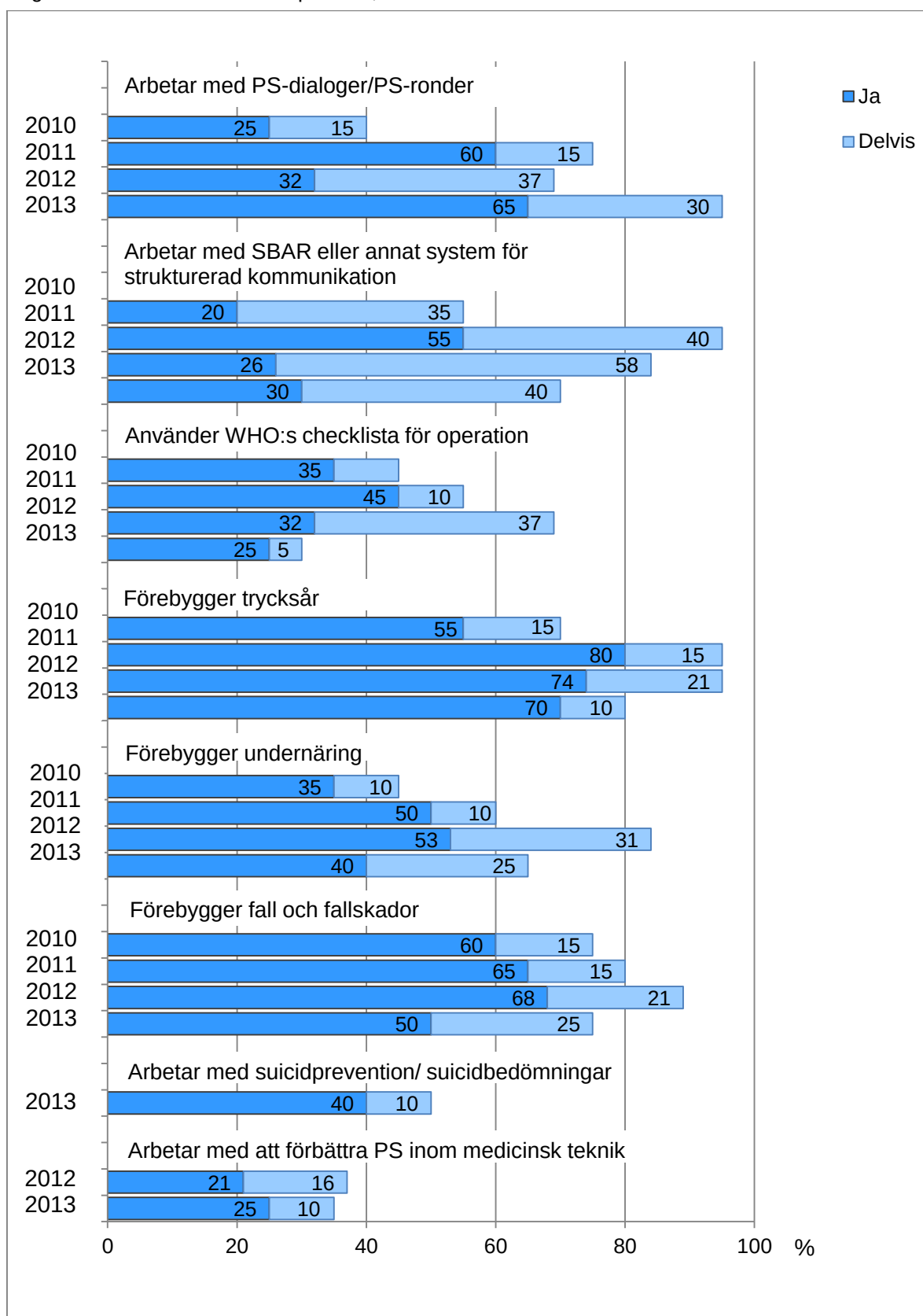
Säker vård och vårdprocess, allmänt

Många variabler handlar om att göra vården och vårdprocesserna säkrare. PS-dialoger och/eller PS-ronder nämns i 95 % av PSB 2013, vilket är den högsta nivån hittills. Däremot har rapporterad användning av SBAR (eller annat system för strukturerad kommunikation) gått ner och rapporterad användning av WHO:s checklista för operation är den lägsta sedan 2010. (Se figur 8.)

De flesta landstingen/regionerna nämner att de arbetar förebyggande för att undvika trycksår, undernäring och fall/fallskador. Det är dock en liten nedgång i rapporteringen av detta 2013. Lägst andel ses för förebyggande av undernäring. En ny variabel för förebyggande arbete är suicidprevention/suicidbedömningar. Detta är ett viktigt område då många Lex Maria-anmälningar rör just suicid och variabeln nämns i 50 % av PSB 2013.

I vår redovisning i denna grupp har vi också lagt hur man arbetar med att förbättra PS inom medicinsk teknik. Variabeln har funnits med i två år, men haft en blygsam rapporteringsgrad runt 35 % för 2012 och 2013, inklusive rapportering som bedömts som oklar eller beskriver arbete som är på väg att införas.

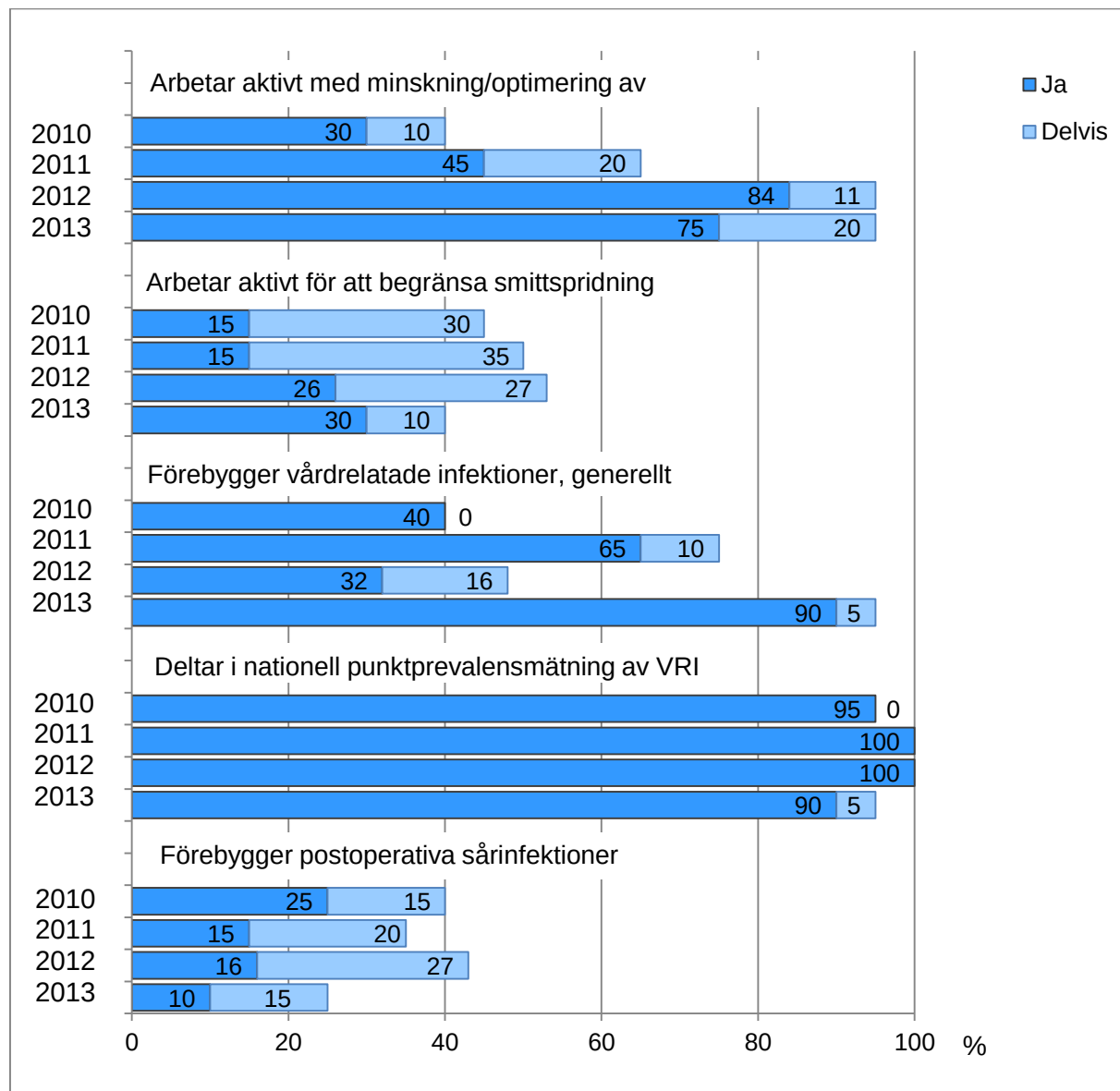
Figur 8. Säker vård och vårdprocess, allmänt – Andel PSB som beskriver variablerna



Begränsning av vårdrelaterade infektioner (VRI)

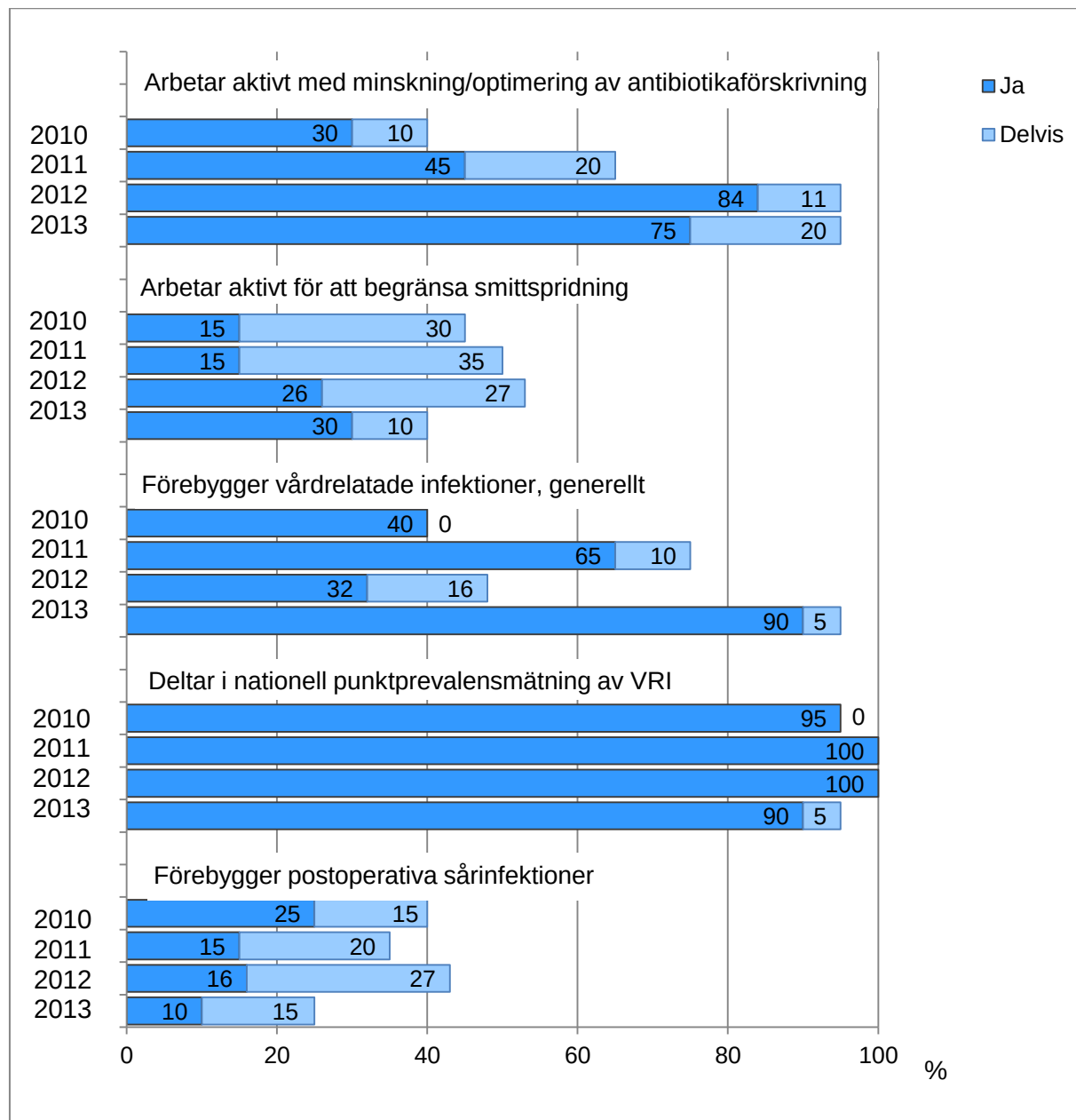
En mycket stor grupp av processvariabler rör landstingens/regionernas arbete med att begränsa vårdrelaterade infektioner (VRI). Här ingår också arbetet med att minska/optimera antibiotikaförskrivningen, vilket är ett arbete som på lång sikt kan motverka svåra infektioner. I de två senaste PSB har detta nämnts av 95 % av landstingen/regionerna. Man arbetar också aktivt för att begränsa smittspridning (MRB och annan smitta), vilket klart anges av 30 % 2013. (Se figur 9.)

Figur 9. Begränsning av vårdrelaterade infektioner (VRI) – Andel PSB som beskriver variablerna



(Figuren fortsätter på nästa sida.)

Figur 9 (fortsättning). Begränsning av vårdrelaterade infektioner (VRI) – Andel PSB som beskriver variablerna



Generellt förebyggande arbete mot VRI beskrivs av 100 % 2013 vilket kan jämföras med en relativt blygsam andel på 48 % 2012. År 2011 och 2012 angav alla att de deltar i punktprevalensmätning av VRI. Rapporteringen av detta sjönk sedan något 2013, vilket troligtvis beror på att man tar detta för givet som något som alla gör. (Se figur 9.)

Specifika förebyggande aktiviteter inom VRI redovisas för postoperativa sårinfektioner, infektioner vid centrala venösa infarter samt urinvägs- och KAD-infektioner. Andelen som rapporterat dessa aktiviteter är allmänt ganska låg och har sjunkit genom åren. I PSB 2013 var

andelen 10, 20 respektive 25 % för de tre variablerna om man bortser från delvis eller oklar rapportering.

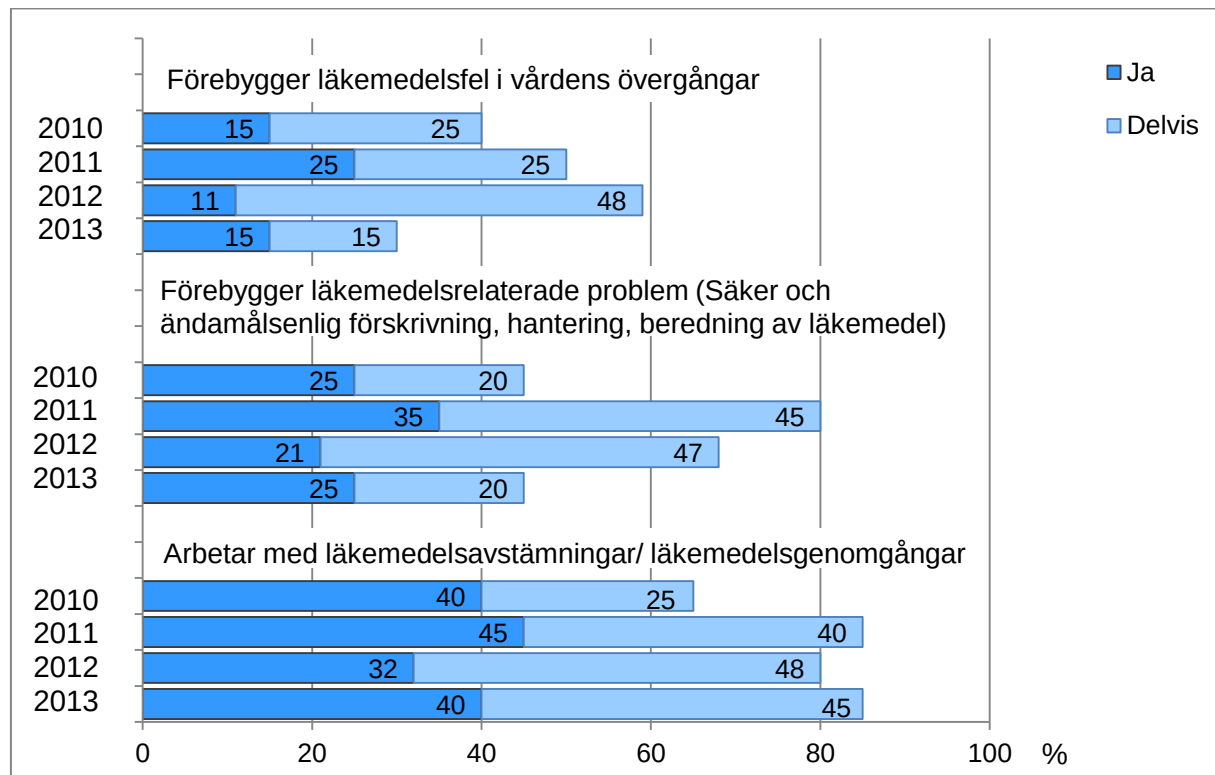
Att mäta följsamhet till basala hygien- och klädregler är ett viktigt steg för att få en hög medvetenhet och god hygienmiljö. Så gott som samtliga beskriver detta i sina PSB för samtliga fyra år. Variabeln om hygienronder eller annan aktiv hygienuppföljning har dock haft en låg rapporteringsgrad, särskilt år 2012 då endast ett landsting rapporterade att man hade sådan hygienuppföljning.

Säker medicinering och läkemedelshantering

Förskrivning av läkemedel och läkemedelshantering redovisas som en egen grupp. En variabel inom gruppen är hur och om man arbetar med att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar. Detta har dock nämnts i mycket liten grad under åren med PSB, 30 % 2013, varav 15 % tydligt rapporterar att man gör detta. Detsamma gäller för förebyggande av läkemedelsrelaterade problem, dvs. arbete för en säker och ändamålsenlig förskrivning, hantering och beredning av läkemedel. Detta nämns i 45 % av PSB 2013, varav 25 % tydligt rapporterat. (Se figur 10.)

Ingen av variablerna i gruppen har en hög tydlig rapporteringsgrad, men arbete med läkemedelsavstämningar och/eller läkemedelsgenomgångar har en hög total rapportering, 95 % i PSB 2013, varav 40 % tydligt rapporterat. Denna rapporteringsgrad har varit relativt konstant över åren.

Figur 10. Säker medicinering och läkemedelshantering – Andel PSB som beskriver variablerna



Redovisning av patientsäkerhetsarbetets resultat

Redovisningen av resultatvariabler görs som andel rapporterat, oavsett om resultatet anges i tabellform, diagram, bilder eller text och om absoluta eller relativa resultat anges. Vi har heller inte tagit särredovisat hur klart resultatet framgår även om kodning gjorts som ”ja” (rapporterat) och ”delvis” (delresultat eller otydlig rapportering). Detta gäller för 2013 års PSB såväl som för de tidigare årens PSB.

Resultatvariablerna har delats in i undergrupperna ”Vårdskador och incidenter” samt ”Kvalitetsmått”. Vårdskador och incidenter är direkta mått på patientsäkerheten, medan kvalitetsmåten är indirekta mått, dvs. resultatmått för PS-arbetet och som därmed kan betraktas som processmått för patientsäkerheten. En tredje undergrupp har lagts till för nya kvalitetsmått i 2013 års PSB-granskning, vilka kan komma att få en hög användning i framtiden. (Se tabell 6.)

Tabell 6. Översikt över resultatvariabler som framkommit i PSB åren 2010-2013 (urval)

RESULTAT

Vårdskador och incidenter

- Antal anmälan till patientskadeförsäkring
- Antal anmälningar till Patientnämnden
- Enskild anmälan till Socialstyrelsen
- Lex Maria-anmälningar
- Antal avvikelseärenden
- Frekvens av trycksår
- Frekvens av undernäring
- Antal fallskador
- Resultat från PPM av VRI

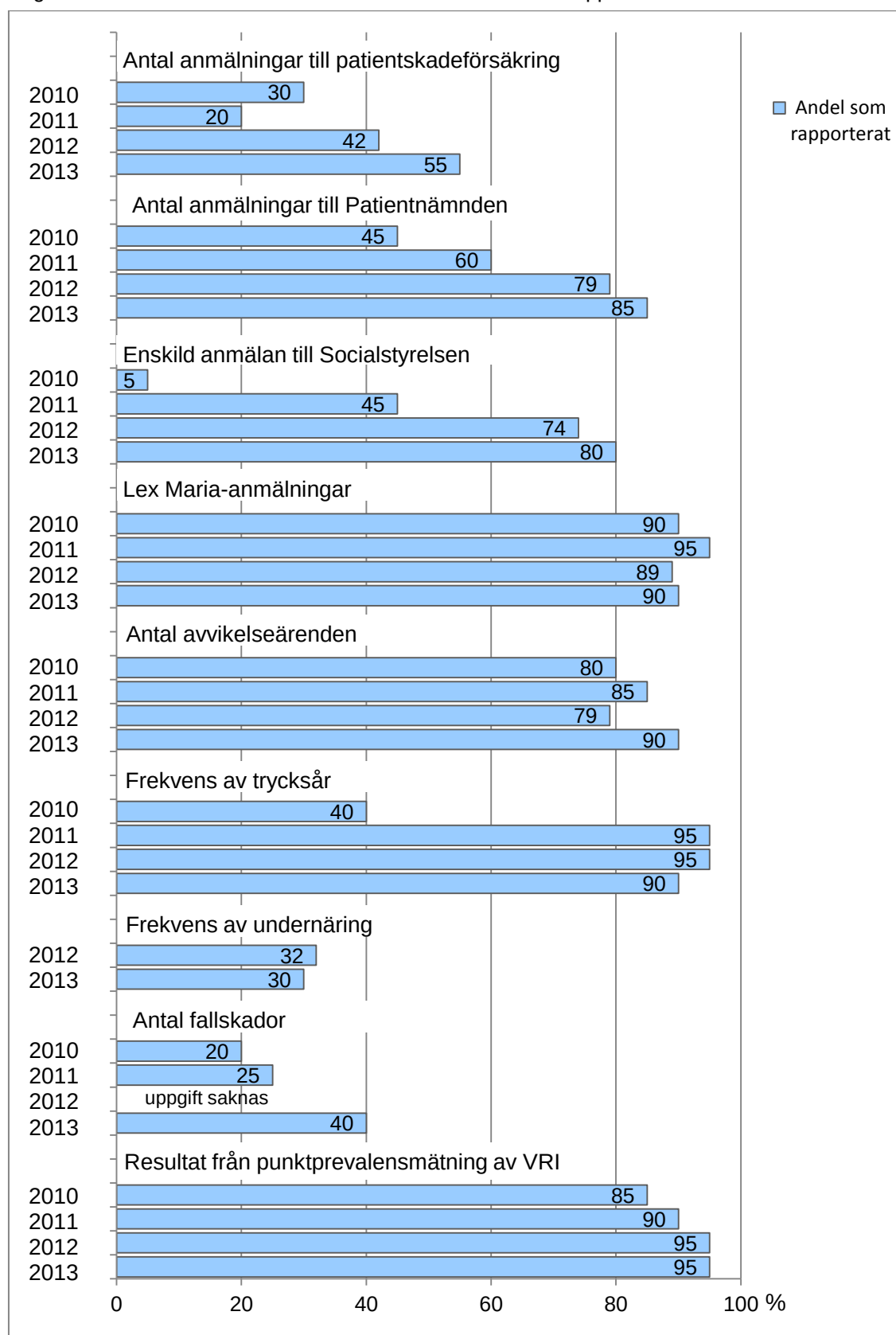
Kvalitetsmått

- Resultat från Nationella patientenkäten (NPE)
- Resultat från PS-kulturmätning
- Resultat från markörbaserad journalgranskning
- Antibiotikaförskrivning, recept/1000 invånare
- Följsamhet till basala hygien- och klädregler

Nya kvalitetsmått 2013

- Antal överbeläggningar
- Undvikbar slutenvård
- Tillgänglighet/väntetider
- Antal läkemedelsgenomgångar/ läkemedelsavstämningar
- Antal läkemedelsberättelser
- Antal riskbedömningar, Senior Alert

Figur 11. Vårdskador och incidenter – Andel av PSB som rapporterat resultat i variablerna



Vårdskador och incidenter

De flesta resultatvariablerna som rör vårdskador och incidenter har funnits med sen den första PSB-granskningen, men pga. omorganisationer av tillsynen av hälso- och sjukvården har det varit nödvändigt att delvis foga samman liknande resultat och ändra formuleringarna i variabelnamnen. T.ex. har enskilda klagomål blivit "Enskild anmälan till Socialstyrelsen" och i framtiden bör variabeln benämnas enskild anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), vilket vissa PSB-författare redan nu börjat tillämpa.

Samtliga resultatvariabler inom gruppen vårdskador och incidenter har haft en uppåtgående trend i rapporteringsgraden under de fyra åren med PSB. Undantaget är frekvens av undernäring som infördes 2012, vilken har legat konstant runt 30 %. (Se figur 11.)

Antalet anmälningar till patientskadeförsäkring har rapporterats i 55 % av PSB 2013 och motsvarande rapporteringsgrad för antal anmälningar till Patientnämnden, enskild anmälan till Socialstyrelsen och Lex Maria anmälningar är 85, 80 respektive 90 %.

Antal avvikelseärenden är ett resultatmått som bör tolkas med försiktighet, då det är svårt att avgöra om ett ökat antal beror på fler vårdskador och incidenter eller om benägenheten att registrera ärenden har ökat. Ändå är detta ett väl inarbetat och använt mått som rapporteras i 90 % av PSB 2013.

Frekvens av trycksår och antal fallskador är två vårdskademått som rapporterats i 90 respektive 40 % av PSB 2013.

Slutligen kan konstateras att resultat från punktprevalensmätning av VRI rapporteras i så gott som samtliga PSB:er (95 %) de två senaste åren.

Kvalitetsmått

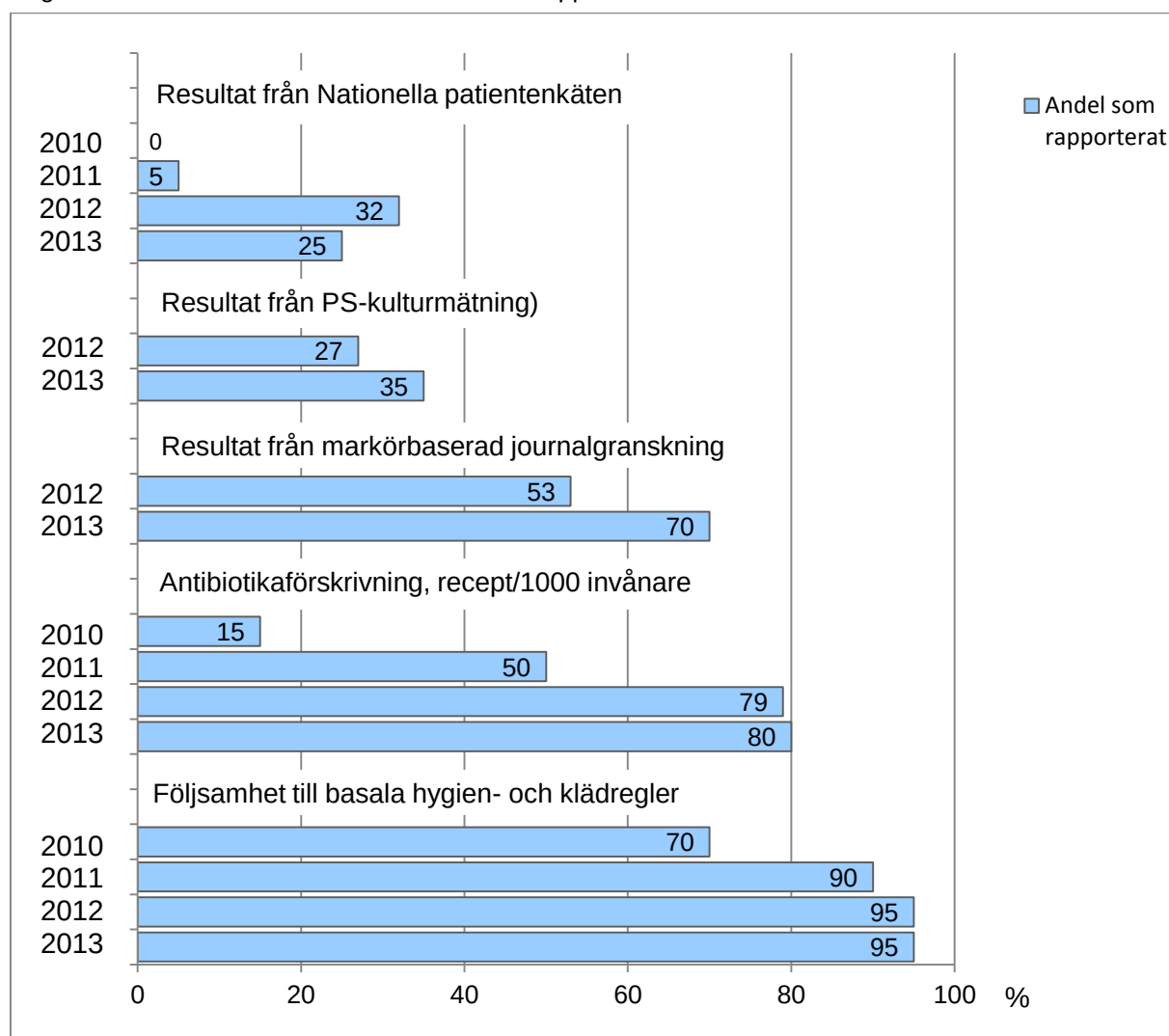
Det som här kallas kvalitetsmått avser mått på PS-arbetets och till viss del vårdens kvalitet. (Se figur 12.)

Resultat från Nationella patientenkäten anges i 25 % av 2013 års PSB, vilket är något lägre rapporteringsgrad än föregående år. Resultat från PS-kulturmätning och från markörbaserad journalgranskning har ingått i PSB-granskningarna 2012 och 2013 och har en rapporteringsgrad på 35 respektive 70 % i senaste granskningen. Båda är en klar förstärkning från föregående år.

Antibiotikaförskrivningen ska anges specifikt som recept/1000 invånare eftersom detta är ett mått i PS-överenskommelsen. Rapporteringstrenden är ökande och har stigit från 10 % 2010 till 80 % 2013.

Slutligen har följsamheten till basala hygien- och klädregler angetts av 95 % av de ingående landstingen/regionerna 2012 och 2013, vilket även det är en förstärkning från tidigare år.

Figur 12. Kvalitetsmått – Andel av PSB som rapporterat resultat i variablerna

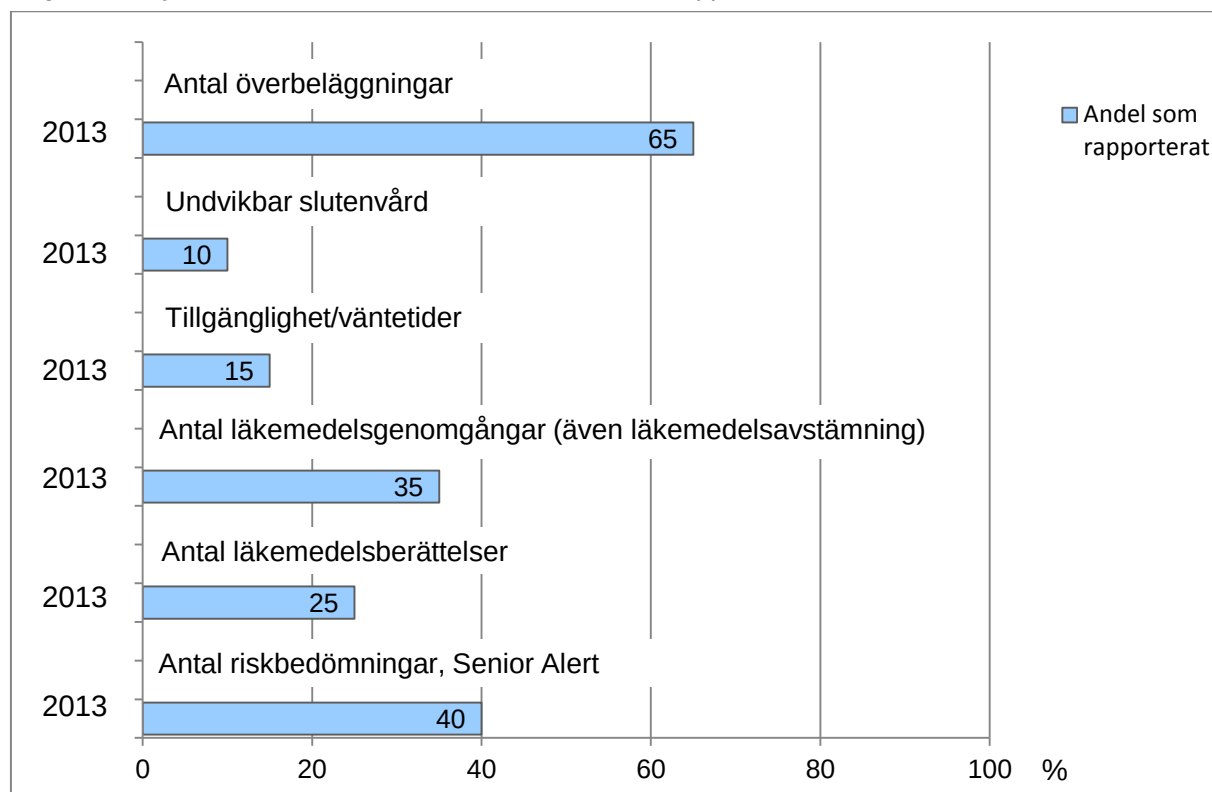


Nya kvalitetsmått 2013

Ett antal kvalitetsmått, vilka inte ingått i tidigare granskningar, förekommer i 2013 års PSB. Sex av dessa bedöms kunna få en hög användning i framtiden och presenteras därför som underlag för framtida analyser av PS-arbetets vidare utveckling. (Se figur 13.)

Överbeläggningar betraktas som en riskfaktor för uppkomst av vårdskador, därför ingår mätning av detta som en indikator i PS-överenskommelsen sedan 2012. För verksamhetsåret 2013 har resultat av mätning av överbeläggningar rapporterats i 65 % av alla granskade PSB:er. Detta är det mått i gruppen som har högst rapporteringsgrad. Övriga nya kvalitetsmått 2013 och deras respektive rapporteringsgrad är: undvikbar slutenvård 10 %, tillgänglighet/väntetider 15 %, antal läkemedelsgenomgångar (även läkemedelsavstämning) 35 %, antal läkemedelsberättelser 25 % och antal riskbedömningar i Senior Alert 45 %.

Figur 13. Nya kvalitetsmått 2013 – Andel av PSB som rapporterat resultat i variablerna



Rapportering av PS-arbetet 2010-2013 – en jämförelse mellan landsting/regioner

Resultatredovisningen i detta kapitel är en jämförelse av omfattningen av landstingens/regionernas rapportering över tid och mellan landsting/regioner. En jämförande analys har genomförts vid alla tre PSB-granskningarna och i denna rapport redovisas hela tidsserien 2010-2013. Antalet variabler som undersökts i de olika PSB-granskningarna har utökats för varje ny granskning och de flesta landstingen/regionerna har haft en uppåtgående trend i hur stor andel av dessa variabler som beskrivs.

Urval av variabler som redovisas i jämförelsen

Vi har valt ett antal variabler för den översiktliga jämförelsen mellan olika landsting/regioner. Till stor del är det samma variabler som i redovisningen av PS-arbetets struktur, process och resultat, men ingen variabel med mindre än 20 % total rapportering i PSB 2013 har tagits med i jämförelsen. Detta villkor sattes för att i jämförelsen inte gynna landsting som rapporterar många ovanliga och kanske mindre viktiga variabler.

I jämförelsen mellan landstingen redovisar vi endast om landstinget eller regionen har beskrivit en variabel i sin PS-berättelse eller inte. Detta innebär att både ”ja” och ”delvis” räknas för struktur- och processvariabler. För resultatvariablerna gäller som tidigare att rapporterat resultat räknas, oavsett om resultatet anges i tabellform, diagram, bilder eller text och om absoluta eller relativa resultat anges.

I granskningen av 2013 års PSB redovisas 62 variabler i jämförelsen, 17 strukturvariabler, 27 processvariabler och 18 resultatvariabler. I den första granskningen (2010-2011 års PSB) redovisades 36 variabler i jämförelsen, 8 struktur-, 20 process- och 8 resultatvariabler och i den andra granskningen (2012 års PSB) redovisades 52 variabler, 18 struktur-, 25 process- och 9 resultatvariabler. (Se tabell 7 och 8.)

PS-berättelsernas omfattning och täckningsgrad

I genomsnitt har 67 % av de undersökta variablerna beskrivits i 2013 års PSB. Detta är obetydligt mer än 2012 (66 %) och mindre än 2011 (71 %). Sammanställningen visar alltså ingen tydlig utveckling efter 2011. Trots att PS-överenskommelsen och SKL:s mall för att skriva PSB har inneburit en viss likriktning, så väljer landstingen/regionerna fortfarande olika omfattning och innehåll för sin PSB. (Se tabell 8.)

Av sammanlagt 62 undersökta patientsäkerhetsvariabler som ingick i den landstingsvisa jämförelsen 2013 har täckningsgraden i snitt varit 67 %. Motsvarande, sett över hela tidsspannet 2010-2013, är 63 %.

Utifrån den metod och de data vi använt i den landstingsvisa jämförelsen kan fem landsting lyftas fram som de som redovisat flest andel variabler i sina PSB, sett över alla fyra åren: Östergötland

75 %, Sörmland 72 %, Norrbotten och Dalarna 71 % och Jönköping 70 %. Skillnaden mellan landstingen/regionerna är dock inte stora och drygt hälften (11 st.) har ett resultat över 65 %.

Några landsting/ regioner uppvisade blygsamma resultat men analysen visar också att många landsting/ regioner har en uppåtgående trend från 2012 till 2013. De som ökat mest räknat i procentenheter (pe) är: Gotland 18 pe, Östergötland 13 pe, Jönköping 11 pe, Kronoberg 9 pe samt Västernorrland och Västra Götaland 8 pe vardera.

Tabell 7. Patientsäkerhetsvariabler inom struktur, process och resultat som ingår i den jämförande PSB-granskningen 2013.

STRUKTUR (17 variabler)
• Har PS-enhet/motsvarande eller beskriver sin PS-organisation på annat sätt • Har STRAMA-grupp • Har organisation för hygienarbete (enhet, personal, ombud, råd...) • Har läkemedelskommitté • Har digitaliserat avvikelshanteringssystem • Ansluten till Senior Alert • Ansluten till Svenska Palliativregistret • Har struktur eller system för återkoppling och spridning av PS-relaterad information • Använder IT-stödet NITHA • Har system för upptäckt och korrekt omhändertagande av svårt sjuk patient • Har infört IT-stödet Infektionsverktyget • Har infört NPÖ • Har system, struktur och/eller fora för samverkan/samordning med andra vårdgivare • Har system, struktur och/eller fora för samverkan/samordning inom landstinget • Har system, struktur och fora för samverkan med patienter och närstående • Beskriver Patientnämndens arbete eller samarbete med denna • Beskriver en struktur för hur man hanterar klagomål från patient/närstående
PROCESS (27 variabler)
• Handlingsplan utifrån PS-kulturmätning • Handlingsplan utifrån punktprevalensmätning av trycksår • Deltar i den nationella patientenkäten • Arbetar med händelseanalys • Arbetar med riskanalys • Arbetar med markörbaserad journalgranskning • Mäter förekomst av trycksår • Mäter PS-kultur • Mäter överbeläggning och undvikbar slutenvård • Använder PS-dialoger/PS-ronder • Arbetar med SBAR eller annat system för strukturerad kommunikation • Använder WHO:s checklista för operation • Förebygger trycksår • Förebygger undernäring • Förebygger fall och fallskador

- Arbetar med att förbättra PS inom medicinsk teknik
- Arbetar aktivt med minskning/optimering av antibiotikaförskrivning
- Arbetar aktivt för att begränsa smittspridning/MRB och annan smitta
- Deltar i nationell punktprevalensmätning av VRI
- Förebygger postoperativa sårinfektioner
- Förebygger infektioner vid centrala venösa infarter
- Förebygger vårdrelaterade urinvägsinfektioner och KAD-infektioner
- Mäter följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Arbetar med hygienronder eller annan aktiv hygienuppföljning
- Förebygger läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Förebygger läkemedelsrelaterade problem
- Arbetar med läkemedelsavstämningar/läkemedelsgenomgångar

RESULTAT (18 variabler)

- Antal anmälningar till patientskadeförsäkring
- Antal anmälningar till Patientnämnden
- Enskild anmälan till Socialstyrelsen
- Lex Maria-anmälningar
- Antal avvikelseärenden
- Frekvens av trycksår
- Frekvens av undernäring
- Antal fallskador
- Resultat från punktprevalensmätning av VRI
- Resultat från Nationella patientenkäten
- Resultat från PS-kulturmätning
- Resultat från markörbaserad journalgranskning
- Antibiotikaförskrivning, recept/1000 invånare
- Följsamhet till basala hygien- och klädregler
- Antal överbeläggningar
- Antal läkemedelsgenomgångar (även läkemedelsavstämning)
- Antal läkemedelsberättelser
- Antal riskbedömningar, Senior Alert

Tabell 8. Andel (%) av undersökta patientsäkerhetsvariabler totalt inom struktur, process och resultat som beskrivits fullständigt eller delvis i PS-berättelserna år 2010- 2013. Tabellen är sorterad efter landstingens/regionernas genomsnittliga rapportering för de fyra åren.

Landsting/region	2010 (36 variabler)	2011 (36 variabler)	2012 (52 variabler)	2013 (62 variabler)	Genomsnitt %
Östergötland	61	72	77	90	75
Sörmland	56	89	68	75	72
Norrbottn	67	64	74	81	71
Dalarna	64	72	78	71	71
Jönköping	50	75	72	83	70
Region Skåne	72	86	54	60	68
Kronoberg	44	72	72	81	67
Värmland	56	75	71	63	66
Blekinge	39	78	73	75	66
Västerbotten	61	78	62	63	66
Gävleborg	56	69	67	71	66
Örebro	67	72	61	57	64
Kalmar	42	64	66	68	60
Västmanland	28	72	65	71	59
Västernorrland	47	56	62	70	59
Jämtland	44	64	70	56	58
Halland	44	64	-	59	56
Västra Götaland	36	67	55	63	55
Stockholm	-	-	53	-	53
Uppsala	47	81	-	24*	51
Gotland	19	44	47	65	44
Medelvärde per år	50	71	66	67	63

* Uppsala har valt att lägga de enskilda förvaltningarnas PSB som bilagor till den sammanhållna PSB:n. Bilagorna har inte ingått i granskningen, vilket kan förklara den låga andelen rapporterade variabler.

Diskussion

PS-berättelsernas utveckling och täckningsgrad av viktiga PS-faktorer

Jämfört med tidigare år har fokus i PSB 2013 riktats mer mot resultat och egenkontroll. Tidigare angav man främst att man mäter och registrerar olika saker, medan man nu även anger resultat från de olika mätningarna. Vidare har man också börjat uppmärksamma ledningens roll för att höja säkerheten, även om många också påpekar att ansvaret för att bedriva en säker vård ligger hos enskilda medarbetare.

Arbetet med att skriva och sammanställa PSB visar en klar utveckling sedan den första granskningen 2010-2011, men tittar man på omfattningen av vad som rapporteras i PSB syns en viss stagnation sedan 2011. I PSB-granskningen för år 2010 var skillnaden mycket stor mellan de olika landstingen/regionernas PSB. En vägledning för arbetet efterfrågades och året därpå tog SKL fram en mall som gav vårdgivarna tydligare riktlinjer att följa vid sammanställningen av sina PSB:er. Man började också alltmer att följa PS-överenskommelsens grundläggande krav och indikatorer för prestationsbaserad ersättning samt övriga viktiga PS-områden som anges i överenskommelsen.

PS-överenskommelsens grundläggande krav och indikatorer för prestationsbaserad ersättning har i hög grad påverkat vad som tas upp i PSB:n, men ofta redogörs detta som intentioner att förbättra PS-arbetet och som identifierade förbättringsområden. Ett exempel är införandet av NPÖ där en hög andelen av landstingen/regionerna angav att NPÖ var på väg att införas 2012, vilket sedan inte infriades i rapporteringen för 2013.

PSB-mallen förtydligades ytterligare till år 2012, med rubriker, förklarande text och exempel. Så gott som samtliga landsting använder eller har inspirerats av denna mall, vilket framgår av att flera av de önskvärda rubrikerna som specificerats i mallen kunnat återfinnas i PSB:erna för verksamhetsåren 2012 och 2013. Någon högre grad av samstämmighet i vad som rapporteras verkar dock inte ha blivit resultatet av den höga användningen av PSB-mallen. En reflektion som gjordes redan i granskningen av 2012 års PSB var att innehållet inte alltid motsvarade rubrikerna, t.ex. i det fall där rubriken avsåg samverkan med patienter och anhöriga, kunde man ange att patientmedverkan är viktigt för patientsäkerheten, utan att specificera några strukturer eller faktiska aktiviteter. Vidare kunde samma information upprepas under flera olika rubriker. Detta problem kvarstår till viss del även i 2013 års PSB, vilket gjort att omfånget av vissa PSB inte motsvarar antalet viktiga PS-variabler som rapporteras.

Granskningen visar att PSB:n 2013 har en något högre täckningsgrad av variabler jämfört med 2012 och att det skett en klar förbättring jämfört med 2010. Högst andel rapporterade variabler nåddes dock 2011, men eftersom uppsättningen variabler inte varit identiska för de olika granskningarna är siffrorna bara delvis jämförbara och det går inte att dra slutsatsen att en försämring skett sedan 2011. En eventuell stagnation kan bero på att man redan nått en hög nivå av rapportering av de mest relevanta PS-faktorerna.

Det förekommer att vissa struktur- och processvariabler med tiden anses mer eller mindre självklara och därför inte tas med. T.ex. har rapporteringen av att man arbetar med händelseanalys sjunkit markant från 84-95 % till 50 % 2013. Samtidigt har andra, mer aktuella fokusområden, lagts till. Vidare har resultatrapporteringen utvecklats över tid mot ett allt större antal variabler. Hittills har ett ökande antal PS-parametrar mätts och kontrollerats, men troligen kommer det stora antalet av olika parametrar som ska mätas och registreras att behöva begränsas för att vara hanterbart.

Ledning och egenkontroll

De två senaste upplagorna av landstingens/regionernas PSB har lyft fram ledningens roll för PS-arbetet. Aktuella begrepp är t.ex. ledningssystem, handlingsplaner och egenkontroll. Detta har därför fått en mer framträdande plats i 2013 års PSB-granskning.

Hela 25 % rapporterar att man arbetar med PS enligt ett samlat ledningssystem och 65 % nämner att man arbetar med att införa detta. Frågan har inte aktualiserats genom PS-överenskommelsen eller PSB-mallen, men influenser från Socialstyrelsen kan ha medverkat till intresset för ledningssystem.

Ett annat ledord i den senaste upplagan av PSB:n är kunskapsstyrning, vilket ofta nämns i samband med evidens och EBM. Kunskapsstyrning och/eller EBM togs upp i över hälften av 2013 års PSB och man vill visa att man eftersträvar en alltigenom evidensbaserad praktik med hög säkerhet.

PSB:n kan bistå vårdgivaren med struktur, systematik och översikt över PS-arbetet. Detta gör att man lättare kan arbeta fram relevanta handlingsplaner och omsätta dessa i aktiva åtgärder. Jämförelser med andra landstings/regioners PSB:er kan också vara ett hjälpmedel för att identifiera brister eller utvecklingsområden i det egna PS-arbetet.

Det framkom i granskningen att många av de mest frekvent rapporterade variablerna i PSB:erna också ses som områden för egenkontroll och kvalitetsutveckling. Samtliga landsting/regioner har, mer eller mindre detaljerat, beskrivit indikatorer för egenkontroll. Att kombinera PSB-rapporteringen med övrig uppföljning av mål och resultat skulle därför kunna vara en omöjlig väg att optimera arbetsinsatser och nyttan av arbetet med PSB:n.

Samordning och samverkan

Samordning av vårdprocesser internt och externt samt samverkan med patienter och närstående är två områden där strukturen förefaller vara ganska löst sammansatt. Man anger ofta att detta är prioriterade områden, men de sju variabler som rör dessa områden har beskrivits i liten omfattning och är i de flesta PSB:er ganska vagt beskrivna. Undantaget är system, struktur och/eller fora för samverkan med patienter och närstående där 85 % av landstingens/regionerna anger att de har det eller att det är på gång. Lite motsägelsefullt är det samtidigt ett fåtal som beskriver någon struktur för hur man hanterar klagomål från patienter och närstående. Samverkan och återkoppling runt klagomål kan tyckas vara viktigt både för patientens vårdupplevelse och för kvalitetsutvecklingen i vården, men många landsting/regioner väljer att enbart beskriva hur klagomål slussas vidare till t.ex. Patientnämnden eller IVO. Det har därför varit svårt att se om hanteringen av klagomål sker på ett strukturerat sätt i samverkan med patienter och närstående.

PS-berättelsernas betydelse i arbetet för en säkrare vård

PS-berättelserna har bidragit till att PS-arbetet har fått ökat fokus och att medvetenheten om PS-relaterade problem har skärpts. Målet för PSB:n har kanske framförallt varit att redovisa och synliggöra PS-frågorna och det PS-relaterade arbetet, men det kan också, som vi sett, vara ett hjälpmedel för styrning och ledning. I PSB:n och i jämförelser med andras PSB:er blir det konkret vad som behöver göras och vilka förbättringsmöjligheter som finns i det egna landstinget/regionen.

Att man redovisar olika variabler för uppföljning av mål och resultat är inte förvånande. På kort tid har de PS-relaterade åtgärderna och mätningarna ökat markant och även om landstingen/regionerna har mycket gemensamt i sina PSB:er, så har man satt fokus på delvis olika områden. Kanske har utvecklingen gått så fort att det blir svårt att utföra allt utan att få undanträngningseffekter någon annanstans bland vårdens många uppgifter.

Helt klart kan PSB:n vara en källa till kunskap och ett bra underlag för dialog om patientsäkerhet. Men om PSB:n ska kunna användas för att utöva tillsyn över PS-arbetet, så är vi inte riktigt framme än. Det är fortfarande svårt att få en tydlig bild av vad som faktiskt görs inom olika landsting/regioner och rapporteringen varierar både i form och mängd. Dessutom kan man skönja en viss ”rapporteringströtthet” i vissa PSB:er, vilken visar sig som slentrianmässig användning av fördefinierade rubriker samt ett stort antal upprepningar och utfyllnad med icke-relevant information. Alla landsting/regioner verkar inte ha integrerat PSB:n som ett instrument eller hjälpmedel i PS-arbetet, men de allra flesta har sammanställt informativa och välstrukturerade rapporter. Mot bakgrund av den utveckling som skett av PSB:n, under en relativt kort tid, kan man förmoda att den kommer att fortsätta utvecklas i en pågående dynamisk process i många landsting/regioner och med tiden få en allt viktigare roll i arbetet med att åstadkomma en säkrare vård.

Referenser

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

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

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

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

Patientsäkerhetslag (2010:569). Stockholm: Socialdepartementet

Ridelberg M, Carlfjord S, Nilsen P och Roback K. *Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser – Systematisk sammanställning och jämförande analys av uppgifter inrapporterade från vårdgivare i Sverige för åren 2010, 2011 och 2012*. Socialstyrelsen, 2014. Bilaga 2 till rapport 2014-4-7.

Socialdepartementet. Patientsäkerhetssatsning 2011 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. 2010.
www.regeringen.se/content/1/c6/15/85/04/06ca8a2e.pdf. Sidan senast besökt 2014-12-16.

Socialstyrelsen, 2014.

www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/ledningssystem/patientsakerhetsberattelse. Sidan senast besökt 2014-12-16.

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