

Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-4-1.
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2015

Förord

I juni 2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att årligen, under perioden 2013–2015, rapportera läget inom patientsäkerhetsområdet. De årliga rapporterna är en del i regeringens satsning för att minska antalet vårdskador. Detta är den tredje lägesrapporten i serien. Den är framtagen i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting och innehåller indikator-baserade 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 främst utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet för den somatiska slutenvården. Psykiatrisk vård och primärvård beskrivs i begränsad omfattning eftersom det inte finns underlag i register på samma sätt som för slutenvården.

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

Rapporten har utarbetats av sakkunnig Carina Skoglund (projektledare) och utredare Eva Löf. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Styrning och ledning	11
Nationellt ramverk för patientsäkerhet	11
Patientsäkerhet i landstingens ledningssystem	12
Patientsäkerhetsberättelse	15
Landstingens patientsäkerhetsarbete	20
Rapportering från patienter och vårdgivare	24
Patientsäkerhetskultur i vården	31
Mätning av patientsäkerhetskultur	31
Patientens delaktighet	40
Nationell patientenkät	40
Kompetens	44
Patientsäkerhetsutbildning i landstingen	44
Patientsäkerhet i vissa universitets- och högskoleutbildningar	49
Risk- och vårdskadeområden	51
Markörbaserad journalgranskning	52
Indikatorer från öppna jämförelser	59
Vårdrelaterade infektioner	60
Basala hygienrutiner och klädregler	65
Antibiotikaanvändning	69
Resistensutveckling	72
Landstingens styrning av städning i vårdlokaler	73
Läkemedelshantering och användning	76
Äldre och läkemedel	79
Trycksår	85
Överbeläggningar och utlokaliseringar	96
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet inom psykiatri	102
Slutsatser och diskussion	106
 Appendix: Landstingsvisa jämförelser	 109
Referenser	133
Bilaga 1 Projektorganisation	137
Bilaga 2 Landstingens och regionernas patientsäkerhetsberättelser	138
Bilaga 3 Patientsäkerhetsberättelsen – enkätstudie	139

Sammanfattning

I denna tredje redovisning av patientsäkerhetsutvecklingen är fokus på perioden 2010–2014. Rapporten visar bland andra följande resultat:

- Antalet allvarliga undvikbara skador som innebär att patienten får bestående men eller avlider är på en betydligt lägre nivå jämfört med Socialstyrelsens vårdskadestudie 2008. Cirka 3 000 patienter bedöms få bestående men av varierande allvarlighetsgrad jämfört med tidigare cirka 10 000 patienter och vårdskador som bidragande orsak till att patienten avlider är drygt 1 400 jämfört med tidigare cirka 3 000. Trots minskningen i antalet allvarliga vårdskador och vårdskador som bidrar till dödsfall drabbas nästan var tionde patient av en vårdskada.
- Vårdrelaterade infektioner är det vanligaste skadeområdet i markörbaserad journalgranskning. Punktprevalensmätningarna visar ingen minskning för riket som helhet, knappt nio procent, med en variation mellan landstingen på 5–13 procent. Skillnaderna indikerar att andelen vårdrelaterade infektioner kan minska och att det förebyggande arbetet därför måste utvecklas ytterligare.
- Mätningarna av patientsäkerhetskultur visar att medarbetarna upplever förbättringsbehov inom flera områden, bland annat högsta ledningens stöd och benägenheten att rapportera risker och avvikelser. Om medarbetarna inte rapporterar risker och avvikelser förloras en viktig grund för förbättringsarbete.
- Användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre har minskat. Det är väsentligt att fortsätta förbättra läkemedelsbehandlingen hos äldre eftersom drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, varav cirka 60 procent bedöms vara möjliga att förebygga.
- Landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete har utvecklats och kunskapen om vårdskadornas omfattning och typ har ökat.
- Landstingens patientsäkerhetsutbildningar uppvisar stor variation avseende struktur och systematik.

Socialstyrelsens anser att utvecklingen går åt rätt håll men det är fortsatt stora regionala skillnader. Patientsäkerhetskulturen måste förändras och är i hög grad en ledningsfråga. Det är anmärkningsvärt att patientsäkerhet inte är helt integrerat i landstingens ledningssystem mer än tre år efter patientsäkerhetslagens (2010:659) ikraftträdande.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen lämna en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet (S2010/9220/FS).

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Bristande patientsäkerhet orsakar vårdskador, vilket medför både mänskligt lidande och betydande kostnader för samhället. Denna tredje lägesrapport beskriver utvecklingen av patientsäkerheten utifrån tillgängliga indikatorer inom den somatiska vården, den psykiatriska vården och primärvården i enlighet med uppdraget. Socialstyrelsen har samrått med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I rapporten redovisas resultaten med fokus på den landstingsfinansierade vården och det är i första hand patientsäkerhetsutvecklingen under perioden 2010–2014 som redovisas.

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

Överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet

För att stimulera arbetet för ökad patientsäkerhet hade staten och SKL en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet för perioden 2011–2014. Överenskommelsen syftade till att intensifiera patientsäkerhetsarbetet med ekonomiska incitament och att sätta patientens behov i centrum.

De områden som lyftes fram i överenskommelsen var patientsäkerhetskultur, patientmedverkan, e-hälsa, läkemedelsanvändning, antibiotikaanvändning, vårdrelaterade infektioner och överbeläggningar.

Förslag till nationell strategi för patientsäkerhet

Socialstyrelsen överlämnade 2013 på regeringens uppdrag (S2010/9054/FS) ett förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Förslaget till nationell strategi har fem långsiktiga och patientfokuserade mål som visar inriktningen för Socialstyrelsens arbete:

- God patientsäkerhetskultur i vården
- Patienten är delaktig i sin vård och behandling
- Minskat antal frekventa eller allvarliga vårdskador
- Rätt kompetens vid rätt tillfälle
- Ökad kunskap om effektiva insatser.

Det övergripande målet med strategin är att antalet vårdskador minskar till noll. Vården ska kännetecknas av en god patientsäkerhetskultur och av patientens delaktighet och medverkan, där vårdskador förhindras genom en aktivt riskförebyggande verksamhet. Förslaget innefattar mål och insatsområden som är av nationellt intresse (dnr 20805/2011).

Indikatorer och datakällor

Rapporten redovisar två huvudkategorier av indikatorer. Den ena är indikatorer som åskådliggör i vilken utsträckning patienter har drabbats av skador som bedöms vara möjliga att undvika, det vill säga vårdskador. I denna huvudkategori ingår också indikatorer för riskområden där vårdskador kan uppkomma om åtgärder inte vidtas. Den andra huvudkategorin är indikatorer för det arbete som pågår i landstingen i syfte att förebygga vårdskador.

De flesta indikatorerna belyser patientsäkerhet ur vårdgivarnas och professionens perspektiv. Socialstyrelsens ambition har varit att även redovisa indikatorer som speglar patienternas och de närståendes perspektiv på patientsäkerhet och vårdskador. Här finns dock inte nationella datakällor i samma omfattning, vilket gör att området endast kan redovisas i begränsad utsträckning.

Datakällor

Till första lägesrapporten 2013 kartlade Socialstyrelsen de indikatorer som tidigare hade tagits fram eller föreslagits för att belysa patientsäkerheten. Följande publikationer beaktades vid kartläggningen:

- 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*.

De resultat som redovisas i denna rapport kommer huvudsakligen från följande källor:

- Överenskommelserna om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL för åren 2011, 2012, 2013 och 2014. De resultat som landstingen har uppnått med anledning av överenskommelserna har rapporterats av SKL. Det gäller även vissa andra resultat och pågående aktiviteter som presenteras i rapporten.
- *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvården 2014*, *Öppna jämförelser 2014 Läkemedelsbehandlingar* och *Öppna jämförelser 2014. Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*. Öppna jämförelser redovisar årligen indikatorbaserade jämförelser mellan landsting, och många av kvalitetsindikatorerna återspeglar brister i patientsäkerheten. I denna rapport återges ett urval indikatorer som illustrerar förekomsten av skador och komplikationer alternativt riskområden för att skador kan uppkomma.
- Folkhälsomyndighetens *Utvärdering av antibiotikaförskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer*.

Vidare har Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Inera, Patientförsäkringen LÖF samt rapportering från patientnämnder bidragit till innehållet i rapporten.

Granskningar av patientsäkerheten inom specifika områden

Socialstyrelsen har i enlighet med uppdraget granskat patientsäkerheten inom specifika områden. I rapporten presenteras resultaten när det gäller landstingens ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete, landstingens patientsäkerhetsberättelser, landstingens styrning av städning i vårdlokaler, och patientsäkerhetsutbildningar i landsting och regioner.

Kort om dispositionen

I löpande text, tabeller och figurer används benämningen landsting för både landsting och regioner. Överenskommelsen mellan staten och SKL om förbättrad patientsäkerhet benämns patientsäkerhetsöverenskommelsen. Figurerna är i huvudsak liggande stapeldiagram där landstingen placerats i fallande ordning utifrån senaste mätvärdet, om inget annat nämns. I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i figuren är ett bättre utfall än en lägre placering.

Årets rapport har fått en ny disposition och bygger väsentligen på målområdena i Socialstyrelsens förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Syftet med detta är att illustrera hur indikatorerna knyter an till de målområden som i förslaget bedömdes som viktigast att utveckla på nationell nivå, men syftet är också att belysa inom vilka målområden det kan behövas ytterligare utveckling av fler nationella indikatorer. I rapporten finns ett appendix med landstingsvisa jämförelser och metodbeskrivningar.

Styrning och ledning

Resultat i korthet

- Patientsäkerhetsarbetet är enligt vårdgivarna mer integrerat i ledningssystemet jämfört med undersökningen 2012. Integreringen är högst inom området anmälningsskyldighet och lägst inom bemyndigande, som innefattar att sprida och förankra föreskrifter.
- Patientsäkerhetsberättelserna innehåller bättre beskrivningar av patientsäkerhetsarbetet och en ökad redovisning av resultatvariabler, men beskrivningen av struktur- och processvariablerna har i delar blivit lite sämre.
- SKL:s egna bedömning visar att fyra landsting har nått den högsta nivån på den femgradig skala som SKL använder. Den högsta nivån innebär att landstingen arbetar långsiktigt och systematiskt i tillämpning av angreppssätt på många områden. Mål och strategier finns kopplat till resultat och angreppssätt.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, och där förtydligas att vårdgivaren eller den som bedriver verksamheten ska ha ett systematiskt förbättringsarbete. Verksamheten ska göra riskanalyser och egenkontroller samt utreda klagomål och synpunkter, och använda informationen för att förbättra processer och rutiner.

Enligt PSL ska vårdgivarna årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska ange hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits det senaste året, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts. Berättelsen ska vara ett instrument för att ge vårdgivaren bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och för att informera om detta till patienter, allmänhet och andra vårdgivare. Den är också tänkt att vara ett underlag för tillsynen.

Nationellt ramverk för patientsäkerhet

SKL har tagit fram ett nationellt ramverk för patientsäkerhet tillsammans med representanter från landsting och kommuner [1].

Syftet med ramverket är att skapa en helhetsbild över patientsäkerhetsområdet och en struktur för patientsäkerhetsarbetet. Ramverket tydliggör de förhållningssätt och aktiviteter som behövs för att öka patientsäkerheten och kan då även fungera som stöd vid prioritering av det fortsatta patientsäkerhetsarbetet.

Indelning i tre perspektiv

Ramverket tydliggör tre viktiga perspektiv för en säker vård. Vården ska vara

- patientfokuserad
- kunskapsbaserad
- organiserad för patientsäkerhetsarbete.

Med patientfokuserad avses att patienten har kunskap, förståelse och insikt, vilket är förutsättningar för patientens delaktighet i och inflytande över sin hälsa, vård och behandling. Kunskapsbaserad innebär ett systematiskt lärande där kunskap och erfarenheter från patienter, profession och forskning vägs samman. Slutligen innebär organiserad för patientsäkerhetsarbete att det finns utarbetade rutiner och en tydlig struktur med ansvar och rollfördelning.

Tydlighet för vårdens nivåer

För att patientsäkerhetsarbetet ska bli framgångsrikt krävs insatser på olika nivåer i hälso- och sjukvårdsorganisationen. De olika nivåerna måste förstå sin roll i patientsäkerhetsarbetet och veta hur andra aktörer på samma eller annan nivå påverkar patientsäkerheten. I ramverket har perspektiven delats in i tre nivåer:

- hälso- och sjukvårdspersonalen (mikronivån)
- den verksamhetsnära ledningen (mesonivån)
- den högsta strategiska ledningen (makronivån).

Ramverket innehåller förslag på åtgärder inom respektive perspektiv och nivå. För ett antal av de föreslagna åtgärderna finns exempel på metoder och verktyg som är framtagna specifikt för att förebygga vårdskador.

Ramverket kan vara ett stöd till att identifiera om verksamheten har bra rutiner eller behöver förstärka med insatser inom något perspektiv respektive nivå. Ramverket kan också vara ett stöd när verksamheterna ska upprätta ledningssystem för patientsäkerhet eftersom det är indelat i ansvar och åtgärder på olika nivåer i organisationen.

Patientsäkerhet i landstingens ledningssystem

Inledning

Lagstiftningen innehåller krav på att vårdgivarna ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och stärka patienters och närståendes ställning och delaktighet i vården. Socialstyrelsen genomförde 2009–2010 en enkätunder-

sökning av vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet [2]. Resultaten visade på flera brister i de övergripande ledningssystemen.

År 2012 gjorde Socialstyrelsen ytterligare en enkätundersökning [3] för att följa upp kraven på att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete utifrån PSL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet var att se om kraven hade införts i vårdgivarnas övergripande ledningssystem och utvecklats över tid. Socialstyrelsen upprepade undersökningen 2014 och skickade då ut en enkät som var identisk med den som användes 2012. Enkäten sändes ut till styrelserna i landstingen, som nedan benämns vårdgivare.

Enkätuppföljning

För att stödja vårdgivarna i arbetet med att uppfylla lagkraven har SKL utarbetat vägledningen *Att styra och leda för ökad patientsäkerhet* [4]. Socialstyrelsens frågor i enkätundersökning 2012 och 2014 utgick från den och berörde fem områden:

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

Varje fråga utgick från ett påstående om innehållet i ledningssystemet, till exempel "Ledningssystemet beskriver övergripande strategier och mål för patientsäkerhetsarbetet"¹. En femgradig skala, där 1 står för inte alls, och 5 för helt och hållet, användes för att ange hur väl påståendet överensstämde med verksamhetens ledningssystem. En kortversion av enkätfrågorna visas i tabell 18 i appendixet tillsammans med utfallet redovisat per landsting.

Vårdgivarnas bedömning

Samtliga vårdgivare besvarade enkäten, och svaren visar att det genomsnittliga utfallet i riket för samtliga frågor har ökat till 4,1 från 3,7 mellan 2012 och 2014. I redovisningen av de olika frågeområdena presenteras utfallet för enkäten 2014 och 2012 anges inom parentes.

I tabell 1 redovisas vårdgivarnas sammantagna bedömning av de olika frågeområdena i enkäten med medelvärde för svaren 2014 jämfört med svaren 2012. I textavsnittet som belyser de olika frågeområdena redovisas medelvärde för den aktuella frågan inom parentes för 2014 respektive 2012.

¹ Enkäten i helhet; dnr 5.3–6629/2014

Tabell 1. Vårdgivarnas sammantagna bedömning av patientsäkerhetsarbetets integrering i landstingens ledningssystem 2012 och 2014

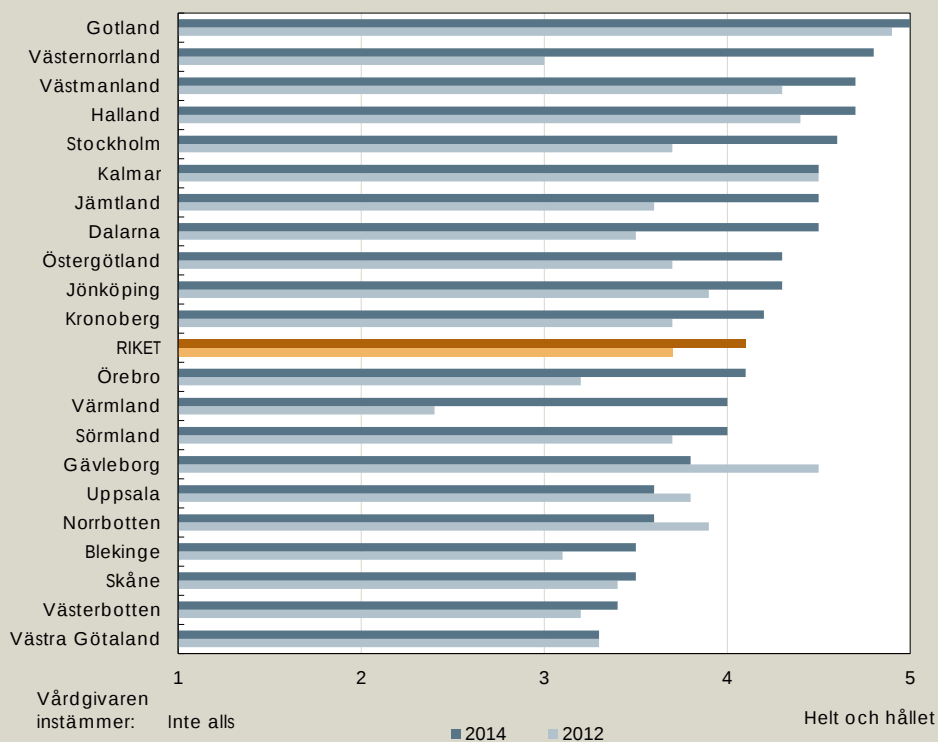
Medelvärden och differens för grupperade frågor skala 1–5.

Fråga	Område	2012	2014
1–10	Allmänna bestämmelser	3,5	4,0
11–14	Anmälningsskyldighet	3,9	4,5
15–21	Informationsskyldighet vid skador	3,9	4,2
22–30	Dokumentationsskyldighet	3,7	4,2
31	Bemyndigande m.m.	2,6	3,4

Källa: Enkät Att styra och leda för ökad patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 1 visar vårdgivarnas bedömningar presenterat som ett medelvärde av de 31 frågorna i enkäten 2012 och 2014.

Figur 1. Medelvärde för samtliga frågor i enkät om patientsäkerhetsarbete i landstingens ledningssystem 2012 och 2014



Källa: Enkät Att styra och leda för ökad patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Allmänna bestämmelser

Fler än hälften av alla vårdgivare instämde i att ledningssystemet helt och hållet beskriver strategier, mål, roller och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet och rutiner för händelseanalyser.

Vårdgivarna bedömde att ledningssystemen i viss utsträckning beskriver hur patienter och närstående kan medverka i patientsäkerhetsarbetet och hur deras erfarenheter och synpunkter på vården tas till vara (3,6 respektive 2,9). Vårdgivarna bedömde vidare att ledningssystemet i viss utsträckning beskriver kompetensutvecklingen inom patientsäkerhet och arbetet för att stärka verksamheternas patientsäkerhetskultur (3,5 respektive 3,2).

Anmälningsskyldighet och information till patienten

Anmälningsskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömdes i hög utsträckning vara beskriven i ledningssystemet (4,9 respektive 4,6). Särskilt utmärkande var resultatet gällande vårdskador och risker: 18 av 21 vårdgivare svarade att det var helt och fullt beskrivet i ledningssystemet hur allvarliga vårdskador och risker för allvarliga vårdskador ska anmälas till IVO, och vem som ska göra det. Vårdgivarna bedömde även att ledningssystemen i hög utsträckning beskriver hur vårdskador ska definieras (4,4 respektive 4,3) samt hur och vem som kommunicerar med patienten eller dennes närstående när en vårdskada har inträffat (4,5 respektive 4,3).

Dokumentationsskyldighet och bemyndigande

Vårdgivarna bedömde att ledningssystemen i hög utsträckning beskriver hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet var fördelat (4,5 respektive 4,2), hur arbetet skulle följas upp (4,4 respektive 4,2) och hur patientsäkerhetsberättelserna skulle utformas (4,3 respektive 4,1), medan ledningssystemet i viss utsträckning beskriver rutiner för samverkan internt och med andra vårdgivare för att tillgodose patientens behov av säker vård (3,7 respektive 3,3).

Rutinerna för egenkontroll, det vill säga regelbundna uppföljningar av patientsäkerhetsarbetets resultat och effekter, bedömdes av vårdgivarna vara beskrivet i högre utsträckning än i den förra enkätundersökningen (4,1 respektive 3,2).

Bemyndigande som innefattar sätt att sprida, förstå och tillämpa föreskrifter om patientsäkerhetsarbetet, bedömdes vara integrerade i högre utsträckning 2014 jämfört med 2012 (3,4 respektive 2,6).

Patientsäkerhetsberättelse

Inledning

Linköpings universitet har på Socialstyrelsens uppdrag granskat innehållet i landstingens patientsäkerhetsberättelser. Syftet var att få en redovisning av hur landstingen beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete samt att jämföra utvecklingen över tid från 2010 till och med 2013. Uppdraget redovisas i sin helhet i bilaga 2.

Linköpings universitet hade också i uppdrag att undersöka patientsäkerhetsberättelsens upplevda nytta, användbarhet och utvecklingsmöjligheter. Uppdraget redovisas i sin helhet i bilaga 3. Nedan finns en sammanfattning av redovisningarna.

Fler patientsäkerhetsvariabler beskrivs

Undersökningen visar att landstingen haft vägledning av de grundläggande och prestationsbaserade kraven i patientsäkerhetsöverenskommelsen i form av intentioner och identifierade förbättringsområden.

Innehållet i patientsäkerhetsberättelserna (PSB) har kategoriserats som struktur-, process- eller resultatvariabler. År 2013 innehöll PSB beskrivningar av fler variabler som belyste olika aspekter av patientsäkerhetsområdet jämfört med 2012. Antalet variabler hade ökat från 36 stycken 2010 till 62 variabler 2013. Mellan 2012 och 2013 dubblerades antalet resultatvariabler (tabell 2).

Tabell 2. Antal variabler i patientsäkerhetsberättelser 2010–2013

Variabler	2010–2011	2012	2013
Struktur	8	18	17
Process	20	25	27
Resultat	8	9	18
Samtliga	36	52	62

Källa: Socialstyrelsen

Fördelningen av rapporterade variabler för respektive landsting redovisas i tabell 19 i appendixet. Högst andel rapporterade variabler nåddes 2011. Forskarna antog att detta inte var en försämring utan att vissa strukturer och processer troligen blivit så självklara i landstingens organisation att de inte längre lyftes fram i PSB. En hög andel variabler betyder inte nödvändigtvis att landstinget har ett brett förankrat och välfungerande patientsäkerhetsarbete i alla delar av verksamheten.

Samtliga landsting hade använt eller inspirerats av SKL:s mall för en patientsäkerhetsberättelse. Trots en strukturerad mall fanns stora skillnader i vad som rapporterades under de olika rubrikerna och innehållet stämde inte alltid överens med rubrikerna. Skillnaderna var dock mindre i PSB 2013 jämfört med PSB 2012.

Mer fokus på ledningens roll och egenkontroll

I de två senaste årens berättelser har ledningens roll för patientsäkerhetsarbetet lyfts fram. Aktuella begrepp var till exempel ledningssystem, handlingsplaner och egenkontroll. Totalt 25 procent av landstingen angav att de arbetade med patientsäkerhet enligt ett samlat ledningssystem, och 65 procent nämnde att de arbetade med att införa detta. Ett annat ledord var

kunskapsstyrning, vilket ofta nämndes i samband med evidens och evidensbaserad medicin (EBM). Kunskapsstyrning och/eller EBM togs upp i över hälften av 2013 års patientsäkerhetsberättelser.

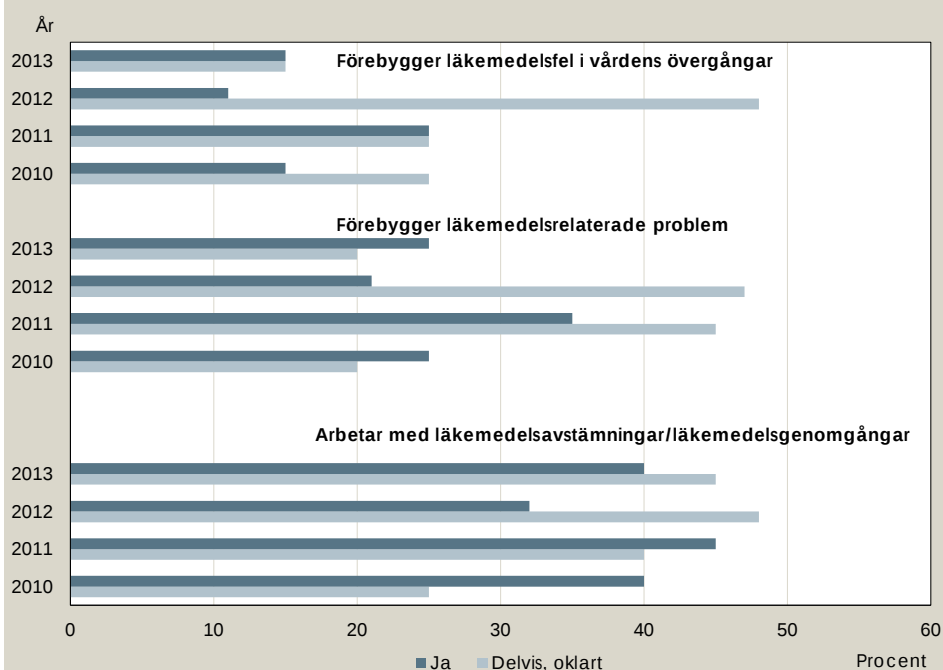
Det fokuserades mer på resultat och egenkontroll jämfört med tidigare PSB som innehållit mer skrivningar om att man mätte och registrerade olika parametrar. Samtliga landsting hade beskrivit indikatorer för egenkontroll, mer eller mindre detaljerat. De vanligaste exemplen på egenkontroll var markörbaserade journalgranskningar och mätningar av basala hygienrutiner och klädregler, trycksår och vårdrelaterade infektioner.

Varierande beskrivningar av risk- och vårdskadeområden

Det fanns en del skillnader i beskrivningen av strukturer, processer och resultat för risk- och vårdskadeområden. Många variabler handlade om att göra vården och vårdprocesserna säkrare. En ny variabel för det förebyggande arbetet var ”suicidprevention/suicidbedömningar”. Den nämndes i hälften av berättelserna medan resultat med antal bedömningar bara togs upp i någon enstaka PSB. Vidare fanns skillnader för området säker medicinering och läkemedelshantering. Sätten att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar och läkemedelsrelaterade problem var mindre väl beskrivna jämfört med arbetet med läkemedelsavstämningar och läkemedelsgenomgångar (figur 2).

Figur 2. Säker medicinering och läkemedelshantering

Processvariabler i patientsäkerhetsberättelser 2010–2013.



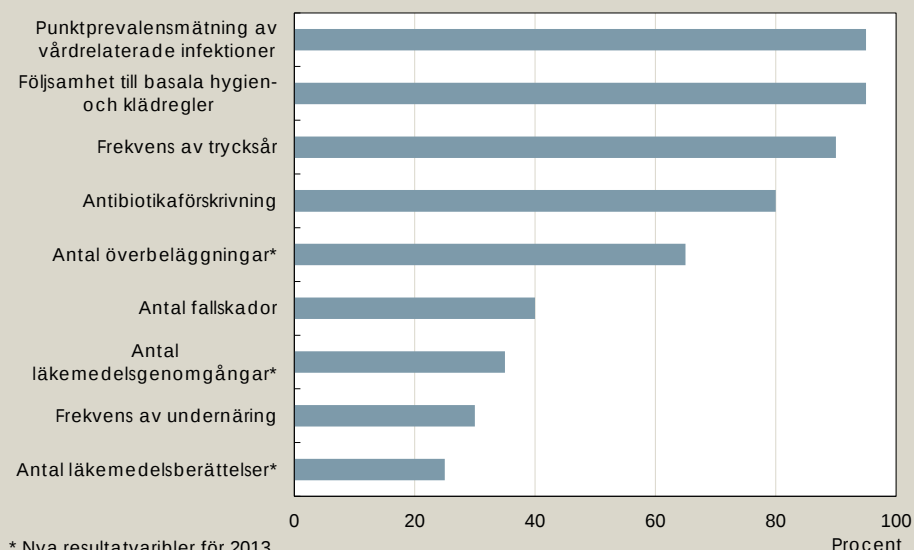
* Förebygger läkemedelsrelaterade problem

Källa: Socialstyrelsen

När det gäller resultatvariablerna beskrevs vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygien- och klädregler i hög grad medan antal läkemedelsberättelser och frekvens av undernäring var beskrivna i betydligt mindre omfattning. Förekomsten av ett urval resultatvariabler redovisas i figur 3.

Figur 3. Andel av redovisade resultatvariabler i patientsäkerhetsberättelse 2013

Urval från förekommande resultatvariabler i patientsäkerhetsberättelserna 2013.



* Nya resultatvariabler för 2013

Källa: Socialstyrelsen

Ytterligare exempel på skillnader i beskrivningen av strukturer, processer och resultat var samordning av vårdprocesser internt och externt samt samverkan med patienter och närstående. De angavs vara prioriterade områden men i flertalet berättelser var de vagt beskrivna. Undantaget var system, strukturer och/eller forum för samverkan med patienter och närstående; 85 procent av landstingen angav att de hade eller planerade sådana. Det var svårt att se om klagomål hanterades på ett strukturerat sätt i samverkan med patienter och närstående eftersom många landsting enbart beskrev hur klagomål slussades vidare till exempelvis patientnämnden eller IVO i stället för att beskriva samverkan och återkoppling runt klagomål.

Samlad bedömning av granskningen

Forskarna på Linköpings universitet bedömer att de allra flesta landsting har sammanställt informativa och välstrukturerade berättelser men alla verkar inte ha integrerat berättelsen som ett instrument eller hjälpmedel i patientsäkerhetsarbetet. Forskarna konstaterar dock att allt fler parametrar mättes och kontrollerades, och att det stora antalet parametrar för mätning och registrering behöver begränsas för att vara hanterbart. De menar också att det går att skönja en viss "rapporteringsströthet" i form av slentrianmässig användning av fördefinierade rubriker samt ett stort antal upprepningar och utfyllnad med icke relevant information.

Rapporteringen varierar både i form och mängd och det är svårt att få en tydlig bild av vad som faktiskt görs inom olika landsting. Därför menar forskarna att man skulle kunna kombinera PSB-rapporteringen med övrig uppföljning av mål och resultat för att optimera arbetsinsatserna och nyttan av arbetet med berättelsen. Forskarnas bedömning är att patientsäkerhetsberättelsen är ett bra underlag för dialog om patientsäkerhetsarbetet eftersom det ger vårdgivaren en struktur, systematik och översikt över patientsäkerhetsarbetet. I en jämförelse med andras berättelser kan det vara ett hjälpmedel för att identifiera brister och utvecklingsområden i det egna landstinget.

Upplevd nytta med patientsäkerhetsberättelsen

Undersökningen omfattade även vad personer med särskild kunskap om sitt landstings patientsäkerhetsarbete ansåg om patientsäkerhetsberättelsens nytta och användbarhet. Fyra specifika, öppna frågor om patientsäkerhetsberättelse ingick i en större enkät som skickats till dessa personer.

Förmedlade information och kunskap

Det vanligaste svaret var att patientsäkerhetsberättelsen bidragit till en struktur och systematik som medfört en bättre översikt över patientsäkerhetsarbetet samt till ett ökat fokus på patientsäkerhetsfrågorna.

De allra flesta såg berättelsen som ett internt dokument för att förmedla information om patientsäkerhetsarbetet till ledning och chefer på olika nivåer, men även till medarbetare generellt. När det gäller berättelsens betydelse för att öka patientsäkerheten berörde svaren framför allt informations- och kunskapsspridning, förbättrings- och kvalitetsarbete samt lärande. Berättelsen hade varit till nytta för att redovisa och synliggöra patientsäkerhetsfrågor samt öka fokus på dessa frågor, både i egna verksamheten och bland allmänheten. Vissa hade kritiska synpunkter och ifrågasatte betydelsen av berättelsen för patientsäkerhetsarbetet. Totalt 17 av 102 respondenter ifrågasatte om den varit till nytta i det egna landstinget, och 7 angav att de inte kunde svara på frågan, och tillsammans utgjorde de nästan en fjärdedel av svaren på den aktuella frågan.

Utvecklingsmöjligheter

Förslag från respondenterna till förändringar som skulle kunna öka nyttan av berättelserna var främst att koppla arbetet tydligare till verksamhetens behov och skriva berättelsen på verksamhetsnivå och för landstingets interna bruk. Vidare att man borde integrera patientsäkerhetsberättelsen med annat kvalitetsarbete och använda den för uppföljning i den ordinarie resultatredovisningen. Många hade synpunkter och förslag angående skrivmallen och här gick åsikterna isär om vad som var en bra mall. En stor andel ville ha en mer standardiserad mall med checklista för vad som ska ingå då detta skulle förenkla skrivandet och underlätta jämförelser mellan landstingen. Men nästan lika många ville ha en kortare mall med enkel struktur. Ytterligare förslag för att öka nyttan var att uppmärksamma patientsäkerhetsberättelserna nationellt när de färdigställts men också genom att kommunicera berättelsen bättre ut i verksamheterna.

Landstingens patientsäkerhetsarbete

Årlig bedömning av långsiktighet och systematik

SKL har sedan 2012 varje år bedömt och sammanställt landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete utifrån patientsäkerhetsberättelser, resultat från nationella mätningar och självdeklaration med patientsäkerhetsöverenskommelsen. Representanter från SKL har även vid två tillfällen besökt landstingsledningarna. Syftet med besöken var att identifiera viktiga patientsäkerhetsområden och områden där ledningen behövde mer stöd från SKL samt att fånga upp goda exempel som kunde spridas till andra landsting. Efter besöken fick respektive landsting en återkoppling i form av en helhetsbedömning av patientsäkerhetsarbetet. År 2014 gavs skriftlig återkoppling på patientsäkerhetsberättelsen för 2013.

Fyra landsting har nått den högsta nivån

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. Bedömningen som SKL gör är subjektiv såtillvida att det inte används en mall eller checklista med fastställda kriterier som ska vara uppfyllda för respektive nivå. Systematiken bedöms utifrån hur tydlig koppling som kan ses mellan uppsatta mål, strategier, aktiviteter, egenkontroll, resultat samt att det finns en långsiktighet i patientsäkerhetsarbetet.

SKL:s bedömning är att fyra landsting (Kalmar, Jönköping, Värmland och Västerbotten) nått nivå fem. Ett landsting (Uppsala) befinner sig på nivå tre och övriga landsting på nivå fyra.

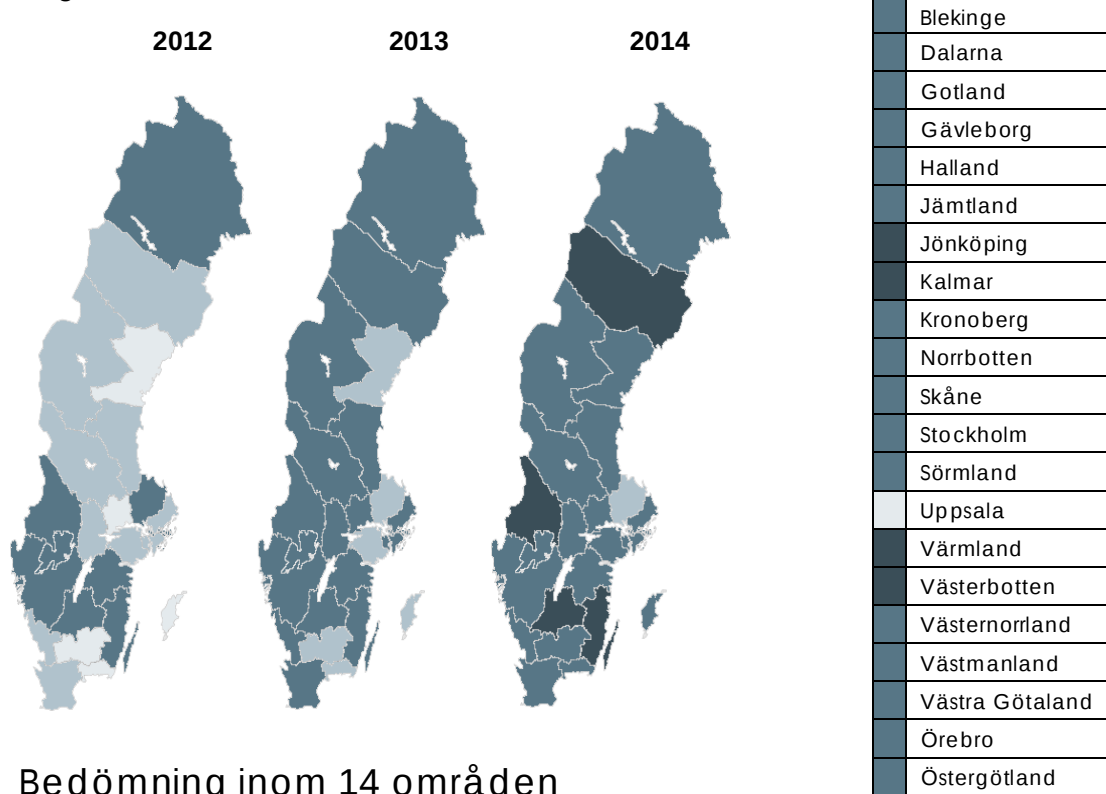
SKL bedömer att landstingen kan förbättra arbetet med att formulera mål samt att beskriva hur olika källor analyserats.

Resultaten har åskådliggjorts i en Sverigekarta där varje landstings bedömda nivå anges med en färgkod. Bedömning och utveckling för alla landsting 2012–2014 ses i figur 4.

Aktiviteter under 2014

Under 2014 gav SKL kompetensstöd riktat mot olika målgrupper inom landstingen som berörs av patientsäkerhetssatsningen, såsom landstingsledningarna, landstingens kontaktpersoner i patientsäkerhet och experter inom till exempel smittskydd, vårdhygien, Strama och patientnämnd. SKL har ett nätverk med utsedda kontaktpersoner från varje landsting som träffas fyra gånger per år. På dessa möten har man bland annat tydliggjort olika delar av patientsäkerhetsöverenskommelsen samt utformat olika stödinsatser i form av seminarier, möten, utbildningar, utvecklingsprojekt m.m. Utbildningar och seminarier har bland annat genomförts inom områdena förebyggande av vårdrelaterade infektioner, markörbaserad journalgranskning och överbeläggningar.

Figur 4. Landstingens patientsäkerhetsarbete, övergripande lägesbeskrivning



Bedömning inom 14 områden

	Nivå 1: Landstinget har påbörjat ett patientsäkerhetsarbete. Få eller inga resultat kan påvisas.
	Nivå 2: Landstinget arbetar med några angreppssätt för ökad patientsäkerhet. Resultat från nationella punktprevalensmätningar redovisas.
	Nivå 3: Landstinget arbetar systematiskt i tillämpning av angreppssätt på några områden och mål och strategier. Resultat från nationella punktprevalensmätningar redovisas.
	Nivå 4: Landstinget arbetar långsiktigt och med systematik i tillämpning av angreppssätt på många områden. Mål och strategier finns kopplat till resultat och angreppssätt. Några resultat redovisas utifrån en fördjupad analys. Landstingens resultat har i vissa delar koppling till tillämpning av redovisade angreppssätt.
	Nivå 5: Landstinget arbetar långsiktigt och systematiskt i tillämpning av angreppssätt på många områden. Mål och strategier finns kopplat till resultat och angreppssätt. Resultat och angreppssätt redovisas med koppling till mål och strategier. Flera resultat redovisas utifrån en fördjupad analys. Landstingens analyser pekar på resultat som en följd av tillämpning av redovisade angreppssätt inom flera områden.

SKL har bedömt varje landstings prestationer inom 14 områden, och i figur 5 finns resultatet för 2012–2014, graderat i tre nivåer. Bedömningen av att resultat förbättras avser ett resultat lika med eller bättre än senaste mätningens genomsnittsvärde (undantag antibiotika) för riket samt att resultatförbättringen förefaller vara stabil över tid. Gällande förbättrat resultat av antibiotikaförskrivningen avses en minskad förskrivning i senaste mätningen. SKL har beskrivit de 14 områdena enligt följande:

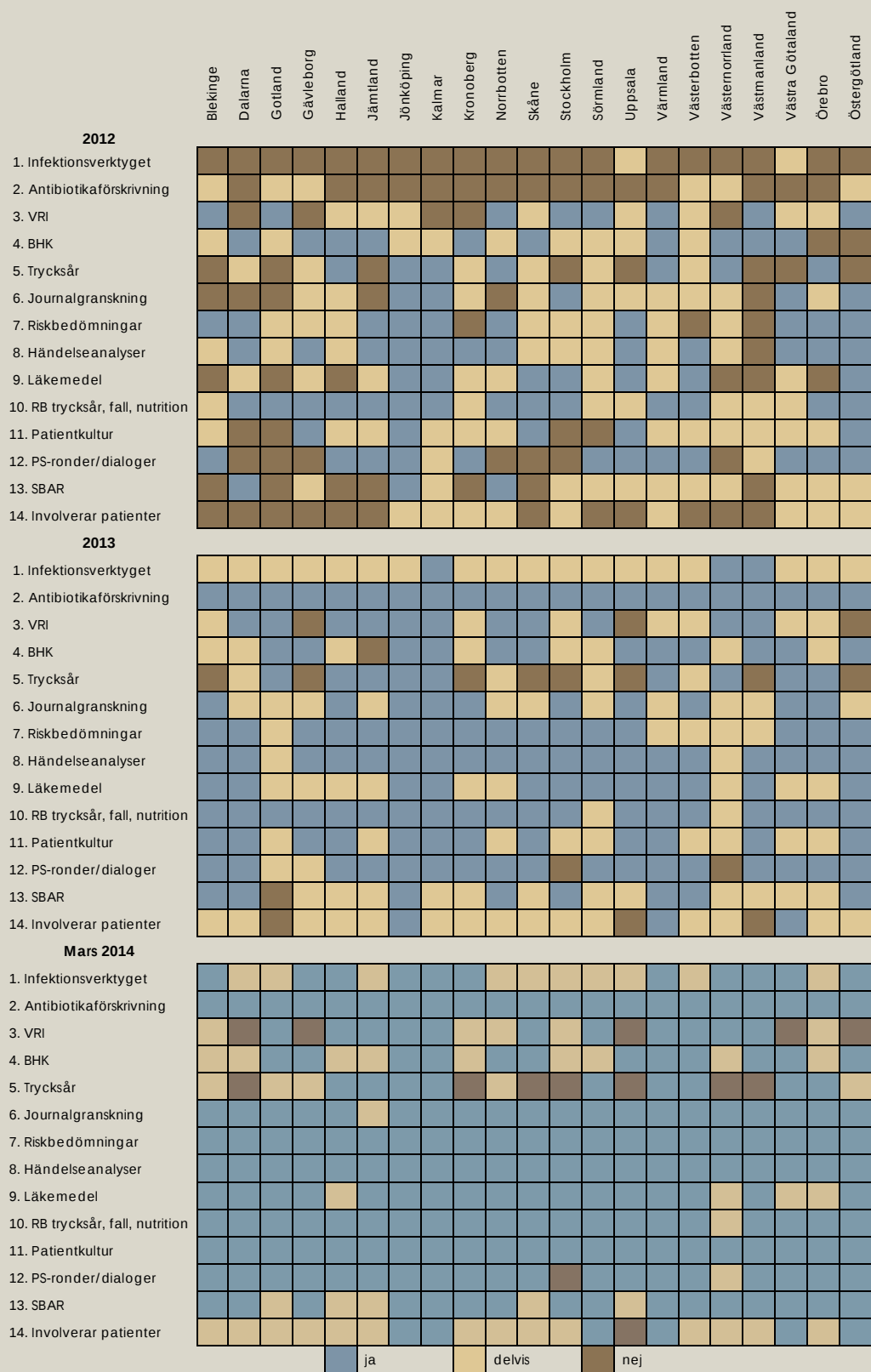
1. Väsentliga steg har tagits för att införa Infektionsverktyget i hela landstinget.

2. Resultaten förbättras kontinuerligt inom området antibiotikaförskrivning.
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 riskanalyser.
8. Arbetar inom hela landstinget med händelseanalyser.
9. Arbetar inom hela landstinget med läkemedelsavstämningar/ genomgångar.
10. Genomför inom hela landstinget riskbedömningar för trycksår, fall och nutrition.
11. Arbetar inom hela landstinget med resultaten från patientkulturmätningen.
12. Följer upp patientsäkerhetsarbetet via patientsäkerhetsronder/dialoger.
13. Arbetar inom hela landstinget med SBAR.
14. Kan påvisa exempel på hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Diskussion

Bedömning av landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete bör fortsätta då skillnader mellan landstingen ytterligare måste uppmärksammas. Dock bör den femgradiga skalan utvecklas. Kraven i nivå 1 och även nivå 2 är inte realistiska nivåer sett till dagens patientsäkerhetsarbete och nivåerna måste ha tydliga krav. En mall med fastställda kriterier för bedömningen av respektive nivå inklusive numeriska målnivåer för resultatförbättringar är önskvärt. Vidare att det specificeras krav på stabila goda resultat. Tydliga och kommunicerade kriterier för bedömningen ökar förutsättningarna för valida resultat avseende landstingens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Figur 5. Landstingens och regionernas systematiska förändringsarbete



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Rapportering från patienter och vårdgivare

Antalet anmälningar, klagomål och synpunkter från patienter och närstående till patientnämnderna och Inspektionen för vård och omsorg ökar varje år. Anmälningarna till Patientförsäkringen LÖF har också ökat samtidigt som andelen skador som bedöms vara undvikbara minskar. Även vårdgivarnas rapportering av allvarliga vårdskador har ökat men rapporteringen motsvarar inte antalet allvarliga vårdskador som identifierats i markörbaserad journalgranskning.

Inledning

Patienter och närstående har olika möjligheter att anmäla synpunkter och klagomål utöver att vända sig direkt till den verksamhet som gett vården och behandlingen. Enligt PSL kan patienter och närstående lämna klagomål på vården till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och 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 en annan instans. Varje patientnämnd är en fristående enhet och har ingen gemensam överordnad organisation.

Patienter som har drabbats av skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning om skadan hade kunnat undvikas, eller om det finns andra omständigheter som framgår av 6 §. Patientförsäkringen LÖF är ett landstings- och regionägt försäkringsbolag och dit kan patienter och närstående anmäla en skada. Anmälan ska ha inkommit senast tre år efter det att skadan upptäckts.

Enligt PSL ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO, och det ska göras inom två månader enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (SOSFS 2005:28). Vårdgivaren ska så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt vidta åtgärder som förhindrar att händelsen upprepas eller som begränsar effekterna om sådana händelser inte helt går att förhindra.

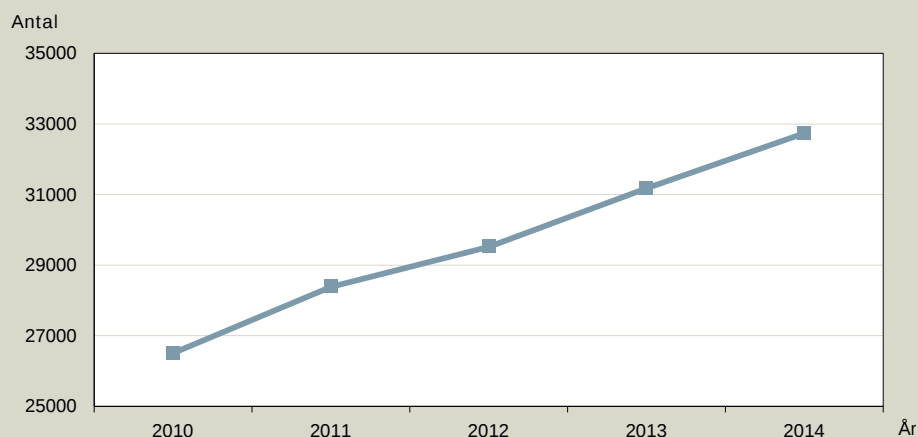
Anmälningar till patientnämnderna

Antalet patientklagomål och synpunkter ökar från år till år. År 2014 tog patientnämnderna emot drygt 32 700 ärenden (prel. resultat), jämfört med 26 500 stycken 2010.

Av 2013 års ärenden till patientnämnderna gällde 49 procent somatisk specialistvård. Primärvården stod för 25 procent och den psykiatriska specialistvården för 11 procent, och resterande andel omfattade tandvård, kommunal vård och övrig vård. Av samtliga ärenden gällde 58 procent kvinnor och 41 procent män. I en procent av ärendena har kön inte angetts. I figur 6 visas

antalet inkomna ärenden till samtliga patientnämnder under perioden 2010–2014.

Figur 6. Antal ärenden till patientnämnderna 2010–2014*

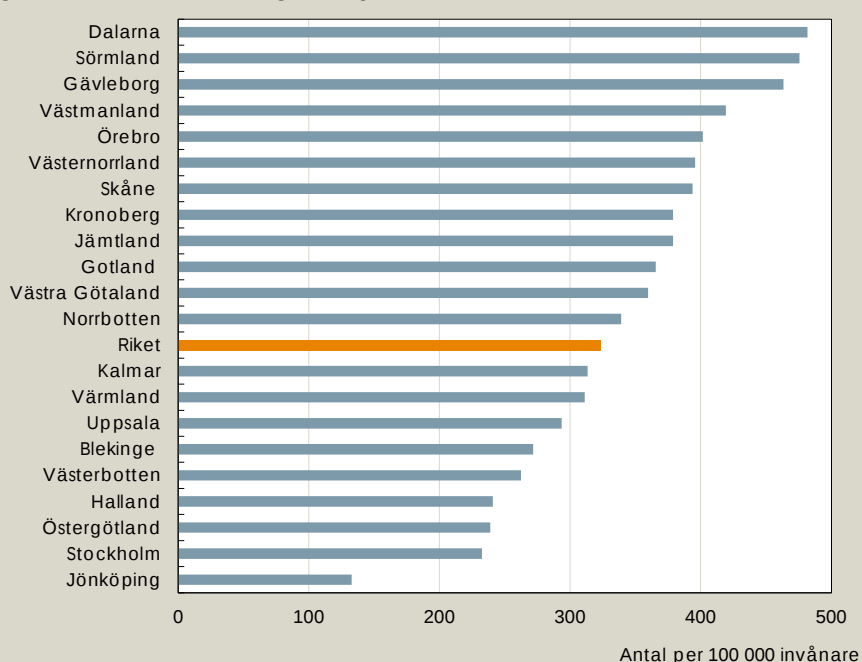


*Preliminära uppgifter för 2014

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

I figur 7 visas fördelningen på landsting med antal anmälningar per 100 000 invånare.

Figur 7. Antal anmälningar till patientnämnden 2013



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Vanligast att anmäla vård och behandling

Närmare hälften av klagomålen 2013 rörde vård och behandling, som bland annat innefattar diagnos, omvårdnad och medicinering. De iakttagelser som patientnämnderna lyfte fram handlade om samordning och vårdansvar där

patienter hänvisades till olika instanser utan att någon tog ett helhetsansvar. Andra ärenden gällde brister i läkarkontinuitet inom primärvård och psykiatrisk vård, brister i bevakning av provsvar och remisser samt brister gällande läkemedel t.ex. information om läkemedelsbehandlingen, feldosering m.m.

Från och med 2014 registrerar alla patientnämnder sina ärenden på samma sätt. Registreringen kategoriseras i åtta problemområden och i varje problemområde finns underkategorier. Detta innebär att det fortsättningsvis kommer att vara möjligt att söka fram ärenden inom risk- och vårdskadeområden t.ex. fallskador eller trycksår.

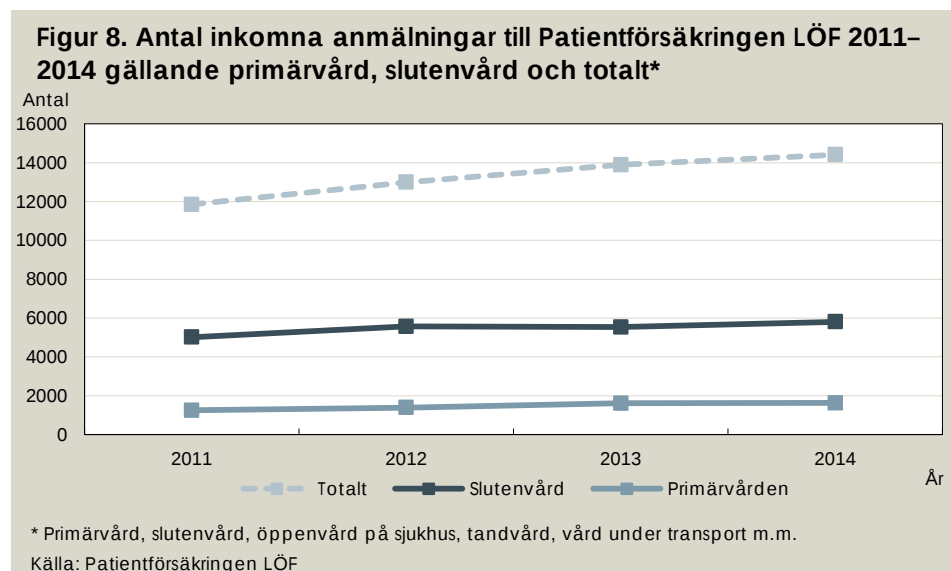
Klagomålsrapportering till IVO

Under 2014 registrerades 6 832 klagomål, vilket var en ökning med 338 klagomål från 2013.

År 2014 fattade IVO beslut i 7 559 klagomålsärenden, varav 2 929 bedömdes sakna direkt betydelse för patientsäkerheten och utreddes därför inte. Totalt utreddes 4630 klagomål, varav 1503 utmynnade i kritik mot vårdgivare och 55 klagomål ledde till tillsyn mot verksamheterna. Drygt hälften av besluten som ledde till kritik från IVO gällde kirurgisk verksamhet och primärvård.

Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

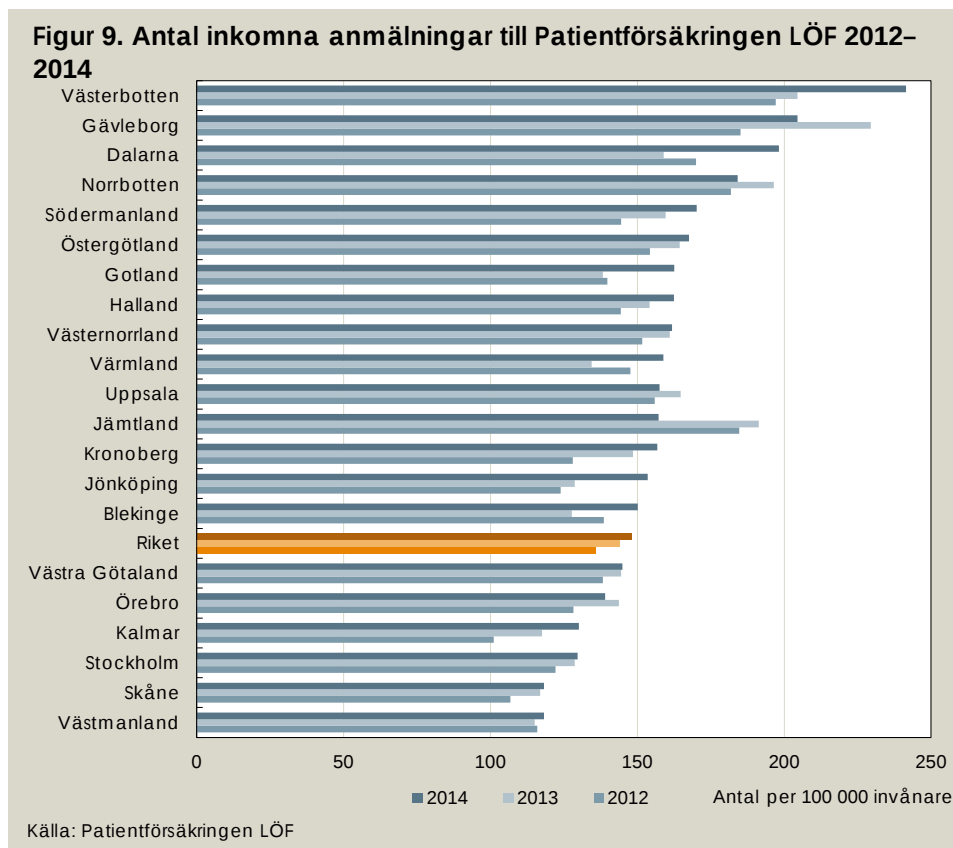
År 2014 anmäldes omkring 14 400 skador till LÖF vilket är en ökning med cirka 4 procent jämfört med 2013. Cirka hälften av alla anmälningar gällde skador som uppkommit i primärvården eller slutenvården och den andra hälften gällde olika typer av verksamheter exempelvis öppenvård på sjukhus, tandvård och vård vid transport. Det totala antalet anmälningar ökade under perioden 2011–2014 (figur 8).



Fler kvinnor än män (60 respektive 40 procent) anmälde en skada 2014, men andelen ersatta skador var näst intill densamma för båda könen, med 38

respektive 39 procent. Genomsnittsåldern hos dem som anmäler stiger sakta med omkring 0,5 år per kalenderår och var 2014 cirka 50 år.

Det sammanlagda antalet anmälningar per landsting och år redovisas per 100 000 invånare i figur 9. Detta medför att landsting med till exempel universitetssjukhus, som vårdar patienter från andra landsting, kan förväntas ha fler anmälningar än övriga landsting. Vårdtillfället som resulterade i en anmälan redovisas i det landsting där det utfördes, medan det redovisade befolkningstalet enbart utgörs av de personer som är folkbokförda i landstinget.



Antalet anmälningar i primärvård per 100 000 invånare var mer än tre gånger högre i vissa landsting än i andra. Inom slutenvården var skillnaden mellan landstingen mindre. I appendixet (figur 54 och 55) finns redovisning av anmälningarna uppdelade på slutenvård och primärvård.

Under de senaste sex åren har inte antalet ersatta skador ökat i samma takt som antalet anmälda skador. Andelen ersatta skador har dessutom gradvis minskat sedan 2009, då 43 procent av patienterna beviljades ersättning, till 37 procent 2014. Anmälningar som kommer in ett kalenderår kan dock leda till beslut efterföljande år. Det finns också en eftersläpning i anmälningarna, vilket gör att ett beslut som exempelvis fattas 2014 kan röra en skada som inträffade 2012.

Vanligast att anmäla skada som uppstår vid operation

Nästan alla anmälningar i slutenvård (99 procent) gällde somatisk vård. De flesta rörde skador inom ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymmer, och vanligast var skador som inträffat i samband med operationer såsom infektioner, blödningar eller nerv- och skelettskador vid ledprotesoperationer. Skador på grund av försenad eller felaktig diagnos var också vanliga.

Skadestatistiken utgör underlag för riktade patientsäkerhetssatsningar och används i dagsläget inom exempelvis förlossningsvård, infektioner efter ledproteskirurgi och allvarliga skador vid bukkirurgi. Satsningarna genomförs tillsammans med drygt 30 yrkesorganisationer, kvalitetsregister och andra intresseorganisationer.

Anmälan enligt lex Maria

För 2014 ses en fortsatt ökning av antalet lex Maria-anmälningar i riket (tabell 3). Antal anmälda och avslutade ärenden ett visst år kan inte jämföras, för ett ärende som avslutades exempelvis 2014 kan röra en anmälan som inkom 2013. Det går inte att redovisa vilken kategori och vilket verksamhetsområde inkomna anmälningar gäller eftersom slutgiltig kategorisering görs i samband med beslut i ärendet.

Tabell 3. Antal inkomna respektive avslutade anmälningar enligt lex Maria 2010–2014

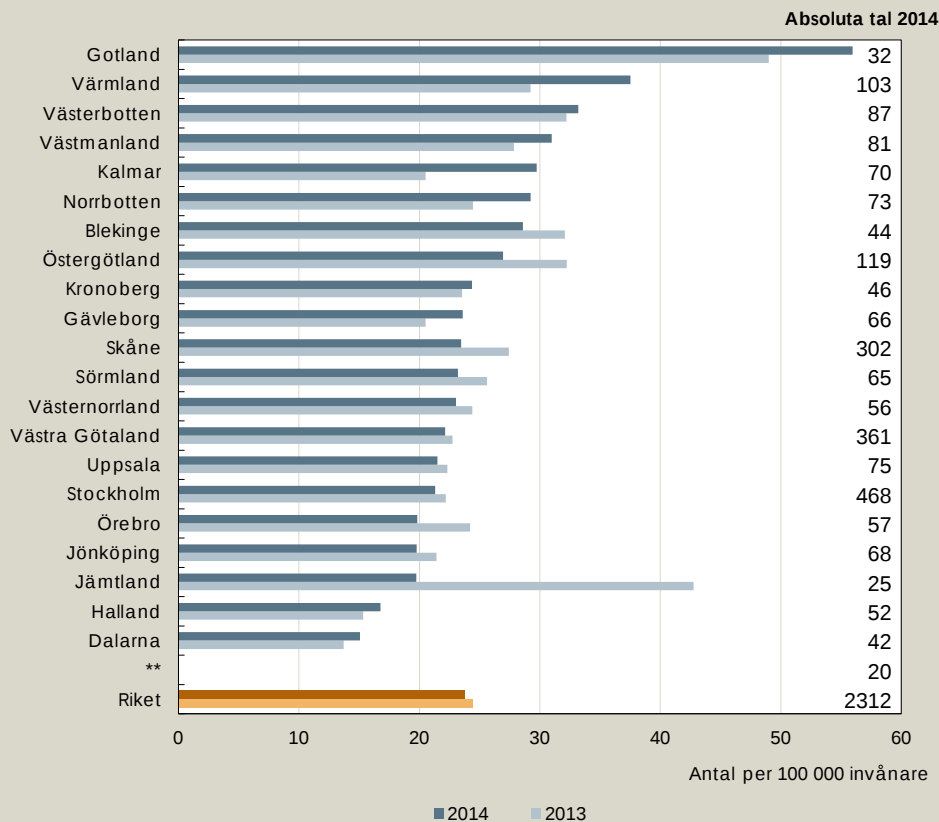
Lex Maria	2010	2011	2012	2013	2014
Inkomna	2051	2093	2143	2225	2312
Avslutade	1631	1804	2300	2364	2436

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

I figur 10 redovisas antal inkomna lex Maria-anmälningar per län under perioden 2013–2014. Anmälningarna inkommer från landsting, kommuner och privata vårdgivare och redovisas per 100 000 invånare. Flera vårdgivare kan rapportera samma ärende, vilket gör att det kan finnas en del dubbelregistreringar.

Figur 10. Lex Maria-anmälningar 2013–2014

Sorterade efter antal inkomna anmälningar per 100 000 invånare och län*.



*Folkmängden den 1 november respektive år

**20 anmälningar saknar angivet län

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska Centralbyrån

Diskussion

Patienternas erfarenheter bidrar till den samlade kunskapen om risk- och vårdskadeområden och det är viktigt att dessa analyseras och att kunskapen når fler än enbart den verksamhet som anmälan gäller. Det finns nästan 54 000 synpunkter eller anmälningar för år 2014 och de utgör en viktig källa till verksamheternas förbättringsarbete.

Ökningen av antalet anmälningar till patientförsäkringen, synpunkter och klagomål tolkas som att patienterna har ökad kännedom om möjligheterna att rapportera skador och klagomål snarare än att skadorna har ökat. Att patienterna har bättre kännedom om möjligheten att rapportera får stöd i resultaten från den senaste mätningen av patientsäkerhetskultur [5]. Antalet anmälningar till Patientförsäkringen LÖF indikerar patienters och deras närståendes syn på omfattningen av skador som går att undvika. Det är okänt hur stor andel av de undvikbara skador som inträffar i vården som blir anmälda. Det är stor skillnad på de cirka 14 500 anmälningarna om skador till Patientförsäkringen LÖF, varav knappt 40 procent bedömdes som undvikbara, jämfört med drygt 120 000 patienter per år som i SKL:s studie beräknats kunna drabbas av undvikbar skada i slutet somatisk vård [6]. Bedömningen avseende undvikbarhet mellan Patientförsäkringen LÖF och SKL:s studie kan inte jämföras

då patientskadelagens kriterier för ersättning, dvs. undvikbarhet, skiljer sig tydligt från kriterierna i SKL:s studie.

Antalet lex Maria-anmälningar är inget säkert mått på antalet allvarliga vårdskador som inträffat i vården. År 2014 anmäldes cirka 2 300 allvarliga vårdskador från hela hälso- och sjukvården till IVO. Detta ska jämföras med 4 400 allvarliga vårdskador, som identifierats med markörbaserad journalgranskning, enbart inom somatisk slutenvård [6]. Antalet lex Maria-anmälningar återspeglar snarare landstingens patientsäkerhetsarbete och anmälningsbenägenhet, än det faktiska antalet allvarliga vårdskador. Patientsäkerhetskulturen på olika nivåer i organisationen har förmodligen stor betydelse för benägenheten att anmäla allvarliga vårdskador till IVO. En anmälan visar att vårdpersonalen har uppfattat att en allvarlig skada inträffat och att skadan bedömts som möjlig att undvika.

Patientsäkerhetskultur i vården

Resultat i korthet

Den andra mätningen av patientsäkerhetskultur uppvisar små skillnader jämfört med den första mätningen. Förbättringar i den andra mätningen är att samarbetet på den egna enheten fungerar bra och att patienten får bättre information och stöd vid en negativ händelse. Medarbetarna uppfattar att de har en hög arbetsbelastning som påverkar patientsäkerheten, och högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet skattas lågt i alla landsting. Cheferna uppfattar att det finns en bättre säkerhetskultur än vad medarbetarna gör.

Inledning

Med patientsäkerhetskultur avses normer, förhållningssätt och attityder hos individer och grupper som arbetar inom hälso- och sjukvården som har betydelse för patientsäkerheten [7]. För att få en hög patientsäkerhetskultur måste medarbetare och ledning vara medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå samt agera när risker identifierats. Dessutom måste det finnas en tillåtande och öppen diskussion om risker och tillstånd som påverkar patientsäkerheten. Säkerhetskulturen genomsyrar arbetet med patientsäkerhet, från ledning och styrning till säkerhetsbeteenden hos medarbetare. För att medarbetare ska vilja och våga diskutera frågor om säkerhet är det viktigt att ledningen för verksamheten skapar förutsättningar för detta i form av följande:

- En rapporteringskultur där medarbetare frivilligt rapporterar misstag och att den informationen analyseras och resultaten återförs till medarbetarna.
- En rättvisekultur 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.

Mätning av patientsäkerhetskultur

Syftet med att mäta patientsäkerhetskulturen är att kartlägga styrkor och svagheter i verksamhetens kultur för att tydliggöra angelägna förbättringsområden, öka insikten hos ledning och medarbetare om faktorer som kan påverka patientsäkerheten samt studera förändringar i förhållningssätt och

attityder. Det är främst på lokal nivå som resultaten kan analyseras, förstås och utgöra grund för förbättringsarbete.

I patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 var ett grundkrav att landstingen skulle ha genomfört en andra mätning av patientsäkerhetskulturen och utvärderat förbättringsarbetet efter första mätningarna (2010–2011) samt ha uppdaterade handlingsplaner för 2015. Alla landsting klarade grundkravet.

Andra nationella mätningen

Under perioden 2010–2014 gjordes två mätningar i alla landsting, med enkäten ”Att mäta patientsäkerhetskulturen”. SKL har sammanställt resultaten från mätningarna 2012–2014 [5] och en del av de resultaten återges här.

Enkäten mäter chefers och medarbetares uppfattningar om patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten. Den omfattar 14 dimensioner och tre enskilda frågor (se tabell 20 i appendixet), och för varje dimension beräknas ett indexvärde för andelen positiva svar (omdömen). Ett indexvärde på 70 och över tolkas som att respondenterna uppfattar dimensionen som välfungerande. Ett indexvärde mellan 51–69 anger ett visst förbättringsbehov och ett indexvärde på 50 eller mindre tolkas som ett stort förbättringsbehov.

De andra nationella mätningarna genomfördes 2012–2014 och besvarades av cirka 112 700 medarbetare, att jämföra med drygt 84 200 i de första. Svarsfrekvensen i de andra mätningarna var 65 procent men med skillnader i både landstingens urval och svarsfrekvensen (se tabell 21 i appendixet). Mätperioden var lång, vilket innebär att landstingen kan ha haft olika förutsättningar.

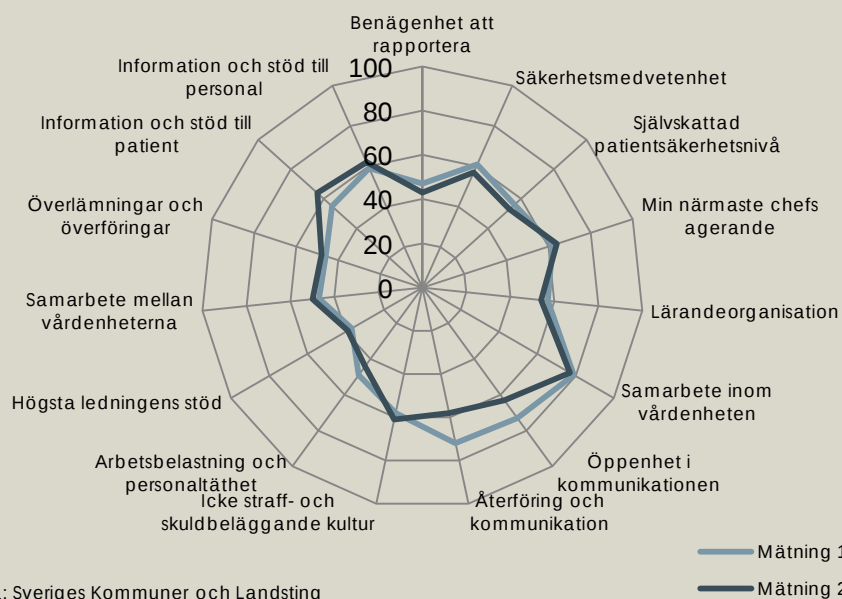
Inga stora förändringar från första mätningen

Resultaten visade inga större förändringar jämfört med de första mätningarna 2010–2011. Informationen och stödet till patienten vid en negativ händelse hade dock förbättrats, och samarbetet inom den egna vårdenheten upplevdes som välfungerande medan det fanns stora förbättringsbehov i samarbetet mellan vårdenheterna och i överlämningar och överföringar.

Genomgående var medarbetarna kritiska till den högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet. Den närmaste chefens stöd skattades högre men det fanns ett visst förbättringsbehov. Säkerhetsmedvetenheten och den självskattade patientsäkerhetsnivån var något sämre än vid första mätningen, liksom återföringen och kommunikationen kring avvikelser. Öppenhet i kommunikationen har också minskat men där kan de båda mätningarnas resultat inte jämföras helt och hållet då en av frågorna i dimensionen förändrats mellan mätningarna. Medarbetarna upplevde vidare ett stort förbättringsbehov när det gäller arbetsbelastning och personaltäthet (figur 11). Resultaten från de enskilda landstingen har inte räknats om med hänsyn till deras inbördes storlek innan de summerades. Vårdens sammantagna resultat bör därför tolkas med viss försiktighet.

Figur 11. Patientsäkerhetskulturmätning - förändrat indexutfall i dimensionerna från mätning 1 till mätning 2

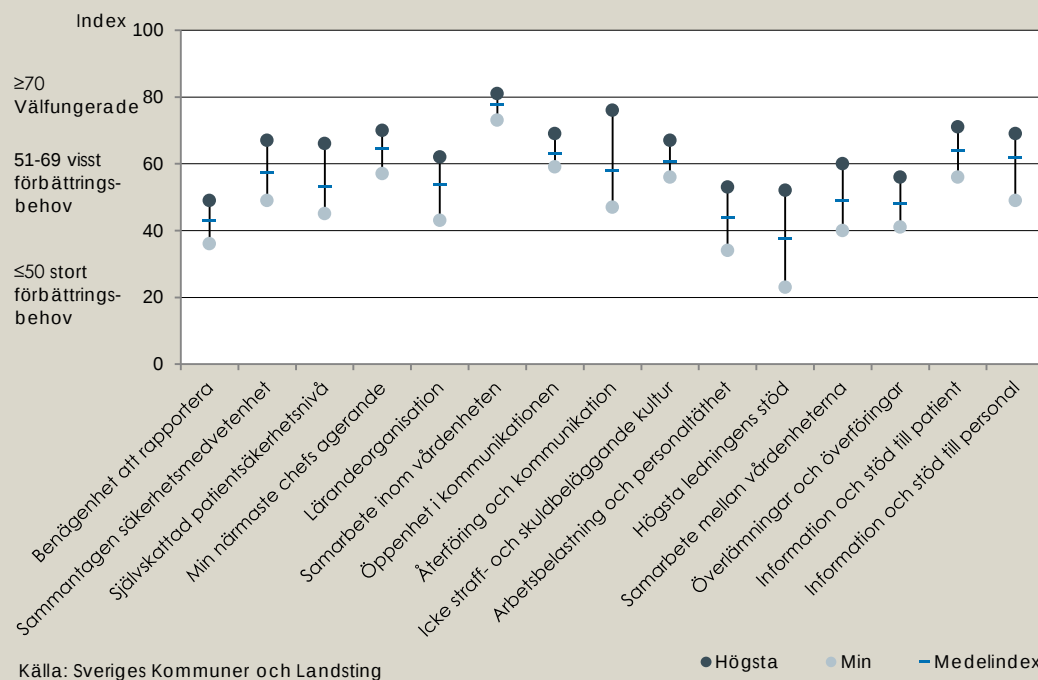
Mätning 1 2010-2011 och mätning 2 2012-2014.



Resultatet från andra mätningen för respektive landsting redovisas i tabell 22 a, b och c i appendixet. I vissa dimensioner fanns en stor spridning mellan landstingen, exempelvis i dimensionerna Återföring och kommunikation kring avvikelser och Högsta ledningens stöd. Spridningen mellan landstingen redovisas i figur 12.

Figur 12. Patientsäkerhetskulturmätning - spridning mellan landsting

Spridning inom dimensioner mätning 2 2012-2014.



Resultatet utifrån verksamhetsindelning visade en lägre skattning i stort sett alla dimensioner i mätningarna 2012–2014 jämfört med 2010–2011. De dimensioner som alla verksamhetsområden skattade något högre i andra mätningen var Information och stöd till patient vid negativ händelse och Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet men för de övriga dimensionerna var det generellt en lägre skattning. Störst nedgång var det i dimensionen Återföring och kommunikation kring avvikelser. Generellt gav medarbetare i primärvården något högre omdömen än snittet, medan medarbetare i psykiatrisk vård gav något lägre skattningar. I andra mätningen var spridningen störst för dimensionen Självskattad patientsäkerhetsnivå. Minst var spridningen för dimensionen Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet. Spridningen mellan de olika verksamhetsområdena (medicin, kirurgi, psykiatri och primärvård) framgår av tabell 4, och i parentes anges differensen från första mätningarna.

**Tabell 4. Patientsäkerhetskulturmätning i verksamhetsområden
mätning 2**

Självskattat indexutfall i dimensionerna 2012–2014. Förändring jämfört med mätning 1 från 2010–2011 presenteras som en differens inom parentes.

Dimension	Primärvård	Medicinsk verksamhet	Kirurgisk verksamhet	Psykiatrisk verksamhet
Benägenhet att rapportera händelser	46 (-2)	41 (-5)	38 (-5)	39 (-4)
Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	63 (-2)	51 (-7)	51 (-6)	51 (-4)
Självskattad patientsäkerhetsnivå	58 (-2)	45 (-7)	46 (-6)	42 (-5)
Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet	66 (3)	65 (2)	65 (3)	63 (3)
Lärandeorganisation	55 (-1)	53 (-5)	54 (-2)	49 (-1)
Samarbete inom vårdenheten	74 (-1)	79 (-3)	79 (-2)	72 (-3)
Öppenhet i kommunikationen	67 (-8)	62 (-12)	63 (-10)	60 (-10)
Återföring och kommunikation kring avvikelser	59 (-13)	56 (-18)	56 (-17)	51 (-13)
En icke straff- och skuldbeläggande kultur	64 (3)	59 (1)	59 (2)	54 (-1)
Arbetsbelastning och personaltäthet	45(-5)	39 (-8)	39 (-6)	43 (-7)
Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete	47 (3)	32 (-2)	32 (-1)	35 (0)
Samarbete mellan vårdenheterna	51 (4)	47 (-2)	48 (0)	42 (-1)
Överlämningar och överföringar av patienter och information	45 (6)	47 (-2)	48 (0)	40 (-2)
Information och stöd till patient vid negativ händelse	71 (11)	59 (6)	65 (9)	62 (2)
Information och stöd till personal vid negativ händelse	69 (8)	57 (1)	55 (-1)	62 (-1)

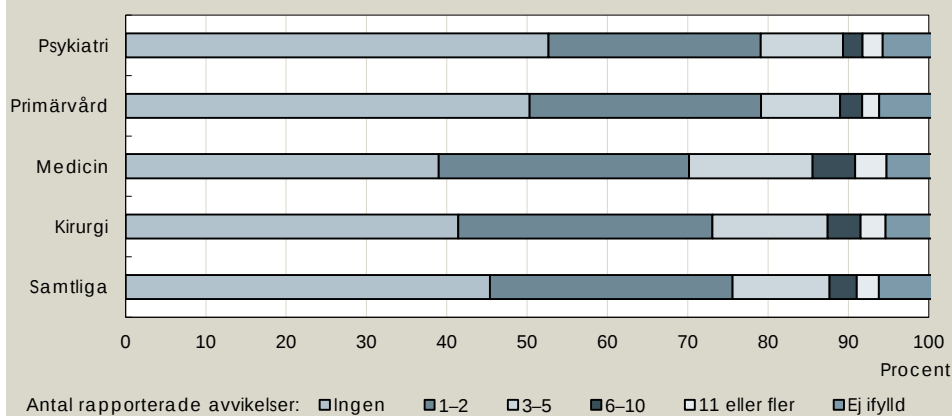
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Benägenhet att rapportera risker och avvikelser

Medarbetarnas benägenhet att rapportera händelser hade sjunkit jämfört med första mätningen. Andelen som uppgav att de rapporterat avvikelser och risker var större inom medicinska och kirurgiska verksamheter än inom psykiatrisk verksamhet och primärvård. För riket som helhet var det cirka 45 procent som inte hade rapporterat någon avvikelse under det senaste året, och cirka 65 procent hade inte rapporterat någon risk. Cirka 30 procent hade rapporterat 1–2 avvikelser och cirka 20 procent hade rapporterat 1–2 risker (figur 13 och 14).

Figur 13. Patientsäkerhetskulturmätning - antal rapporterade avvikelser inom respektive verksamhetsområde

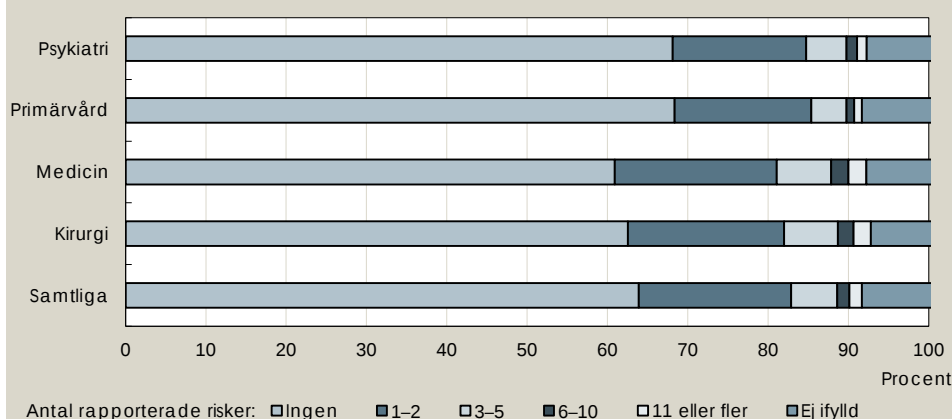
Fördelning av respondenternas svar. Mätning 2.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 14. Patientsäkerhetskulturmätning - antal rapporterade risker inom respektive verksamhetsområde

Fördelning av respondenternas svar. Mätning 2.



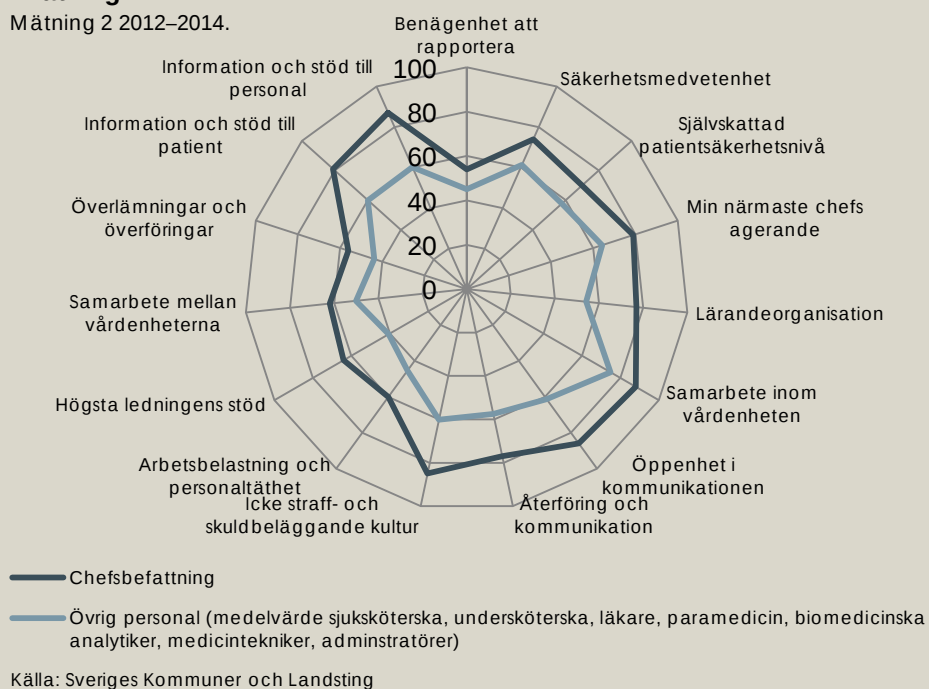
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Chefer skattade patientsäkerhetskulturen högre

I resultaten på nationell nivå blev grupperna stora och spridningen mellan yrkesgrupper inte så tydlig, medan spridningen mellan olika yrken på verksamhets- och enhetsnivå ofta var påtaglig. Chefer skattade patientsäkerhetskulturen högre i alla dimensioner (figur 15).

Figur 15. Yrkesgruppers skattning i patientsäkerhetskulturmätning mätning 2

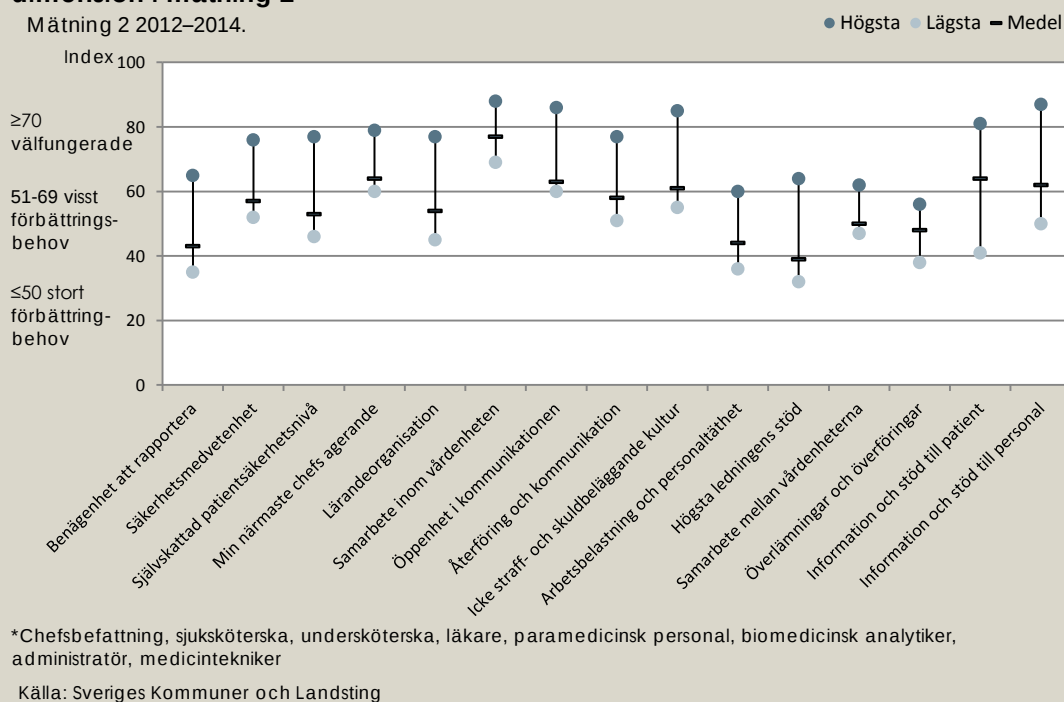
Mätning 2 2012–2014.



För vissa dimensioner fanns en stor spridning i uppfattning mellan yrkesgrupperna. Störst var den i dimensionen Information och stöd till patient vid negativ händelse, följt av Information och stöd till personalen vid negativ händelse. Lägst spridning fanns i dimensionen Samarbete mellan enheterna, följt av Överlämningar och överrapportering av patienter och information (figur 16). Chefer skattade patientsäkerhetskulturen högre än medarbetarna även inom de olika verksamhetsområdena.

Figur 16. Patientsäkerhetskulturmätning - spridning mellan yrkesgrupper * per dimension i mätning 2

Mätning 2 2012–2014.



Aktiviteter för att utveckla patientsäkerhetskulturen

Landstingens uppdaterade handlingsplaner för 2015 baserades på resultat från första mätningen och en dokumenterad utvärdering av förbättringsarbetet. Flera landsting beskrev i handlingsplanerna olika aktiviteter för att förbättra informationsöverföringen vid vårdens övergångar, och alla landsting angav att de arbetade med att förbättra den interna och externa kommunikationen med metoden SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation). Aktiviteter för att synliggöra högsta ledningens stöd var bland annat patientsäkerhetsronder, patientsäkerhetsdialoger och chefsutbildningar. Patientsäkerhetsutbildningar ingick också i förbättringsarbetet.

Flera landsting rapporterade dock att de ännu inte kunde utvärdera sina aktiviteter och beskriva patientnyttan eftersom det tar tid att påverka patientsäkerheten och patientsäkerhetskulturen. De redovisade förbättringsarbetena bedömdes vara långsiktiga processer och därför svåra att utvärdera på kort sikt.

Upplevda nackdelar och styrkor med mätning

Styrkor med de genomförda mätningarna och efterföljande arbete var att både ledning och medarbetare hade fått ett ökat fokus på patientsäkerheten. Mätningarna hade lett till ett mer strukturerat arbete med dessa frågor på ledningsnivå, och en ökad medvetenhet om organisationernas styrkor och svagheter. Återkommande mätningar bedömdes ge underlag för vidare diskussioner om patientsäkerhet och nya ingångar för det fortsatta arbetet. Mätningarna hade också gett medarbetarna en djupare förståelse för begreppet patientsäkerhet.

Bland riskerna och nackdelarna med att mäta patientsäkerhetskulturen var att det upplevdes som tidskrävande att samordna mätningen och resultatanalysen. Vidare var det svårt att finna konkreta förbättringsaktiviteter och att jämföra resultat över tid på grund av organisationsförändringar.

Diskussion

Mätningar av patientsäkerhetskulturen leder i sig inte till en förbättrad patientsäkerhet utan måste följas av analys och dialog, framför allt på lokal nivå, som sedan mynnar ut i förbättringsarbete. Skillnaden i resultat mellan mätningarna är svår att bedöma. En utebliven högre skattning av patientsäkerhetskulturen kan ses som att medarbetare på alla nivåer har blivit mer medvetna om patientsäkerhetsarbetets betydelse.

Återföringen och kommunikationen kring avvikelser hade försämrats och det fanns ett förbättringsbehov av att utveckla en icke straff- och skuldbeläggande kultur i verksamheten. Dessa uppfattningar kan sannolikt kopplas ihop med den låga benägenheten att rapportera avvikelser och risker. Om medarbetarna upplever att deras iakttagelser inte tillvaratas finns en risk att medarbetare slutar rapportera risker och händelser, och då förloras en viktig grund för förbättringsarbete.

Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet skattades lågt i alla landsting, men detta stöd är viktigt för att få verkliga förändringar och effekt i form av hög patientsäkerhet. Skillnaden mellan chefers och medarbetares uppfattning behöver beaktas och hanteras i verksamheternas analys av sitt resultat eftersom alltför stora skillnader riskerar att påverka patientsäkerhetsarbetet negativt.

Resultaten visar att det finns brister i övergångar mellan vårdenheter och vårdgivare. Patienterna ska kunna förvänta sig kontinuitet i vårdprocessen och här måste vården förbättra sitt arbete för att minska riskerna.

Andragångsmätningarna visar en förbättring inom dimensionen Information och stöd till patienter vid negativ händelse. Ökningen kan möjligen vara en effekt av kravet i patientsäkerhetslagen om att patienter som drabbas av vårdskador ska få information om detta och om möjligheten att begära ersättning.

Patientens delaktighet

Resultat i korthet

Patienterna i psykiatrisk vård och somatisk specialistvård upplever att läkaren informerar så att de förstår varför de fått ett läkemedel, och att läkaren ofta frågar om de använder andra läkemedel. Patienter som besökt psykiatrisk öppenvård upplevde dock att läkaren inte tog ställning till deras medicinering tillräckligt ofta.

Inledning

En god vård ska bland annat vara patientfokuserad, jämlik och säker samt genomföras i samråd med patienten och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan lättare medverka till att uppnå målen med vård och behandling och förebygga säkerhetsrisker. För att uppnå detta måste vårdgivare, chefer och hälso- och sjukvårdspersonal tillämpa den lagstiftning som reglerar patientens ställning, och ledningssystemet för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska också omfatta bemötande, information, delaktighet och kontinuitet.

I Socialstyrelsens förslag till en nationell patientsäkerhetsstrategi betonas värdet av att ta tillvara patienters erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården eftersom de ger ett värdefullt underlag till vårdens systematiska utvecklings- och förbättringsarbete (dnr 20805/2011).

Nationell patientenkät

Genom SKL:s nationella patientenkäter kan patienterna ge återkoppling på sin vård och behandling, och synpunkterna kan användas i vårdens förbättringsarbete.

Under våren 2014 genomfördes den tredje nationella gemensamma mätningen med Nationell patientenkät inom specialiserad öppen och sluten somatisk sjukhusvård och öppen och sluten psykiatrisk vård. Alla landsting deltog i mätningen. Deltagande inom specialiserad öppen och sluten somatisk sjukhusvård var ett grundkrav i patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014. I den fortsatta texten benämns specialiserad öppen och sluten somatisk sjukhusvård med somatisk sjukhusvård sluten respektive somatisk sjukhusvård öppen.

Utvalda frågor

Socialstyrelsen har gjort ett urval av frågorna i den nationella enkäten som bedömts vara viktiga för patientsäkerheten. Frågorna omfattar information om läkemedel och delaktighet, såsom varningssignaler att vara uppmärksam på och åtgärder att vidta om man blir sämre eller inte tillfrisknar. Resultaten

presenteras i form av ett index för patientupplevd kvalitet, ett så kallat PUK-värde. Beskrivning av metoden och hur PUK-värdet är uppbyggt finns på SKL:s webbplats². Enkätvolymen och svarsfrekvens redovisas i tabell 5.

Tabell 5. Antal utskickade enkäter och svarsfrekvens för Nationell patientenkät inom respektive verksamhetsområde 2014

Verksamhetsområde	Totalt utskickade enkäter	Svarsfrekvens (%)
Psykiatrisk öppenvård	76 584	36
Psykiatrisk slutenvård	10 280	32
Somatisk sjukhusvård, öppen	178 161	60
Somatisk sjukhusvård, sluten	73 677	65

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Resultatredovisning

Tabell 6 visar förkortade frågeställningar från enkäterna och utfall för de utvalda patientsäkerhetsfrågorna för öppen respektive sluten somatisk sjukhusvård samt för psykiatrisk öppen och sluten vård. Frågorna har numrerats 1–6 i tabellen och resultaten presenteras för 2014 och värdet för 2012 anges inom parentes. I likhet med tidigare utskick av nationell patientenkät till personer som vårdats inom psykiatrisk öppen- och slutenvård var svarsfrekvensen låg, vilket medför tolkningssvårigheter och statistisk osäkerhet.

Läkaren motiverar vid läkemedelsförskrivning

Resultatet visar att patienterna uppfattar att läkaren informerar tydligt när det gäller att motivera varför man ska ta det förskrivna läkemedlet (fråga 1). Patienterna i somatisk vård tycker även att läkaren ofta frågade om de använde andra läkemedel och vilka det i så fall var (fråga 3). Patienter som besökt psykiatrisk öppenvård upplevde att läkaren inte tog ställning till deras medicinering tillräckligt ofta (fråga 4).

Biverkningar och varningssignaler

Patienterna upplevde överlag att de inte fått tillräcklig information om eventuella läkemedelsbiverkningar (fråga 2), inte heller att de fått information om varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande sin sjukdom eller behandling (fråga 5). Patienter som besökt somatisk sjukhusvård öppen, bedömde att de fick information om vad de skulle göra om problemen kvarstod, blev värre eller kom tillbaka (fråga 6).

² <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/nationellpatientenkät/omnationellpatientenkät/tidplan.621.html>

Tabell 6. PUK-värde Nationell patientenkät 2014

Utfall 2012 inom parentes.

Förkortade frågeställningar	Somatisk sjukhusvård slut	Somatisk sjukhusvård öppen	Psykiatrisk slutenvård	Psykiatrisk öppenvård
1. Information om förskrivet läkemedel	81 (82)	92 (90)	72 (80)	84 (81)
2. Information om läkemedelsbiverkningar	39 (36)	51 (51)	38 (35)	47 (43)
3. Andra läkemedel?	80 (79)	74 (72)	*	*
4. Återkommande läkemedelsgenomgång	*	*	*	64 (60)
5. Information om varnings-signaler	50 (48)	54 (55)	27 (29)	*
6. Information om vårdkontakter vid utebliven förbättring	*	71 (71)	*	*

*Ingick inte i enkäten

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Diskussion

Det är ett krav att patienterna uppfattar att de fått den information om sin sjukdom och behandling som de behöver för att kunna vara delaktiga och medverka till en säker vård. Resultatet 2014 visar mycket marginella förändringar jämfört med mätningen 2012 och Socialstyrelsen tolkar det som att vårdgivarnas insatta åtgärder efter tidigare mätningar inte varit tillräckligt effektiva. Det är anmärkningsvärt att patienterna upplever att de inte får den information som de behöver.

Enkäterna som sänds till patienter vårdade inom de olika verksamhetsområdena är inte identiska. Ovanstående frågeställningar är viktiga oavsett vilken vårdform patienten vårdats inom. Om frågorna inte ställs ges inte patienterna möjlighet att återkoppla viktig information som har betydelse för patientsäkerheten.

Stöd till patientens delaktighet

Socialstyrelsen har publicerat *Min guide till säker vård* som är en handbok för patienter som har eller kan komma att få upprepade kontakter med vården [8]. Den syftar till att stödja patienten och öka delaktigheten i den egna vården. I guiden finns information om vilka lagar och regler som vården ska följa och vilka rättigheter man har som patient. Guiden innehåller konkreta tips, råd och information om vården samt hänvisning om vart patienten kan vända sig för att få ytterligare upplysningar. Patienten kan på så sätt medverka till att göra den egna vården så säker och trygg vård som möjligt. Guiden finns även tillgänglig i en lättläst version och på flera olika språk. Socialstyrelsen har under 2014 kommunicerat guiden i vård och omsorg och detta har lett till en markant ökning av beställningar.

Socialstyrelsen har även gett ut en handbok som riktar sig till personal *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vård-*

givare, chefer och personal. Handboken ger en samlad beskrivning av lagstiftning, föreskrifter och andra regler som gäller patientens ställning och rätten till information, delaktighet och kontinuitet. Socialstyrelsen ger ut en ny upplaga av handboken i april 2015 och den omfattar då patientlagen (2014:821) som trädde i kraft den 1 januari 2015 [9].

Kompetens

Resultat i korthet

- Alla landsting har utbildning inom något patientsäkerhetsområde men strukturen och systematiken varierar stort. Det finns ytterligare behov av utbildning inom framför allt patientsäkerhetskultur och patientdelaktighet.
- Patientsäkerhet som begrepp förekommer sällan i universitetens och högskolornas styrande dokumenten (utbildnings- och kursplaner) för legitimerade yrkesgruppers grundutbildning.

Inledning

Brister i utbildning och kompetens är en av de vanligaste orsakerna till att en vårdskada uppstår [10]. Rätt yrkeskompetens säkerställer att vårdpersonalen behärskar sina arbetsuppgifter och utför all vård och behandling på ett säkert sätt. Patientsäkerhetsteman i både grundutbildning och fortbildning förutsätts leda till att vårdpersonalen börjar ställa medvetna krav på en säker arbets- och vårdmiljö. Riskhanteringskompetens är också viktigt för att personalen ska kunna bedöma risker som kan uppstå i arbetet samt föreslå och vidta åtgärder. För att få en ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna måste ämnet patientsäkerhet beaktas och integreras i vårdutbildningar på alla nivåer.

Patientsäkerhetsutbildning i landstingen

Många landsting har utbildning inom delar av patientsäkerhetsområdet men det saknas en samlad bild av utbildningarnas innehåll och målgrupp.

Socialstyrelsen har undersökt förekomst och omfattning av landstingens utbildning inom patientsäkerhetsområdet med en webbenkät som skickades till samtliga landsting. Totalt 20 landsting besvarade enkäten.

Patientsäkerhet omfattar flera olika moment och delar av vården. Nio områden valdes ut och för vart och ett av dessa ställdes frågor om förekomst, typ av utbildning, målgrupp och utbildningsform. Metodbeskrivningen finns att läsa i appendixet.

Lägst förekomst av utbildning i patientdelaktighet

Alla landsting hade utbildningar i förbättringskunskap och förändringsledning, kommunikation i vårdens övergångar, risk- och vårdskadeområden och metoder för att identifiera negativa händelser och vårdskador. Utbildning var minst förekommande inom områdena patient- och närståendedelaktighet ur ett patientperspektiv och patientsäkerhetskultur (figur 17). Av kommentarer-

na framgick att systematiken och strukturen varierade i stor grad mellan landstingen.

Figur 17. Förekomst av utbildning inom patientsäkerhetsområdet 2014

Andel landsting för respektive patientsäkerhetsområde.



Basutbildning – den vanligaste utbildningstypen

Vid introduktionen för alla nya medarbetare, oavsett yrkeskategori, behöver delar om patientsäkerhet ingå, exempelvis vad en avvikelse är och hur den ska rapporteras. Basutbildning omfattar kunskap som ger insikt och förståelse för hur man jobbar riskförebyggande och utbildningen omfattar alla medarbetare oavsett yrkeskategori. Några medarbetare har även ett utökat ansvar för patientsäkerhetsarbetet och de kan behöva fördjupad utbildning inom ett eller flera områden. Dessutom behöver chefer särskilt riktad utbildning utifrån sitt ansvar och sin roll i patientsäkerhetsarbetet. De olika utbildningstyperna förklarades inte i frågeformuläret utan landstingen har gjort sina egna tolkningar av dem.

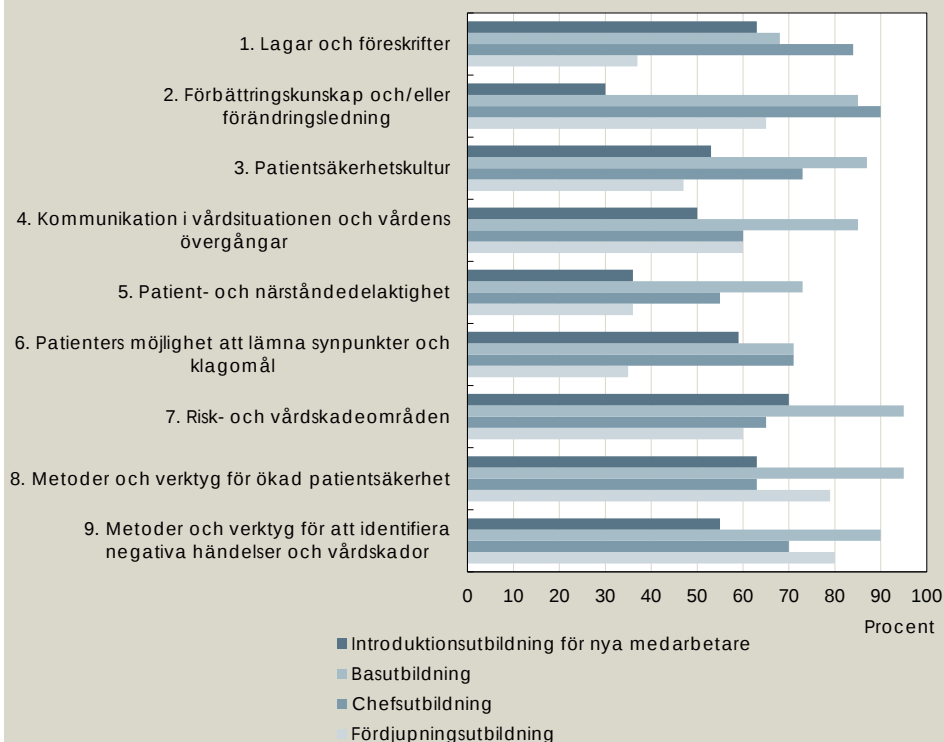
Basutbildning finns i alla landsting men inte inom samtliga områden. Det var den vanligast förekommande typen av utbildning för alla områden, förutom när det gäller lagar och föreskrifter och förbättringskunskap som ingick något oftare i chefsutbildningar. Fördjupningsutbildning förekom framför allt inom områdena förbättringskunskap och metoder och verktyg för att identifiera negativa händelser. Risk- och vårdskadeområden var den utbildning som var vanligast i introduktionsutbildning för nya medarbetare (figur 18). Det var inget landsting som hade samtliga fyra utbildningstyper inom alla områden, men några hade alla fyra utbildningstyper inom ett eller flera av utbildningsområdena.

Av kommentarerna framkom att det var stor variation i systematik och struktur mellan landstingen vad gäller patientsäkerhetsutbildning. Utbildning

kunde vara information på en arbetsplatsträff, till exempel efter en mätning av patientsäkerhetskultur, men också temadagar, personlig information för ett särskilt uppdrag, en riktlinje publicerad på intranätet eller kontinuerligt återkommande utbildningar inom specifika områden. Vissa landsting har även uppdragsutbildningar då sakkunniga personer utbildar medarbetare utifrån lokala utbildningsbehov.

Figur 18. Förekomst av utbildningstyper inom patientsäkerhetsområdet

Andel landsting för respektive utbildningstyp och patientsäkerhetsområde.



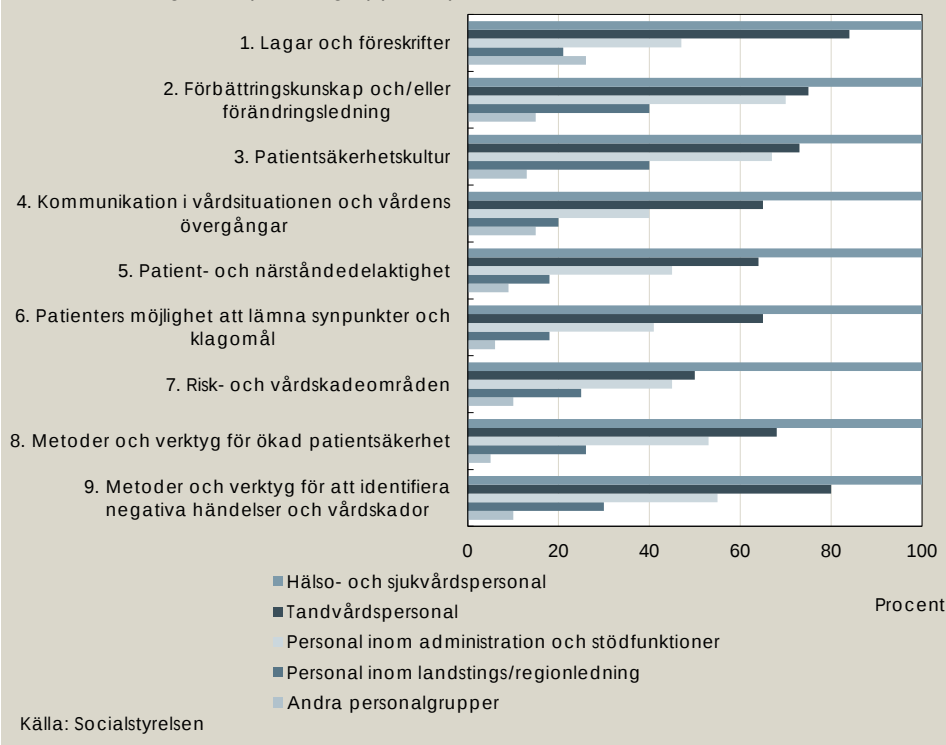
Källa: Socialstyrelsen

Målgrupper för utbildning

Utbildningarna riktas främst till hälso- och sjukvårdspersonal följt av tandvårdspersonal. Utbildning till landstings- och regionledning var minst förekommande (figur 19). Andra grupper som fick utbildning var kommunal personal.

Figur 19. Personalgrupper som får ta del av utbildning inom patientsäkerhetsområdet 2014

Andel landsting för respektive grupp och patientsäkerhetsområde.



Källa: Socialstyrelsen

Vanligast med lärarledda utbildningar

Utbildningarna är vanligen lärarledda och det är ovanligt med webbutbildningar och e-lärande. Sju landsting hade inga webbutbildningar alls medan det var vanligare i två landsting som hade webbutbildning för åtta respektive sju av utbildningsområdena. Flest landsting hade webbutbildning i metoder och verktyg för ökad patientsäkerhet. Minst vanligt var det i området patient- och närståendelaktighet ur ett patientperspektiv.

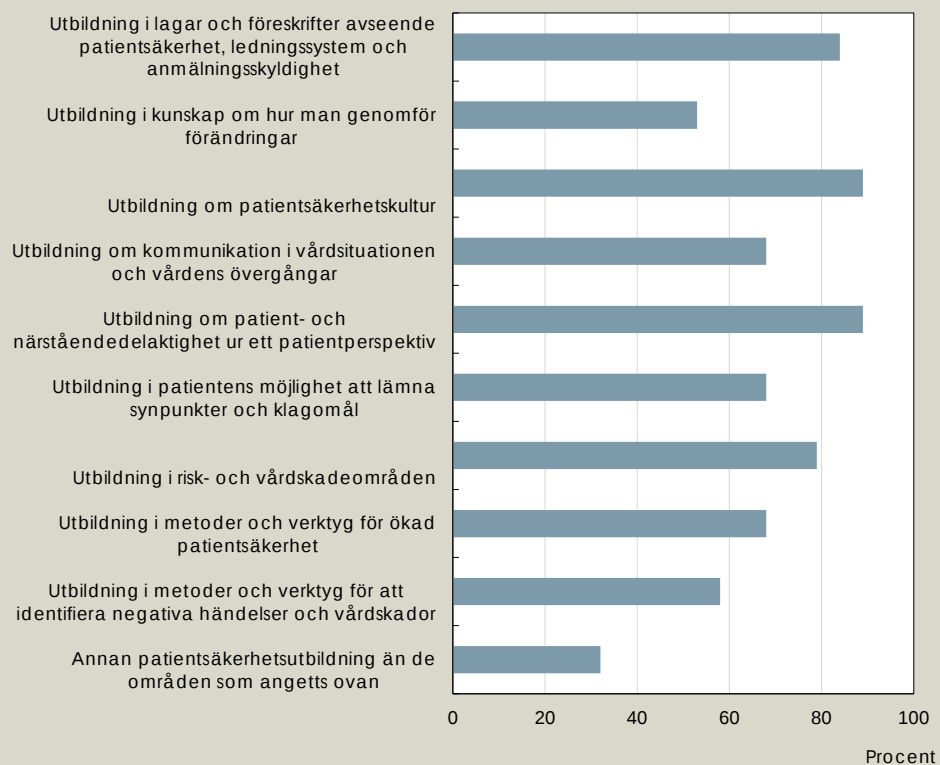
Vad som uppfattades som webbutbildning och e-lärande varierade. Det kunde vara bildspel med eller utan talmanus, filmer och interaktiv utbildning med kunskapskontroll.

Behov av utbildning i patientsäkerhet

Det är 19 landsting som anger att de har ytterligare behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet, och då främst inom patientsäkerhetskultur och patientdelaktighet (figur 20). Andra områden där det finns behov gäller nya analysmetoder och teamutbildning. Några landsting efterfrågar en nationell satsning och samordning för utbildning inom patientsäkerhet bland annat för att de inte har resurser att ta fram utbildningsmaterial.

Figur 20. Efterfrågat behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet

Andel landsting för respektive patientsäkerhetsområde.



Källa: Socialstyrelsen

Diskussion

Någon form av utbildning inom patientsäkerhet förekommer i alla landsting enligt enkätsvaren.

Undersökningen kan inte ge svar på utbildningarnas exakta innehåll, omfattning eller kvalitet men det framstår tydligt att systematiken och strukturen varierar stort både inom och mellan landsting. Utbildning kan till exempel bedrivas på endast ett av sjukhusen i landstinget.

Få landsting har ett genomgående övergripande utbildningsprogram bestående av introduktions-, bas-, chefs- och fördjupningsutbildning. Utbildningarna riktas inte i så hög omfattning till landstingsledningarna trots att de är en viktig målgrupp eftersom det är de som ska skapa förutsättningarna för ett bra patientsäkerhetsarbete.

Det är inte så vanligt med webbutbildning och e-lärande trots att sådana skapar möjligheter att nå ut inom landstinget och dela kunskap med andra vårdgivare. Webbutbildningar kan också öka personalens möjligheter att genomföra en utbildning eftersom de kan genomföras individuellt vid lämpligt tillfälle.

Nästan alla landsting angav att det fanns behov av mer utbildning inom vissa områden men även att befintliga utbildningar behövde förstärkas och bedrivas mer systematiskt.

Utbildning inom patientsäkerhet är i grunden gemensam för alla medarbetare i hälso- och sjukvården även om landstingen har olika förutsättningar för att skapa, förvalta och utveckla utbildningar. Nationell samordning kan vara ett alternativ för en samlad kunskapsspridning genom att skapa en gemensam basnivå för patientsäkerhetsutbildning.

Enkätundersökningen är ett första steg i att kartlägga patientsäkerhetskunskapen och behov av kunskapsunderlag och stöd till implementering. Socialstyrelsen har för avsikt att göra fördjupade analyser för att få en helhetsbild av kompetensbehoven och vilka åtgärder som behöver vidtas för att stärka kompetensen inom patientsäkerhetsområdet.

Patientsäkerhet i vissa universitets- och högskoleutbildningar

Inledning

Om patientsäkerhet ingår i grundutbildningen finns förutsättningar för att arbeta utifrån en gemensam grund samtidigt som man ökar medvetenheten om riskområden och vårdskador och främjar ett förebyggande arbetssätt. Det behövs grundläggande kunskaper om exempelvis risk- och vårdskadeområden men också om vad begreppet patientsäkerhet innefattar.

För att utbildningen ska hållas inom vissa ramar finns utbildnings- och kursplaner för samtliga universitets- och högskoleutbildningar. Dessa styrande dokument anger de kunskapskrav och mål som finns för att studenten ska godkännas på kursen och utbildningen. En utbildning eller kurs som nämner patientsäkerhet i innehållsbeskrivningen tar rimligtvis också upp ämnet och begreppet specifikt under kursens genomförande. Kursen kan omfatta patientsäkerhet även om det inte nämns i beskrivningen, men risken är större att ämnet inte får en tydlig plats i genomförandet av utbildningen.

Socialstyrelsen har undersökt förekomsten av begreppet patientsäkerhet i utbildnings- och kursplaner i grundutbildningen för nio utvalda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård. Aktuella utbildnings- och kursplaner inhämtades från samtliga universitet och högskolor med utbildningar som leder till yrkeslegitimation av yrkesgrupperna arbetsterapeut, barnmorska, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, läkare, röntgensjuksköterska, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. Omfattningen av materialet för respektive utbildning och lärosäte varierade. Metodbeskrivningen finns att läsa i appendixet.

Förekomst av termen patientsäkerhet

Genomgången av styrdokumentet, det vill säga utbildnings- och kursplaner, visade att termen patientsäkerhet förekom i 77 av 1 380 dokument. I 55 av de 89 utbildningarna saknades det helt i styrdokumentet. Termen förekom inte i någon kursplan för barnmorskeutbildning och i mycket begränsad omfattning i kursplaner för arbetsterapeuter, läkare, tandhygienister och tandläkare. Detta betyder inte att det saknas, utbildningen kan givetvis ändå innehålla moment av patientsäkerhet.

För att kunna värdera begreppet gjordes en enklare innehållsanalys för respektive utbildning. Analysen utgick från två aspekter: kvantitet i form av hur ofta termen förekom i kursplaner och utbildningsplaner, samt kvalitet, dvs. om termen förklarades ytterligare eller ingick i ett sammanhang där mål och syfte tydligt framgick.

Analysen visade att patientsäkerhet både definierades och beskrevs olika vid olika lärosäten. I vissa kursplaner stod det som ett kunskapsmål medan det i andra dokument beskrevs mer ingående tillsammans med andra aspekter av kursens innehåll och utbildningens mål.

I sex utbildningar konkretiserades begreppet patientsäkerhet tydligt. Patientsäkerhet hade då en central roll i flera av kurserna och hade på ett naturligt sätt vävts in i de styrande dokumenten. Detta gällde utbildningar till sjuksköterska, röntgensjuksköterska och biomedicinsk analytiker vid sex lärosäten.

Diskussion

Genomgången av tillgängliga kurs- och utbildningsplaner visar att begreppet patientsäkerhet inte är vanligt förekommande i de styrande dokumenten. Avsaknad av begreppet är inte ett belegg för att patientsäkerhet inte finns med och diskuteras i utbildningar utan undersökningen kan endast påvisa att ämnet inte nämns i dokumenten som identifierar de centrala delar som studenten förväntas att lära sig under utbildningen och den specifika kursen. Avsaknaden av termen patientsäkerhet i styrdokumentet kan tyda på att diskussionen kring patientsäkerhet inte förts in på ett genomgripande sätt vid alla utbildningar.

Resultatet begränsas av metoden för denna undersökning, med insamlade kurs- och utbildningsplaner och sökningar på termen patientsäkerhet. Troligen skulle bilden bli mer nyanserad om sökningen i stället omfattat ord och begrepp som är relaterade till patientsäkerhet. Undersökningens styrka är dock identifieringen av utbildningar som visar att patientsäkerhetsbegreppet på ett tydligt sätt kan genomsyra utbildningarnas styrdokument. Inventeringen var ett första steg med att kartlägga vilken patientsäkerhetskunskap som legitimerade yrkesgrupper i hälso- och sjukvården får i grundutbildningen. Socialstyrelsen har för avsikt fördjupa analys och kartläggning av vårdutbildningarnas innehåll av patientsäkerhetskunskap på universitets- och högskolenivå.

Risk- och vårdskadeområden

Resultat i korthet

- Markörbaserad journalgranskning visar att det är 9 procent vårdskador under ett år och andelen vårdtillfällen med vårdskador tenderar att ha minskat. Antalet allvarliga vårdskador, som innebär att patienten får bestående men eller avlider, är på en betydligt lägre nivå än vad Socialstyrelsen tidigare redovisat. Den mest frekventa vårdskadan är vårdrelaterad infektion.
- I punktprevalensmätningarna ligger vårdrelaterade infektioner runt 9 procent, men spridningen mellan landstingen är 5–13 procent.
- Totalt 74 procent av personalen följer basala hygienrutiner och klädregler, med en spridning mellan landstingen på 59–87 procent.
- Antibiotikaanvändningen har minskat. År 2013 var antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare 9 procent färre jämfört med föregående år.
- Sedan 2005 har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat med 43 procent.
- Drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och cirka 60 procent bedöms vara möjliga att förebygga.
- Användningen av trycksårspåbyggande metoder har ökat, men trots detta är det fortfarande 14 procent av patienterna som drabbas av trycksår.
- De flesta landsting väljer att överbelägga framför att utlokalisera patienter när de disponibla vårdplatserna inte räcker till. Överbeläggningarna är flest i juli.
- Psykiskt sjuka med samtidig somatisk sjukdom har betydligt högre dödlighet än befolkningen i övrigt.

Inledning

Vårdskador orsakar stort lidande för patienter och medför stora kostnader för hälso- och sjukvården. För att minska antalet frekventa eller allvarliga vårdskador måste vården veta vilka vårdskador som förekommer och identifiera riskområdena så att vårdskadorna går att förebygga. Genom kontinuerlig mätning går det att följa effekten av insatta förbättringsåtgärder.

Avvikelse rapportering är den vanligaste metoden för att identifiera och uppmärksamma avvikelser och uppkomna skador i vården. Inom hälso- och sjukvården finns sedan början av 1990-talet krav på att vårdgivarna ska ha avvikelse rapporteringssystem där personalen identifierar och rapporterar

skador som drabbat patienter. Det har dock, både i Sverige och USA, visat sig att personalen rapporterar mycket få skador i jämförelse med vad som kan upptäckas med så kallad strukturerad journalgranskning [11–13].

I detta avsnitt redovisas resultat från markörbaserad journalgranskning med frekvens och typ av skador. Därefter följer en redovisning av risk- och vårdskadeområden och förebyggande metoder där det finns nationella indikatorer för uppföljning. Redovisningen omfattar även ett urval metoder och riskområden där det i dagsläget saknas nationella indikatorer.

Markörbaserad journalgranskning

Strukturerad journalgranskning ingick i patientsäkerhetsöverenskommelsen under perioden 2011–2014. Resultatet av journalgranskningarna 2013–2014 har sammanställts av SKL [6,15].

I Sverige används metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) för att göra strukturerade journalgranskningar och metoden togs i bruk 2013 [14]. Innan dess användes Global Trigger Tool (GTT). Markörbaserad journalgranskning innebär att journaldokumentationen från ett slumpmässigt urval av avslutade vårdtillfällen i somatisk sjukhusvård granskas. Metoden MJG innehåller fyra nya skadetyper och tydligare anvisningar för att bedöma skador och undvikbarhet jämfört med GTT.

Nedan redovisas delar av resultatet från journalgranskningarna 2013–2014. Procentsatsen i redovisningen av förekomsten av skador respektive vårdskador har avrundats. Metoden och dess användning beskrivs i appendixet.

Resultat av nationell journalgranskning 2013–2014

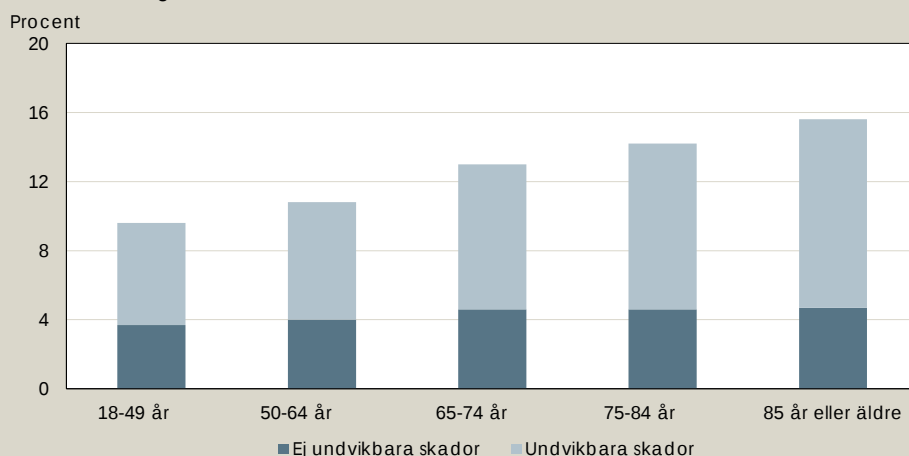
Sammanlagt har journaler från 29 860 vårdtillfällen vid 63 sjukhus (34 länsdelssjukhus, 22 länssjukhus och 7 universitetssjukhus) granskats. Könsfördelningen bland patienterna var 54 procent kvinnor och 46 procent män. Genomsnittsåldern för män var 69 år och för kvinnor 66 år.

Vid cirka 13 procent av de granskade vårdtillfällen hade patienten fått en eller flera skador. Det fanns en stor spridning i förekomsten av skador vid de 63 sjukhusen, 3–31 procent av vårdtillfällen. Sammanlagt bedömdes 62 procent av skadorna som vårdskador, vilket innebär att de var undvikbara. Vårdskador identifierades vid 8 procent av de granskade vårdtillfällen med variationen 1–22 procent mellan sjukhusen.

Skador var lika vanliga hos båda könen. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador steg med ökande ålder, och en signifikant högre skadenivå (skador och vårdskador) sågs för patienter över 65 år. I figur 21 framgår skadenivån för de olika åldersgrupperna.

Figur 21. Andel vårdtillfällen med ej undvikbara respektive undvikbara skador i olika åldersgrupper 2013–2014

Procent av granskade vårdtillfällen.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Hälften av skadorna (undvikbara och ej undvikbara skador) var lindriga och övergående. 44 procent av skadorna bidrog till temporär skada som krävde vård. Drygt fem procent av skadorna var allvarliga det vill säga skador som ledde till bestående funktionsnedsättning eller bidrog till att patienten avled (tabell 7).

Tabell 7. Skadornas fördelning i allvarlighetsgrad

Markörbaserad journalgranskning 2013–2014.

Typ av skada	Procent
Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde åtgärd	50
Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde vård	44
Bidrog till eller orsakade permanent skada	3
Krävde livsuppehållande åtgärder	1
Bidrog till patientens död	2
Totalt	100

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Andelen skador som bedömdes som undvikbara var lägre i de fall man bedömde att skadan bidrog till dödsfallet vilket framgår i tabell 8. De mest frekventa skadorna som bidrog till dödsfall var sepsis, kirurgiska skador, svikt i vitala parametrar samt läkemedelsrelaterade skador. De vanligaste lindriga skadorna var trycksår, fall och urinvägsinfektion där undvikbarheten bedöms som hög.

Tabell 8. Andel undvikbara skador fördelat på allvarlighetsgrad

Markörbaserad journalgranskning 2013–2014.

Typ av skada	Procent
Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde åtgärd	65
Bidrog/resulterade i temporär skada som krävde vård	61
Bidrog till eller orsakade permanent skada	57
Krävde livsuppehållande åtgärder	61
Bidrog till patientens död	42

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Vanligaste skadan är vårdrelaterad infektion

Den vanligaste typen av skada, både undvikbar och ej undvikbar, var vårdrelaterade infektioner (tabell 9). 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. Läkemedelsrelaterade skador och blåsöverfyllnad utgjorde vardera drygt 9 procent av skadorna. Trycksår och fallskada var två skadetyper som var vanligare bland patienter 65 år eller äldre, medan kirurgiska skador var vanligare bland dem under 65 år.

Tabell 9. Skadornas fördelning i olika skadetyper 2013–2014

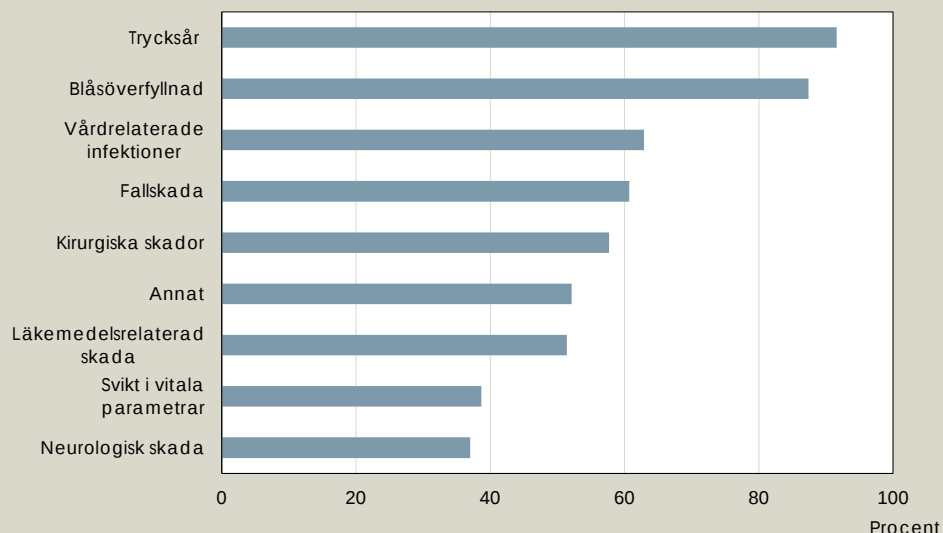
Typ av skada	Procent
Vårdrelaterade infektioner	33
Annat	19
Kirurgiska skador	13
Blåsöverfyllnad	10
Läkemedelsrelaterad skada	9
Trycksår	7
Fallskada	5
Svikt i vitala parametrar	3
Neurologisk skada	1
Totalt	100

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Trycksår och blåsöverfyllnad var två skadetyper där ungefär 9 av 10 skador bedömdes som undvikbara. För vårdrelaterade infektioner, fallskada och

kirurgiska och andra invasiva ingrepp var det 6 av 10 skador som bedömdes som undvikbara (figur 22).

Figur 22. Andel undvikbara skador inom respektive skadetyper 2013–2014



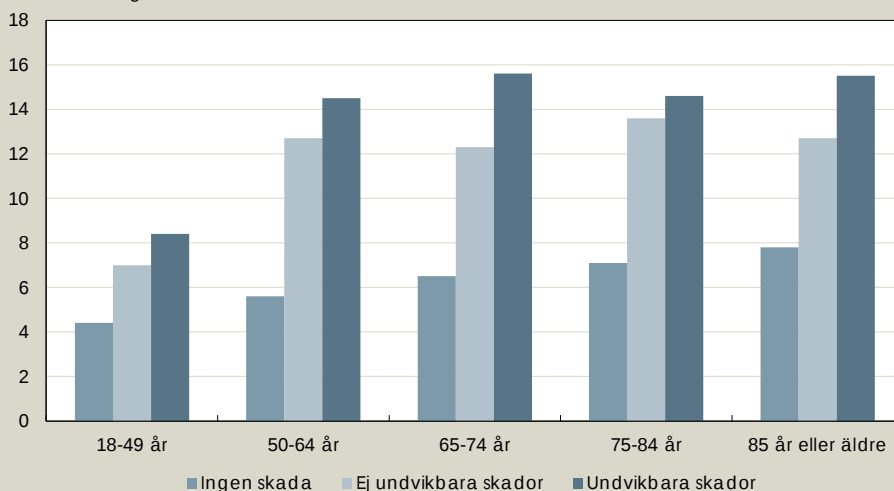
Skador fördubblar vårdtiden

Vårdtillfällen med skador innebar dubbelt så lång medelvårdtid som för andra tillfällen. För vårdtillfällen utan skador är medelvårdtiden längre ju äldre patienten är, från 4,4 dagar för den yngsta gruppen till 7,8 dagar för den äldsta (figur 23). Vårdtillfällen med båda typerna av skador innebar längre vårdtid för alla åldersgrupper jämfört med vårdtillfällen utan skador.

Figur 23. Vårdtid i olika åldersgrupper 2013–2014

Patienter med ingen skada, ej undvikbar skada respektive undvikbar skada.

Antal vård dagar



Ingen säsongsvariation för skadeförekomst

År 2013 granskades under tolv månader 19 927 vårdtillfällen och under 2014 granskades under årets första sex månader 9 933 vårdtillfällen med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Vårdtillfällen med skador (inte undvikbara och undvikbara) varierade mellan 11procent (maj 2014) och 15 procent (maj 2013). Någon säsongsvariation fanns inte, och andelen vårdtillfällen med skada under semesterperioden juni–augusti skilde sig inte från övriga månader.

Skador och vårdskador på nationell nivå

Antalet granskade vårdtillfällen i studien 2013–2014 var inte proportionellt mot det verkliga antalet vårdtillfällen som genomfördes på sjukhusen enligt Socialstyrelsens patientregister. Länsdelssjukhusen var överrepresenterade i materialet medan universitetssjukhusen var underrepresenterade. SKL beräknade därför ett viktat mått, med kompensation för att andelen granskade vårdtillfällen vid de stora sjukhusen i studien var lägre än andelen genomförda vårdtillfällen enligt patientregistret. Det viktade måttet gav ett mer rättvisande resultat som tog hänsyn till att universitetssjukhusen hade en högre andel vårdtillfällen med skador. Resultatet blev att den viktade andelen av vårdtillfällen med skador blev högre, 14 procent jämfört med 13 procent (tabell 10).

Tabell 10. Andel vårdtillfällen med skador respektive vårdskador 2013–2014

Granskade journaler och omräknade till nationell nivå.

Tidsperiod	Granskade journaler		Omräknat till nationell nivå	
	Vårdtillfällen med skador	Vårdtillfällen med vårdskador	Vårdtillfällen med skador	Vårdtillfällen med vårdskador
Jan–juni 2013	14	9	15	10
Juli–dec 2013	13	8	14	9
Jan–juni 2014	12	8	13	8
Hela perioden	13	8	14	9

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

I metoden MJG ingår fyra nya skadeområden: blåsöverfyllnad, svikt i vitala parametrar, hudskada eller yttlig kärlskada samt neurologisk skada. En del av dessa klassificerades tidigare som ”övriga skador” i GTT-metoden [16]. Antalet identifierade skador har ökat med cirka 10 procent sedan MJG-metoden infördes, vilket i första hand beror på utökningen av skadeområden.

Lägre andel vårdskador jämfört med tidigare studie

I SKL:s undersökning 2013–2014 fanns drygt 1 400 fall där undvikbara skador bedömdes ha varit en bidragande orsak till att patienten avled. Uppskattningsvis bedömdes cirka 3 000 patienter ha fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad [6]. Detta resultat visar på en lägre andel skador och vårdskador i jämförelse med Socialstyrelsen vårdskadestudie som publicerades 2008 [17]. Socialstyrelsen undersökte då närmare 2 000 vårdtillfällen från tidsperioden 2003–2004 med hjälp av journalgranskning. Man beräknade att cirka 10 000 patienter kunde ha fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad och att i cirka 3 000 fall kunde undvikbara skador ha varit en bidragande orsak till att patienten avled.

Undersökningarna utfördes med två olika journalgranskningsmetoder, vilket innebär en viktig felkälla. Socialstyrelsen granskade journalerna under ett år efter vårdtillfället och använde den så kallade Harvard Medical Practice Study [17]. SKL gjorde sin granskning ett par månader efter vårdtillfället, vilket kan förklara en del av skillnaden när det gäller att identifiera bestående men.

Skador inom ortopedi och kirurgi

Under januari 2013–juni 2014 granskades närmare 30 000 vårdtillfällen, vilket gör undersökningen till en av de största i världen. Storleken gjorde det också möjligt att särskilt analysera data för de största specialiteterna, exempelvis kirurgi och ortopedi. Inom kirurgi granskades 3 301 vårdtillfällen och granskningen visade att patienten drabbades av en skada vid 15 procent av vårdtillfällena och att skadan i 63 procent av fallen bedömdes som undvikbar. För ortopedisk vård, där 2 443 vårdtillfällen granskades, var motsvarande siffror 16 procent respektive 73 procent.

Det är oftast lättare att skapa intresse för förbättringsarbetet om identifierade skador berör det egna verksamhetsområdet. SKL har tagit fram två rapporter tillsammans med Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening och Patientförsäkringen LÖF, och via de professionella organisationerna har dessa rapporter distribuerats till samtliga kirurg- och ortopedkliniker i Sverige för att sprida resultaten [18,19].

Förbättringsarbeten på klinisk nivå

I patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 ingick att minst 25 procent av klinikerna på sjukhusen skulle använda metoden MJG. På klinisk nivå fick verksamheterna själva bestämma vilket urval av vårdtillfällen de ville granska, antingen ett slumpmässigt eller ett specifikt urval. Specifika urval kunde till exempel vara vårdtillfällen med lång vårdtid, vårdtillfällen där patienten avlidit eller hade en viss huvuddiagnos, utlokaliserade patienter eller patienter som ingått i en viss vårdprocess.

Sjukhusen skulle också rapportera vilka förbättringsområden de identifierat med MJG och vilka åtgärder som genomförts på sjukhus- och klinisk nivå för att främja patientsäkerheten. I december 2014 publicerades en sammanställning av dessa förbättringsarbeten, med utgångspunkt från resultaten av MJG 2013–2014 [15]. Syftet med rapporten var att få en överblick över pågående förbättringsarbeten inom olika skadeområden, och

eftersom rapporten även innehöll en lista med kontaktpersoner på de olika sjukhusen hade sjukhusen möjlighet att lära av varandra. En sammanställning av förbättringsområdena presenteras i tabell 11.

Tabell 11. Sammanställning av de skadeområden/skadetyper där förbättringsarbeten genomförts på sjukhus- och klinikinivå

Baserad på resultat av markörbaserad journalgranskning 2013–2014.

Skadeområde/skadetyp*	Antal kliniker alternativt sjukhus/motsvarande
Akuta insatser	7
Amputation	3
<i>Blåsöverfyllnad</i>	19
Dokumentationsbrister	27
Dödsfall	7
<i>Fall</i>	17
Fördröjd behandling	4
Hjärtsvikt	4
<i>Hud- och yttlig kärlskada</i>	2
<i>Kirurgiska komplikationer/skador</i>	15
<i>Läkemedelsrelaterade skador</i>	17
Metodutveckling	4
Nutritionproblem	5
Patientmedverkan	2
Samarbete och samverkan	15
Smärtproblematik	2
<i>Trycksår</i>	18
Utlökaliserade patienter	4
<i>Vårdrelaterade infektioner</i>	27
- <i>Postoperativa sårinfektioner</i>	8
- <i>Urinvägsinfektioner</i>	20
Återinskrivningar	7
<i>Övrigt</i>	12
Övrigt övergripande patientsäkerhetsarbete	25
Totalt	271

* Kursiv stil är skadetyper som är definierade i markörbaserad journalgranskning

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Diskussion

Markörbaserad journalgranskning, i den omfattning som gällde 2013–2014, gör det möjligt att mäta skadefrekvens och skadeområden men även att

analysera hur skadorna fördelar sig i olika ålderskategorier, mellan olika sjukhustyper och inom olika medicinska verksamhetsområden. Resultatet visar betydligt färre allvarliga vårdskador som innebär att patienten får bestående men eller avlider än vad som tidigare redovisats i Socialstyrelsens vårdskadestudie 2008 [17]. Skillnaden mellan Socialstyrelsens och SKL:s undersökning kan till viss del bero på att undersökningarna hade olika omfattning och på att olika journalgranskningsmetoder användes. Antalet allvarliga skador och skador som bidragit till dödsfall är alltså lägre än vad som tidigare antagits, men antalet identifierade vårdskador har ökat sedan MJG-metoden infördes. Denna ökning beror i första hand på utökningen av skadeområden. Dock drabbas nästan var tionde patient av en vårdskada och det är inte acceptabelt. MJG-undersökningen bekräftar även resultaten från SKL:s tidigare undersökningar, nämligen att patienter med skador har en närmast fördubblad vårdtid i förhållande till patienter utan skador. Merkostnaden inom hälso- och sjukvården för de undvikbara skadorna har beräknats till 6,9–8,5 miljarder kronor per år [20].

Andelen skador som av granskarna bedömdes som undvikbara i SKL-undersökningen var 62 procent vilket är något lägre än de 70 procent Socialstyrelsen redovisade år 2008 [6,17]. Bedömningen om en skada ska anses som undvikbar är många gånger svår och bedömningen blir subjektiv. För att minska graden av subjektivitet innehåller metoden markörbaserad journalgranskning tydligare instruktioner för bedömning av undvikbarhet. I den fortsatta utvecklingen av metoden behövs en validering av teamens bedömningar.

Metoden markörbaserad journalgranskning har hittills varit anpassad för slutna somatisk vuxenvård men under 2014 utvecklades metoden till att även tillämpas inom slutna vård för barn [21]. Under 2014 arbetade SKL även för att tillämpa metoden inom slutna psykiatrisk vård och en handbok publicerades i början av 2015 [22].

Indikatorer från öppna jämförelser

Det finns flera källor som illustrerar i vilken utsträckning patienter drabbas av skador och komplikationer i vården, men det framgår inte alltid hur stor andel som hade kunnat undvikas. I denna rapport redovisas ett urval indikatorer som bedömts avspegla förekomsten av vårdskador eller uppenbara risker för vårdskador. Indikatorerna har tidigare presenterats i rapporterna *Öppna jämförelser 2014. Hälso- och sjukvård* [23], *Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar* [24] och *Öppna jämförelser 2014. Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom* [25].

Visning av data

Nedanstående indikatorer presenteras i rapporten:

- andel patienter med vårdrelaterad infektion
- antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård
- andel äldre i befolkningen med tio eller fler läkemedel samtidigt

- andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre
- andel äldre i befolkningen som behandlas med antiinflammatoriska läkemedel, NSAID, på recept
- andel äldre i befolkningen som behandlas med antipsykotika
- andel äldre i befolkningen som använder olämpliga kombinationer av läkemedel
- trycksår förekomst och riskbedömning
- antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser.
- oplanerad återinskrivning inom 30 dagar
- andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning
- sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom.

I tre figurer 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 är konfidensintervallet bredare eftersom observationerna är färre och utrymmet för slumpen större.

Indikatorer gällande infektioner redovisas i avsnittet Vårdrelaterade infektioner, med data från SKL:s punktprevalensmätning 2014.

Indikatorerna för läkemedelsbehandling är processmått och mäter olämplig läkemedelsbehandling som skulle kunna leda till en komplikation eller skada. Läkemedelsindikatorerna redovisas i avsnittet Äldre och läkemedel.

Indikator för trycksår redovisas i avsnittet Trycksår, med data från SKL:s punktprevalensmätning våren 2014.

Indikatorer för överbeläggning, oplanerad återinskrivning och nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning är processmått och mäter riskfaktorer som skulle kunna leda till en komplikation eller skada. De redovisas i avsnittet Överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

De två indikatorerna för åtgärdbar dödlighet redovisas i avsnittet Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet inom psykiatri.

Inom öppna jämförelser finns andra indikatorer som speglar patientsäkerhet. För att ta del av alla indikatorer hänvisas till www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser.

Vårdrelaterade infektioner

Inledning

I SKL:s sammanställning av skador i somatisk slutenvård utgjorde vårdrelaterade infektioner (VRI) drygt en tredjedel av alla skador i vården och var därmed det största skadeområdet [6].

En vårdrelaterad infektion definieras 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” [26].

I patientsäkerhetsöverenskommelsen 2011–2014 var punktprevalensmätningar av VRI en indikator. Som stöd för detta arbete tog SKL fram tre åtgärds paket som kan bidra till att minska förekomsten av VRI inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner och infektioner vid centrala venösa infarter (CVK).

Flera nationella initiativ har tagits för att minska förekomsten av VRI. Ett exempel är projektet Protesrelaterade infektioner ska stoppas (PRISS), där alla Sveriges ortopediska kliniker deltog och som har resulterat i ”best practices” inom fyra viktiga områden (optimering av riskfaktorer för infektion, antibiotikaproylax, uppföljning och identifiering av infektion, samt optimal operationsmiljö). På flera kliniker i landet ses också färre ledprotesrelaterade infektioner. Andra exempel på nationella initiativ är Vårdrelaterade infektioner ska stoppas (VRISS) och Rena händer räddar liv som var riktat till vården och omsorgen för att förbättra handhygien.

Studier visar att minst 20–30 procent av VRI borde kunna förebyggas [27–29], och vid markörbaserad journalgranskning (MJG) bedömdes nästan två tredjedelar av VRI vara undvikbara [6]. Den högre bedömningen med MJG beror på att det via journaluppgifter är svårt att avgöra vilka vårdrelaterade infektioner hos enskilda patienter som går att undvika. I de flesta journalsystem går det inte att i efterhand fastställa i vilken omfattning man i det enskilda fallet följt riktlinjerna i åtgärdsprogrammen och lokala vårdprogram, vilket gör det svårare att bedöma undvikbarhet. För att standardisera metoden vid journalgranskning betraktas därför vårdrelaterade infektioner principiellt som undvikbara.

Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient läggs betydande resurser på att behandla VRI, och de uppskattas orsaka 750 000 extra vård dagar per år till en kostnad av cirka 6,5 miljarder kronor [30].

Förekomst av vårdrelaterade infektioner

Förekomsten av VRI följs upp genom punktprevalensmätningar i slutenvård under en dag, en bestämd vecka på våren och hösten. Av alla inneliggande patienter inkluderas cirka 95 procent (runt 20 000 individer) vid varje mätning. Vid mätningarna registreras förutom VRI även riskfaktorer såsom antibiotikaanvändning, kateteranvändning, användning av CVK och kirurgiska ingrepp.

Varje enskild mätning ger en ögonblicksbild och upprepade mätningar ger säkrare tolkningsunderlag. Vid jämförelser mellan landsting bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patientsammansättningen är en känd faktor som kan påverka utfallet.

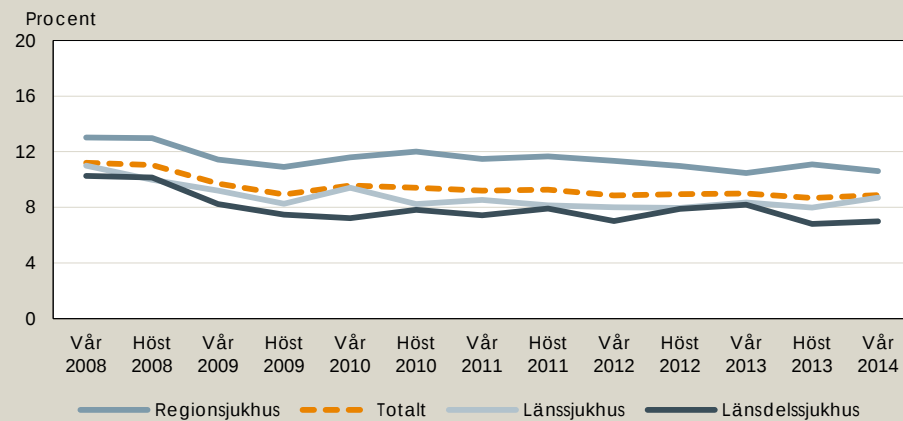
När punktprevalensmätningarna inleddes våren 2008 hade drygt 11 procent av patienterna inom somatisk slutenvård en VRI, och sedan våren 2009 har förekomsten kontinuerligt legat runt 9 procent. Resultaten visar ingen påvisbar minskning av VRI på nationell nivå under de senaste sex åren.

Våren 2014 hade cirka 9 procent av patienterna i riket en VRI. Förekomsten var högst på regionsjukhus med knappt 11 procent, något lägre på länssjukhusen med knappt 9 procent och lägst på länsdelssjukhusen där 7

procent drabbades av VRI. Utfallet kan bland annat förklaras genom skillnader i patientsammansättningen (figur 24).

Figur 24. Andel patienter i somatisk slutenvård med vårdrelaterad infektion på olika typer av sjukhus

Punktprevalensmätning 2008-2014.



Spridningen mellan landstingen var 5–13 procent vid mätningen våren 2014. Landstinget i Jämtland har minskat förekomsten av VRI mest, från 16 procent 2008 till 5 procent 2014. Exempelvis Halland, Jönköping och Stockholm redovisar relativt oförändrad förekomst av VRI medan den har ökat i Uppsala, från 6 till 12 procent, och i Kronoberg, från 9 till 13 procent under samma tid (tabell 12).

Tabell 12. Förekomst av vårdrelaterade infektioner i somatisk vård

Punktprevalensmätning 2008–2014, presenterade i procent.

Landsting	Vår 2008	Vår 2009	Vår 2010	Vår 2011	Vår 2012	Vår 2013	Höst 2013	Vår 2014
Jämtland	16	8	8	11	8	8	6	5
Värmland	8	10	8	9	6	6	9	5
Blekinge	11	8	11	9	7	8	12	5
Halland	7	8	7	7	6	6	7	6
Kalmar	12	8	8	9	9	12	7	6
Gotland	11	6	13	9	7	4	7	7
Jönköping	7	9	7	9	8	7	7	7
Sörmland	13	10	7	7	7	5	7	8
Västernorrland	12	8	8	8	8	7	6	8
Örebro	9	8	8	10	8	11	9	8
Västmanland	10	11	10	7	6	6	6	8
Västerbotten	13	10	12	10	10	9	9	8
Region Skåne	*	10	10	8	9	9	8	9
Riket	11	10	10	9	9	9	9	9
Stockholm	11	11	10	11	10	9	9	9
Västra Götaland	16	10	11	9	9	9	10	10
Norrbottn	13	9	7	9	7	8	6	10
Östergötland	*	9	10	11	9	13	11	10
Gävleborg	12	10	8	7	13	10	10	11
Uppsala	6	11	12	12	11	10	11	12
Dalarna	10	6	8	8	8	11	7	12
Kronoberg	9	10	8	9	9	8	10	13

*Deltog ej

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Faktorer som ökar risken

Punktprevalensmätningarna visade att risken för VRI var större ju fler riskfaktorer patienten hade, såsom antibiotikaanvändning, kateteranvändning, användning av CVK och vid kirurgiska ingrepp. Bland de patienter som inte hade någon riskfaktor var förekomsten av VRI 3,5 procent, och bland dem som hade en riskfaktor var andelen 10,5 procent.

Vårdrelaterade infektioner inom psykiatrisk vård

Punktprevalensmätningar har även genomförts inom psykiatrisk slutenvård under samma tidsperiod som inom den somatiska slutenvården. Förekomsten

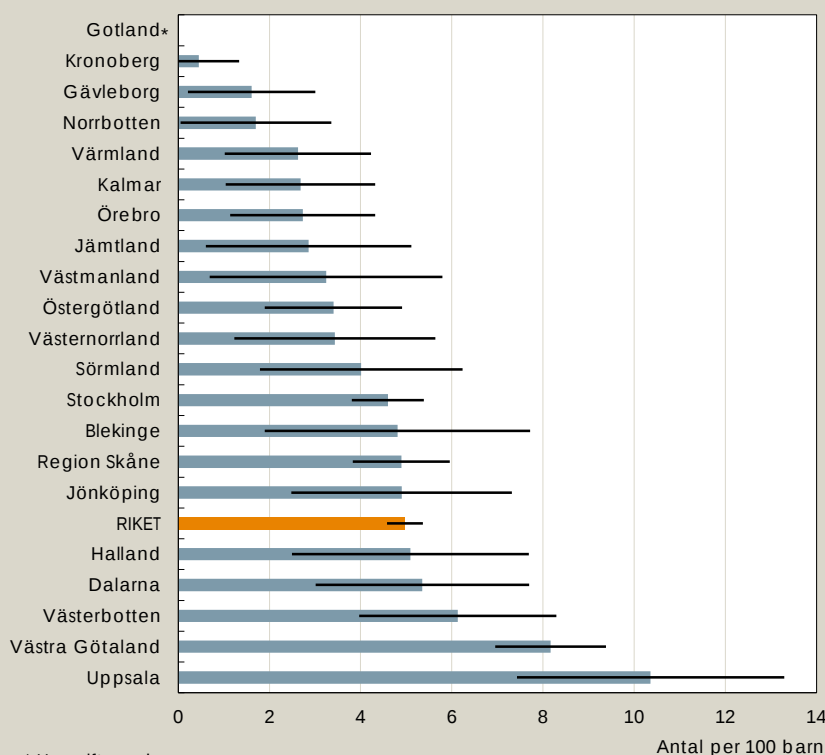
har varierat mellan 0,7–1,7 procent, och vid mätningen våren 2014 var den 0,9 procent.

Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård

Under 2012 förekom 16 VRI-utbrott på tio enheter på landets nyföddhetsavdelningar, och 2013 hade sexton avdelningar totalt 20 utbrott. Flertalet barn var smittbärare utan symtom, och smittspridningen upptäcktes framför allt via screening.

Figur 25 visar antalet bekräftade eller misstänkta VRI-episoder per 100 vårdade barn på neonatalavdelning. Indikatorn beskriver fall med kliniskt misstänkt (symtom och positiva laboratorieprover) eller bekräftad infektion (påvisande av bakterier i blodbanan) som uppkommit senare än det andra vårddygnet hos barn som fått neonatalvård och där infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård. Totalt ingick 11 750 barn i jämförelsen, redovisade per landsting.

Figur 25. Antal vårdrelaterade infektionsepisoder per 100 barn som vårdats i neonatalvård 2013



I riket fick 5 procent av de vårdade barnen en bekräftad eller misstänkt vårdrelaterad infektion 2013, och spridningen mellan landstingen var 0–10 procent. Landstingen hade olika rutiner för screening och provtagning, exempelvis rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion där mer frekvent blododling gjorde att flera infektioner upptäcktes. Skillnader mellan enheter kunde bero på faktorer såsom följsamhet till hygienrutiner och

klädregler, hög beläggningsgrad och vård av patienter med särskilt komplicerade tillstånd.

Framgångsfaktorer för att minska VRI

SKL har genomfört en fördjupad studie av faktorer som hänger samman med en lägre förekomst av VRI, eftersom resultaten från punktprevalensmätningarna indikerade att några landsting hade lyckats bättre än andra i arbetet med att förebygga VRI.

Studien baseras på en fördjupad analys av mätdata samt ett hundratal intervjuer med landstings- och sjukhusledning, verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och experter. Totalt identifierades åtta framgångsfaktorer som kan bidra till att begränsa de vårdrelaterade infektionerna:

1. Vårdrelaterade infektioner ses som oacceptabla.
2. Hygienriktlinjer ses som självklara.
3. Riskbedömningar ger proaktiva arbetssätt.
4. Det skapas goda lokalmässiga förutsättningar för att minska smittspridning och infektion.
5. Budskapet är konsekvent och återkoppling sker regelbundet.
6. Städning ses som en viktig del i verksamheten.
7. Funktionen vårdhygien och verksamheterna samarbetar tätt.
8. Det finns en fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler.

Det framhålls vidare i studien att den högsta strategiska ledningen är ytterst ansvarig för att styra organisationens inriktning och för att skapa förtroende hos medborgarna och medarbetare i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Högsta ledningen måste ha ett tydligt fokus på vårdrelaterade infektioner, och genom adekvata strukturer kan man förmedla engagemang, återkoppla resultat och krav på förbättringar. Detta är en nödvändighet för att upprätthålla ett engagemang för frågan och bidra till en gynnsam kultur. För att lyckas måste ledningen ha en god insyn i verksamheternas situation och i viktiga hygienfrågor, till exempel genom tätt samarbete med vårdhygienfunktionen inom landstinget. Ansvaret finns på alla nivåer inom vården och alla medarbetare ska delta i arbetet. Även patienter ska om möjligt göras delaktiga och få kunskap om hygienens betydelse för att minska förekomsten av VRI [30].

Basala hygienrutiner och klädregler

Inledning

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) är en indikator i arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner. En orsak till att VRI uppstår är smittspridning via personalens händer och kläder och all vårdpersonal som har kontakt med patienter ska därför följa Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2007:19) som anger grundläggande krav på klädsel och handhygienrutiner för hälso- och sjukvårdspersonal. Kompletterande rekommendationer finns i

kapitlet Smittspridning och skyddsåtgärder i *Vårdhandboken* och i Socialstyrelsens kunskapsunderlag *Att förebygga vårdrelaterade infektioner* [31, 26].

Följsamhetsmätningar

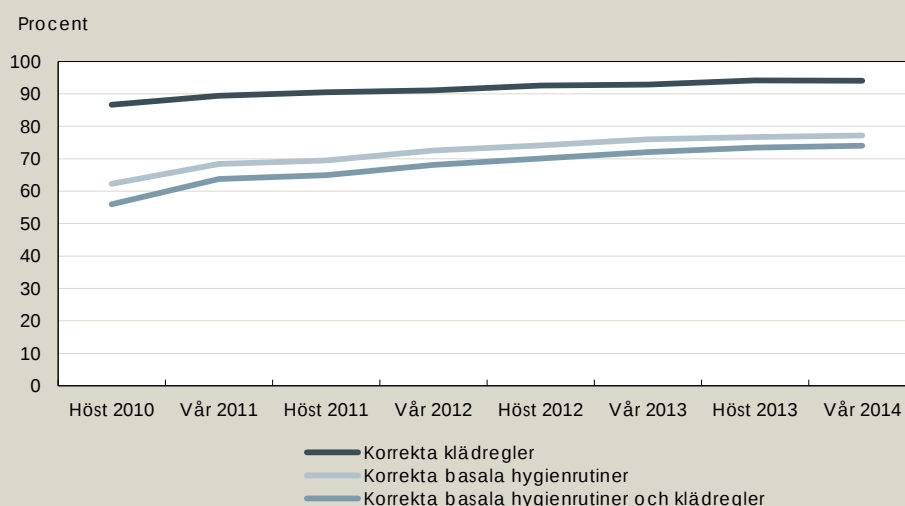
SKL inledde punktprevalensmätningar av personalens följsamhet till BHK hösten 2010 och de har därefter genomförts två gånger årligen, en gång på våren och en gång på hösten. Punktprevalensmätningar var en del i patient-säkerhetsöverenskommelsen 2011–2014.

Både slutenvård och primärvård i samtliga landsting deltog i punktprevalensmätningen våren 2014. Det var första gången som primärvården deltog. Metod för mätningen beskrivs på SKL:s webbplats³.

Högre följsamhet till klädregler än till hygienrutiner

Under de åtta punktprevalensmätningar som genomförts i riket har följsamheten till klädregler ökat från cirka 87 procent till 94 procent och för hygienrutinerna från 62 till 77 procent under samma period. Mätningen omfattar sju steg och följsamheten till samtliga var 74 procent vid mätningen våren 2014, jämfört med 55 procent 2010 (figur 26).

Figur 26. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2010–2014



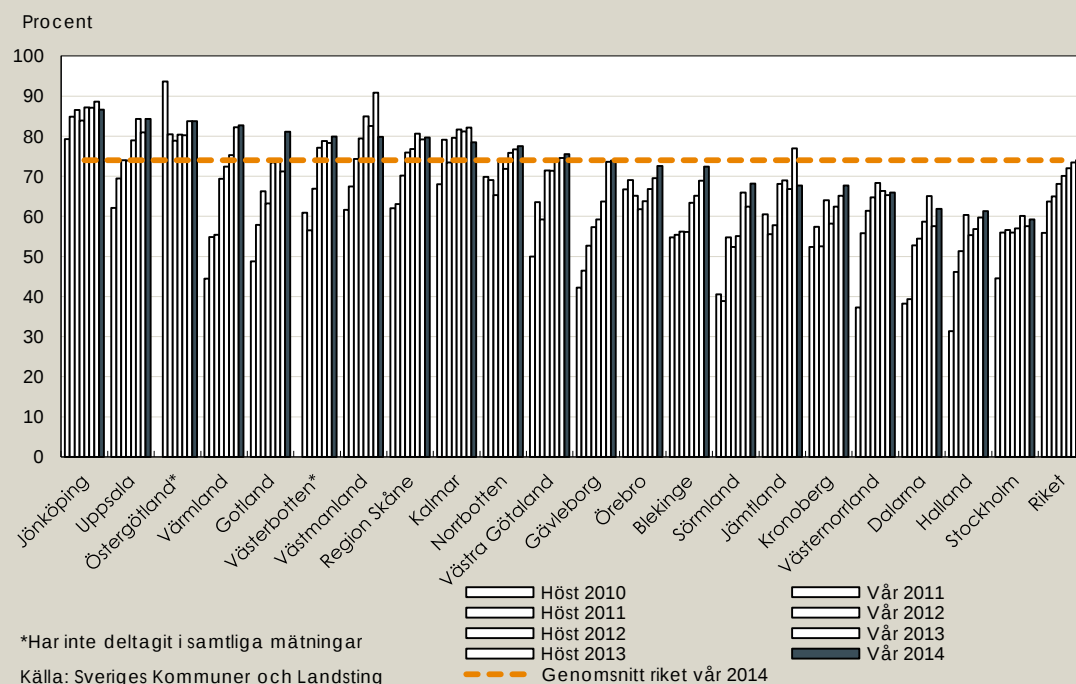
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Marginell förändring under senaste året

Landstingsresultaten har utvecklats över tid, men våren 2014 hade fyra landsting minskad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler jämfört med hösten 2013. Spridningen är fortfarande stor, från knappt 59 till drygt 87 procent (figur 27).

³ <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbhk.4721.html>

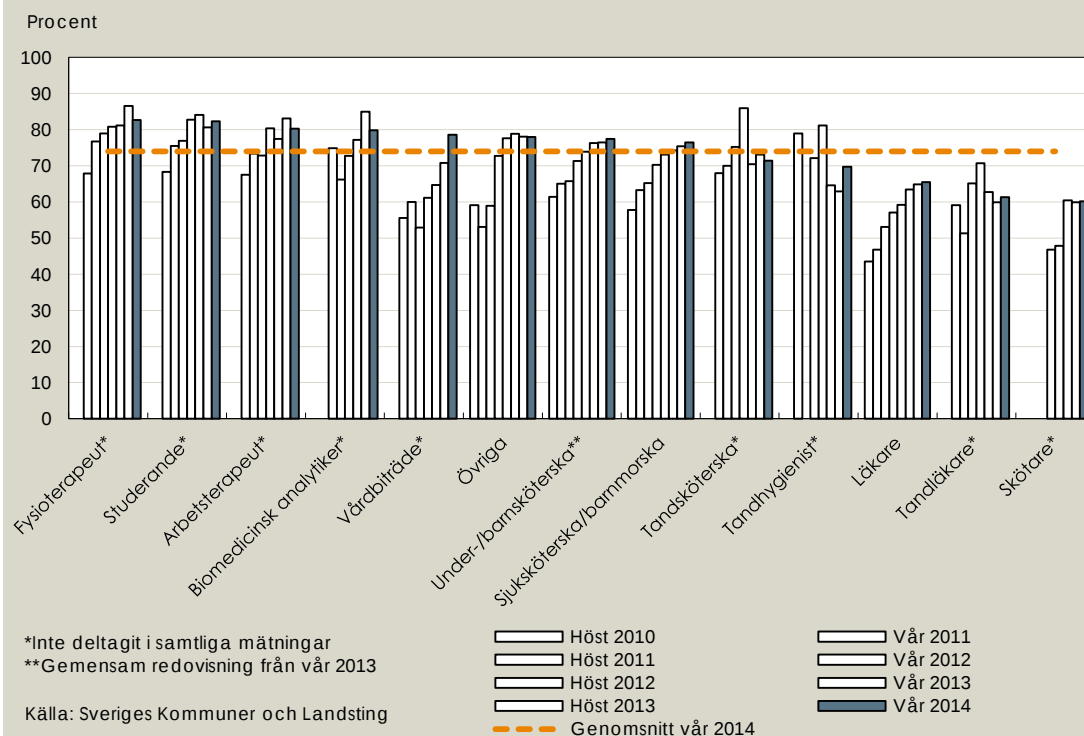
Figur 27. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler 2010–2014



Skillnader mellan yrkesgruppers följsamhet

Samtliga yrkesgrupper som deltagit i mätningarna hade förbättrat följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i samtliga sju steg. Fortfarande hade sjuksköterskor och undersköterskor en bättre följsamhet än läkarna, cirka 75 procent, jämfört med läkarnas 65 procent. Läkarna hade dock en större ökning från mätningarnas början med 21 procent från 44 procent, jämfört med sjuksköterskor och undersköterskor som ökat från knappt 60 procent. Bäst följsamhet hade fysioterapeuter och studerande (figur 28).

Figur 28. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom olika yrkesgrupper 2010–2014



Resultatet av följsamheten till BHK kan skilja mellan yrkesgrupper och landsting beroende på variation i de olika yrkesgruppernas storlek. Detta kan ha bidragit till skillnaderna mellan landstingens resultat. Vissa moment är svårare att göra en bedömning av, till exempel handdesinfektion före och efter patientnära arbete då observatören inte alltid deltar i vårdssituationen.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är ett it- stöd som används för att registrera och sammanställa information om VRI och användningen av antibiotika på sjukhus. Med hjälp av verktyget registreras om antibiotika ordinerats för att behandla en VRI eller en samhällsförvärd infektion, eller om ordinationen gäller en profylaktisk behandling. I infektionsverktyget finns ett rapportverktyg som ger användarna möjlighet att följa upp till exempel följsamhet till behandlingsrekommendationer och antal VRI inom den egna vårdenheten.

Breddinförande av infektionsverktyget och rutiner för systematisk validering av datakvaliteten var en indikator i patientsäkerhetsöverenskommelsen och i slutet av september 2014 var det 18 landsting som infört infektionsverktyget och använde det på minst hälften av sina slutenvårdskliniker, medan 3 landsting inte kunde redovisa ett breddinförande. Alla landsting har redovisat rutiner för att systematiskt validera datakvaliteten.

Antibiotikaanvändning

Inledning

Antibiotika måste användas rationellt, dvs. rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Antibiotika intar en särställning bland läkemedel genom att felaktig användning och hög förbrukning kan minska dess effektivitet och på sikt öka risken för antibiotikaresistens.

Minskad antibiotikaanvändning har varit en indikator i patientsäkerhetsöverenskommelserna sedan 2011. Målet för indikatorn 2014 var att varje landsting skulle minska antalet förskrivna recept per 1 000 invånare inom öppenvården under perioden 1 oktober 2013 till 30 september 2014 jämfört med samma period ett år tidigare. Folkhälsomyndigheten svarade för att följa upp antibiotikaindikatorn 2014 [32]. I uppföljningen ingick även att bedöma följsamheten till behandlingsrekommendationer för infektioner i öppenvården och att kontrollera hur många vårdenheter inom primärvården som gett sina förskrivare en översikt av deras personliga förskrivning av antibiotika – målet var minst 50 procent.

Resultat för antibiotikaindikatorn

Alla landsting hade minskat antibiotikaförsäljningen i den omfattning som angavs i överenskommelsen och verkat för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer.

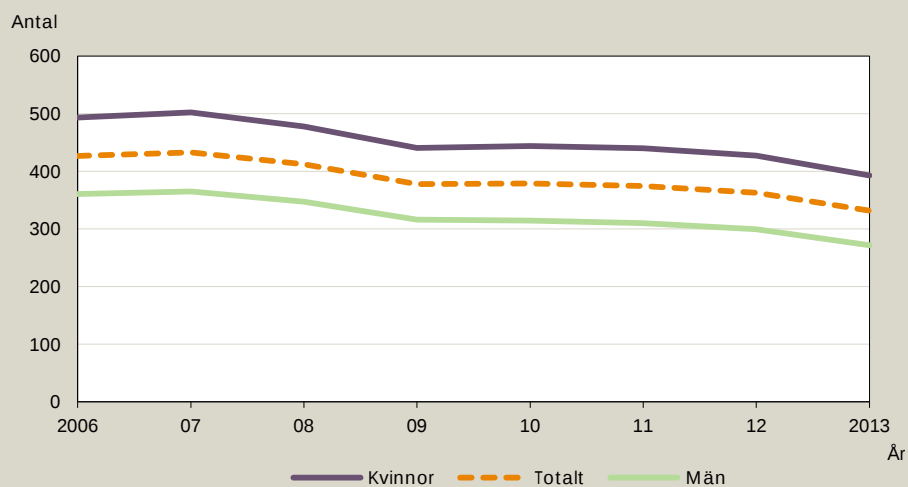
Alla landsting utom Sörmland och Norrbotten hade uppnått målet att förskrivarna på minst 50 procent av vårdenheter inom primärvården fått en översikt av sin personliga förskrivning av antibiotika och analyserat förskrivningen. Landstinget i Sörmland hade inte genomfört någon uppföljning och Landstinget i Norrbotten uppnådde inte målet om 50 procent. Alla landsting, utom Sörmland som inte genomfört någon uppföljning, har redovisat effekterna av arbetet med att förse förskrivare med en översikt av den personliga förskrivningen.

Antibiotikaanvändningen minskar

Förskrivningen av antibiotika har minskat under de senaste åren. Ett sätt att minska antibiotikaanvändningen är att vara restriktiv med att behandla infektioner där antibiotika inte ger någon kliniskt relevant effekt på varken symtomens svårighetsgrad, tiden till utläkning eller komplikationsfrekvensen.

Det långsiktiga målet för användningen av antibiotika är 250 expedierade recept per 1 000 invånare och år och sedan mätningarna startade år 2006 ses en tydlig minskning av förskrivningen. Under 2013 hämtades 331 antibiotikarecept per 1 000 invånare ut, vilket var en minskning med 9 procent jämfört med föregående år (figur 29).

Figur 29. Antal antibiotikarecept per 1000 invånare 2006–2013



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Antibiotikaförsäljningen varierade mellan landstingen. Landstinget i Västerbotten låg lägst med 261 expedierade recept per 1 000 invånare och år medan Stockholm låg högst i riket med 356 recept. I Kronoberg och Västra Götaland minskade antibiotikaförsäljningen med 11 procent mellan mätåren 2012/13 och 2013/14, vilket var den största minskningen i riket (tabell 13).

Tabell 13. Antibiotikaförsäljning mätår 3 och 4

Antal recept per 1000 invånare. Mätår 3 2012-10-01 till 2013-09-30.

Mätår 4 2013-10-01 till 2014-09-30.

Landsting	Mätår 3	Mätår 4	Skillnad i antal mätår 3 och 4*	Skillnad i procent mätår 3 och 4*
Västerbotten	271	261	-10	-4
Jämtland	291	272	-19	-7
Gävleborg	305	286	-19	-6
Dalarna	301	288	-13	-4
Jönköping	316	296	-20	-6
Värmland	323	298	-25	-8
Norrbottn	313	298	-15	-5
Västernorrland	322	299	-23	-7
Örebro	318	302	-16	-5
Kronoberg	341	305	-36	-11
Kalmar	333	312	-21	-6
Sörmland	328	314	-14	-4
Östergötland	325	314	-11	-3
Blekinge	345	316	-29	-8
Västmanland	348	316	-32	-9
Västra Götaland	358	320	-38	-11
Halland	349	320	-29	-8
Riket	349	325	-24	-7
Gotland	350	327	-23	-7
Uppsala	346	336	-10	-3
Skåne	381	351	-30	-8
Stockholm	377	356	-21	-6

*Beräknat på avrundat värde

Källa: eHälsomyndigheten; Concise; alla utfärdare exklusive veterinärer

Minskad antibiotikaförskrivning kan innebära en risk för patienten på grund av underbehandling av infektioner och därigenom fler komplikationer. Stockholms läns landsting har genomfört en registerundersökning på Folkhälsomyndighetens uppdrag, där man följde vissa specifika komplikationer på individnivå genom hela vårdkedjan och analyserade om de kunde ha samband med en minskad antibiotikaanvändning. De resultat som hittills kunnat redovisas pekar på att en minskad antibiotikaanvändning inte lett till en ökning av komplikationer till övre luftvägsinfektioner [32].

Resistensutveckling

Inledning

Antibiotikaresistens utgör en särskild risk inom vård och omsorg där det finns många människor med nedsatt immunförsvar och infektioner som kräver antibiotikabehandling. Antibiotikaresistens bidrar till ökad sjuklighet och dödlighet i bakteriella infektioner, vilket medför både ett personligt lidande och stora kostnader för samhället. Situationen i Sverige är mer gynnsam än i omvärlden, men resistent bakterier anses som en viktig patientsäkerhetsfråga och utbredningen går att begränsa med goda vårdhygieniska rutiner och en rationell antibiotikaanvändning.

Välfungerade övervakning för att snabbt kunna se förändringar i utbredningen förutsätter it- system som stödjer automatisk datafångst. Folkhälsomyndighetens SWEDRES- rapporter visar på aktuella frågeställningar om utbrott i vården. Arbetet inriktas på att förebygga, upptäcka och åtgärda med syfte att begränsa resistensutveckling. Ett centralt verktyg för detta är Svebar, svensk bevakning av antibiotikaresistens, ett it- system som hanteras av Folkhälsomyndigheten dit alla odlingsresultat från anslutna laboratorier överförs automatiskt dagligen. Detta möjliggör tidig varning för allvarlig antibiotikaresistens plus en fortlöpande och omfattande resistensövervakning, både lokalt och nationellt. Även primärvårdens register för infektioner i Sverige (PRIS) och infektionsverktyget ger underlag till den årliga SWEDRES-rapporten [33].

Fyra antibiotikaresistenta bakterier, där spridning av betydelse kan ske inom vård och omsorg, anmäls i Sverige enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168):

MRSA	Meticillinresistenta Staphylococcus aureus,
ESBL	Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum Betalactamase
PNSP	Pneumokocker med nedsatt penicillinkänslighet
VRE	Vancomycinresistenta enterokocker.

Den nationella resistensövervakningen bygger till stor del på att de regionala mikrobiologiska laboratorierna frivilligt rapporterar resistens till Folkhälsomyndigheten.

Utbrott av infektioner med resistent bakterier

I Sverige har det förekommit stora smittspridningar av MRSA, ESBL och VRE. Sedan slutet av 1990-talet har det förekommit flera stora utbrott av infektioner med resistent bakterier och under 2013 rapporterades cirka 30 utbrott, varav drygt hälften på sjukhus. Totalt ökade antalet rapporterade MRSA-fall med 17 procent mellan 2012 och 2013. År 2013 konstaterades 131 fall med MRSA hos spädbarn, vilket var mer än en dubbling på fyra år. Av de 51 sjukhusrelaterade fallen var det 31 barn som vårdades på nyföddhetsavdelning. En orsak till smittspridningen var vårdplatsernas utformning och allt mer av teknikintensiv vård.

Förutom MRSA rapporterades under 2013 tio utbrott med VRE på svenska sjukhus. Ett av dem var ett större utbrott som fortsatte under 2014 och krävde

stora insatser med bland annat förbättrade städrutiner. Totalt var fler än 90 procent av alla VRE-fall vårdrelaterade och närmare 80 procent hittas genom kontaktspårning [33].

Förebyggande och begränsande insatser

Viktiga faktorer för det förebyggande arbetet är att man strategiskt arbetar utifrån en antibiotikapolitik och strävar efter en rationell antibiotikaanvändning. Det är också viktigt med tydliga handlingsplaner och åtgärdsprogram som fokuserar på följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2007:19) inklusive städning och desinfektion, god bemanning och tillgång till enkelrum samt triagerutiner. Rutiner för triagering innebär ett sorteringssystem för att uppnå ett strukturerat och effektiviserat patientflöde, som möjliggör att smittade patienter hålls åtskilda från övriga. Detta arbetssätt har gjort att man hittills har kommit till rätta med de utbrott som förekommit på svenska sjukhus.

Problemen med antibiotikaresistenta bakterier blir allt större i världen. Samtidigt ökar kunskapen om smittspridning och resistensmekanismer, och behovet av en myndighetsgemensam samverkan inom området uppmärksammas allt mer. Socialstyrelsen ansvarar tillsammans med Jordbruksverket för en nationell samverkansfunktion mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Under 2014 har det tagits fram en handlingsplan för denna samverkan och parallellt utvecklades en myndighetsgemensam nationell kommunikationsstrategi för arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Globalt såväl som tvärsektoriellt pågår arbete med att identifiera kunskapsluckor med koppling till både miljö, resistens i naturen och möjlighet att behandla infektioner hos människor och djur med målet att värna möjligheten att kunna behandla svåra infektioner. Från och med 1 juli 2015 går ansvaret över från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten.

Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

Brister i städningen av vårdlokaler har uppmärksamrats av såväl patienter som vårdpersonal. Städningen har inte alltid betraktats som en patientsäkerhetsfråga men 2011 publicerades en artikel som summerade evidensen för smittspridningens olika steg, och den framhöll att en hög städskvalitet kompletterar en god handhygien i kampen mot spridningen av vårdrelaterade infektioner. I artikeln beskrevs även hur angeläget det är att följa hur städning i vårdlokaler styrs och följs upp över tid [34]. I arbetet med att förhindra och begränsa spridningen av resistent bakterier är vårdnära städning en viktig åtgärd för att begränsa utbrott av dessa bakterier.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763), HSL, ska vården bedrivas med en god hygienisk standard. Vårdgivaren måste vidta alla de åtgärder som behövs för att uppnå en god hygienisk standard för lokaler och utrustning, att ha en god organisation och planering samt ha tillgång till vårdhygienisk kompetens. Stöd i arbetet kan inhämtas från Svensk Förening för Vårdhygien som gett ut en kunskapssammanställning om säker städning på vårdinrättningar ur smittspridningssynpunkt, *Städning i vårdlokaler* [35].

År 2012 gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning där landstingsstyrelserna fick bedöma den egna verksamhetens styrning av städning i vårdlokaler [3]. En uppföljning genomfördes 2014 för att följa utvecklingen inom området.

Förnyad uppföljning

Enkätundersökningen 2014 innebar att de politiska styrelserna i landstingen fick en enkät, identisk med den som användes 2012, med elva frågor om styrningen av städning i vårdlokaler. I texten nedan används termen landsting i stället för landstingsstyrelse. Frågorna berörde åtta områden:

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

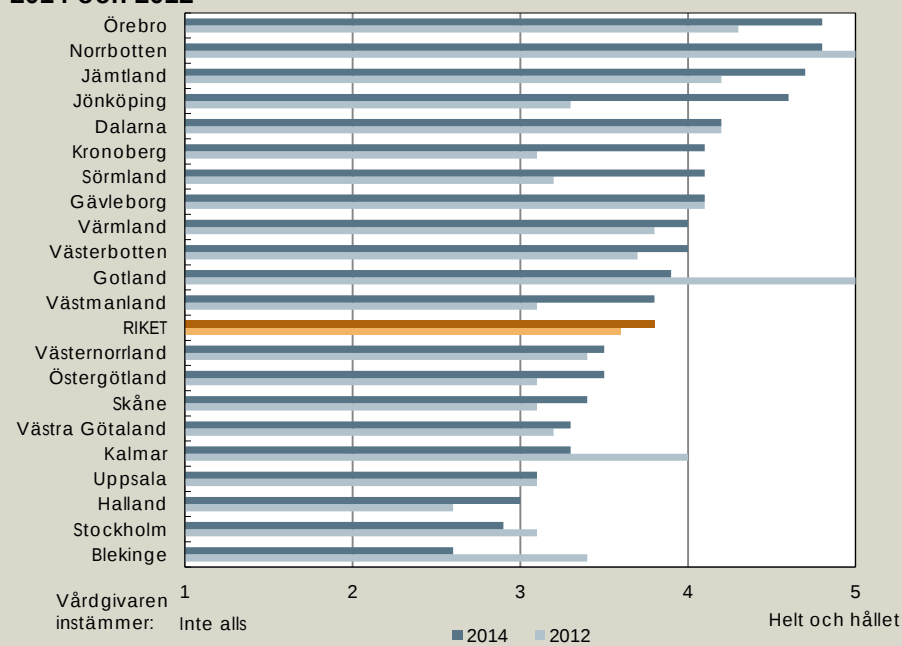
En femgradig skala, där 1 motsvarade inte alls och 5 helt och hållet, användes för att ange i vilken utsträckning vårdgivaren bedömde att frågan stämde överens med förhållandena i den egna verksamheten.

Alla landsting besvarade enkäten. Samtliga frågor och utfall för varje landsting redovisas i figur 56–66 i appendixet.

Landstingens bedömning av utvecklingen

Knappt två tredjedelar av landstingen bedömde att styrningen av städning i vårdlokaler utvecklats i positiv riktning. Tre landsting noterade ingen skillnad och fem landsting hade backat jämfört med bedömningen 2012. Resultatet anges med ett medelvärde för alla frågor i enkäterna 2014 och 2012 (figur 30).

Figur 30. De enskilda landstingens medelvärde för bedömning av rutiner i sin styrning av städning i vårdlokaler i enkätundersökningar 2014 och 2012



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Styrningen av städning

Ledningssystem med dokumenterade rutiner för städning i vårdlokaler hade i princip inte utvecklats på nationell nivå men vid landstingsvis jämförelse framgår skillnader. Det är sju landsting som helt och hållet har dokumenterade rutiner och kvalitetskrav 2014. Tre landsting har backat från svaret 5 ("helt och hållet") till 4 på den femgradiga skalan. Fyra landsting anger 3 eller lägre på den femgradiga skalan (figur 56).

I 14 landsting medverkade experter inom vårdhygien helt och hållet i arbetet med att ta fram rutiner och kompetenskrav för städning i vårdlokaler medan tre landsting hade mindre medverkan av expertkompetens jämfört med undersökningen 2012 (figur 57).

De allra flesta landsting ställer tydliga krav på att rutiner och kvalitetskrav ska tillämpas av externa utförare vid upphandling av städtjänster. Flera landsting utförde städning i egen regi (figur 66) och besvarade därför inte frågan (figur 58).

Hos de allra flesta landsting fanns städutrustning, placerad i lämpligt utrymme, avsedd för extra städinsatser som vårdpersonalen kan behöva utföra (figur 59).

Ansvarsfördelning mellan vårdpersonal och städpersonal var tydligt dokumenterad i de flesta landstingen. Norrbotten, Västerbotten, Västmanland och Gotland svarade 5 ("helt och hållet") i båda mätningarna (figur 60).

Kunskapsbehov och egenkontroll

Resultaten visar att landstingen kan förbättra rutinerna för hur personalens behov av kunskap tillgodoses (figur 61 och 62). Detsamma gällde för egenkontroll i form av uppföljning av resultat, avvikelshantering och återföring av resultat av egenkontroll. Tre landsting (Gävleborg, Norrbotten och Västerbotten) hade helt och hållet dokumenterade rutiner för de tre egenkontrollsavsnitten (figur 63, 64, och 65).

Diskussion

Att begränsa vårdrelaterade infektioner är en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna. De senaste årens punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner visar dock ingen minskning för riket som helhet och stora skillnader mellan landstingen. Skillnaderna indikerar att förekomsten av VRI kan minska och att det infektionsförebyggande arbetet därför måste utvecklas ytterligare. Dessutom måste evidensbaserade förebyggande metoder användas i högre grad, exempelvis med hjälp de åtgärds paket som SKL har tagit fram. Framgångsfaktorer för att förebygga VRI är bland andra att den högsta strategiska ledningen är engagerad i frågan och att alla medarbetare i organisationen ser VRI som något oacceptabelt.

Punktprevalensmätningarna visar endast marginell ökning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på nationell nivå, och spridningen är stor mellan landstingen. Det är allvarligt att gällande föreskrifter inte följs och högst anmärkningsvärt att följsamheten varierar mellan yrkesgrupper.

Antibiotikaförsäljningen har minskat i alla landsting men det är en stor skillnad mellan det landsting som har högst antal expedierade recept jämfört med det landsting som har lägst. Det är betydelsefullt att landstingen fortsatt arbetar med att öka följsamheten till behandlingsrekommendationerna och att kontinuerligt följa upp och analysera förskrivningen i syfte att begränsa resistensutveckling av bakterier.

Städning i vårdlokaler är ett viktigt område som behöver uppmärksammas mer av vårdgivarna. Mer än hälften av landstingen har alltid experter inom vårdhygien med i arbetet att ta fram rutiner och kompetenskrav för städning i vårdlokaler. Detta bör utvecklas till att alla landsting alltid har denna medverkan.

Läkemedelshantering och användning

Många av skadorna som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel, och allvarliga vårdskador kan inträffa i samband med ordination, iordningställande och administrering. Läkemedelsfel i övergångar mellan olika vårdenheter är en av de allra vanligaste bristerna i vården [9]. Nationella satsningen för ökad patientsäkerhet och Nationella läkemedelsstrategin är satsningar som helt eller delvis syftar till att minska läkemedelsrelaterade problem samtidigt som landsting, myndigheter och andra centrala aktörer arbetar med en rad egna initiativ.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

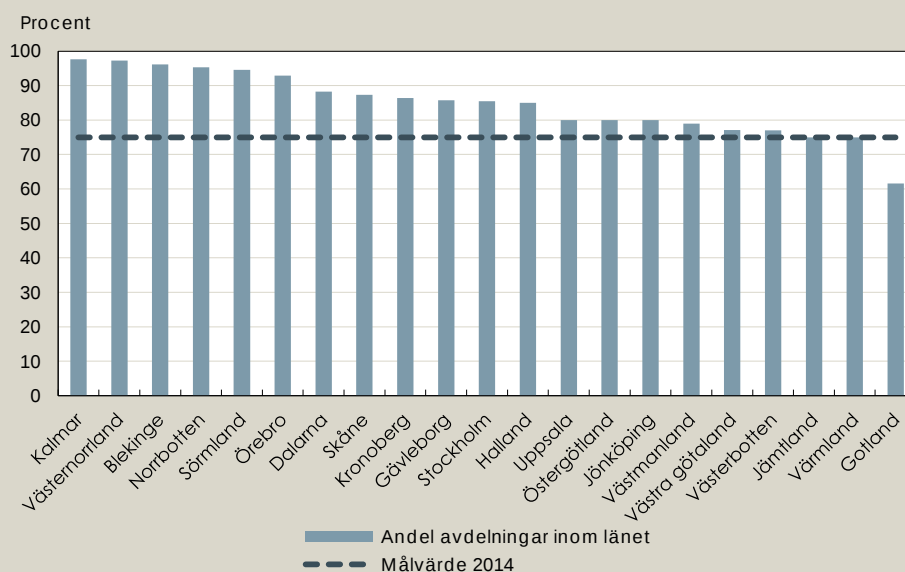
Läkemedelsfel i vårdens övergångar beror på brister i kommunikationen och informationsöverföringen mellan olika vårdenheter och vårdgivare såväl som mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Bland riskerna finns olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering. Flera av de läkemedelsrelaterade patientsäkerhetsriskerna är dock möjliga att undvika. För att förutse och undvika läkemedelsrelaterade problem bör ordinatören ha en samlad bild av vilka läkemedel varje enskild patient ordinerats. En aktuell läkemedelslista till patienten och vårdgivaren minskar även riskerna för felbehandling och ökar patienternas möjlighet till delaktighet.

I dag finns ingen sådan samlad bild utan informationen är spridd i flera olika system. Ett nationellt projekt pågår för att skapa en nationell läkemedelslista som blir en del av den sammanhållna journalföringen. Listan kommer att lagras i Nationell ordinationsdatabas (NOD) och ska ge behörig personal en övergripande bild av patientens läkemedelsordinationer, oavsett vem som gjort ordinationen och var, och därmed ska den underlätta en säker läkemedelsanvändning. Databasen kommer också att lagra information om ordinationsorsak. NOD sattes i drift i december 2014 och i början av 2015 kommer några vårdcentraler testa den samlade läkemedelslistan i praktiken genom det ordinationsverktyg som har tagits fram i projektet. Till en början kommer NOD att innehålla läkemedel som ordinerats på recept och som hämtas ut på apotek [36].

Läkemedelsberättelse

I 2014 års patientsäkerhetsöverenskommelse ingick en indikator med målnivån att minst 75 procent av alla avdelningar i slutenvården tillämpade rutiner för att ge patienterna utskrivningsinformation i form av läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista. Landstingen skulle även ha påbörjat uppföljning av andelen patienter som erhöll denna utskrivningsinformation. Alla landsting utom Gotland klarade målnivån i denna indikator. Andel avdelningar inom landstingen som tillämpade rutinerna varierade mellan 62–98 procent (figur 31).

Figur 31. Andel avdelningar inom slutenvården som tillämpar dokumenterade rutiner för utskrivningsinformation till patienterna i form av en läkemedelsberättelse, inklusive en aktuell läkemedelslista



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Generellt var tillämpningen störst inom medicinska specialiteter medan den inte var lika hög inom opererande specialiteter.

Den största fördelen med tydlig utskrivningsinformation var enligt landstingen att de kunde få tryggare och nöjdare patienter och närstående, samt tryggare och nöjdare vårdgivare i nästa led. Bland hindren för att tillämpa rutinerna om utskrivningsinformation nämndes tidsbrist samt att vinsterna med arbetet inte var tydliga för dem som ansvarade för att tillämpa dem. Utmaningar som sågs var bland annat att utveckla gemensamma tekniska lösningar för att kontinuerligt kunna följa andelen patienter som får utskrivningsinformation samt att förbättra kvaliteten på utskrivningsinformationen.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar är ett sätt att identifiera och förebygga läkemedelsrelaterade problem, och målet för en sådan genomgång är att få en kvalitets-säkrad läkemedelsbehandling. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården ska patienter som är 75 år eller äldre och är ordinerade minst fem läkemedel erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid besök i öppen vård, inskrivning i slutenvård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Dessa patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år medan de har hemsjukvård eller en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 18 § HSL. Socialstyrelsen har i *Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre 2014* [37] ställt frågor om läkemedelsgenomgångar. I undersökningen inkluderades samtliga personer 65 år och äldre, och svarsfrekvensen var 68 procent på den specifika frågan om läkemedelsgenomgångar.

Svaren visar att de flesta enheter hade rutiner för enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång: 66 respektive 59 procent av enheterna. Vidare hade 35 procent av de inskrivna i hemsjukvård fått en enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång under det senaste året.

Uppgifter om förekomst av läkemedelsgenomgångar i öppen och slutenvård i landstingen kan inte redovisas eftersom det saknas information om detta i dagsläget.

Äldre och läkemedel

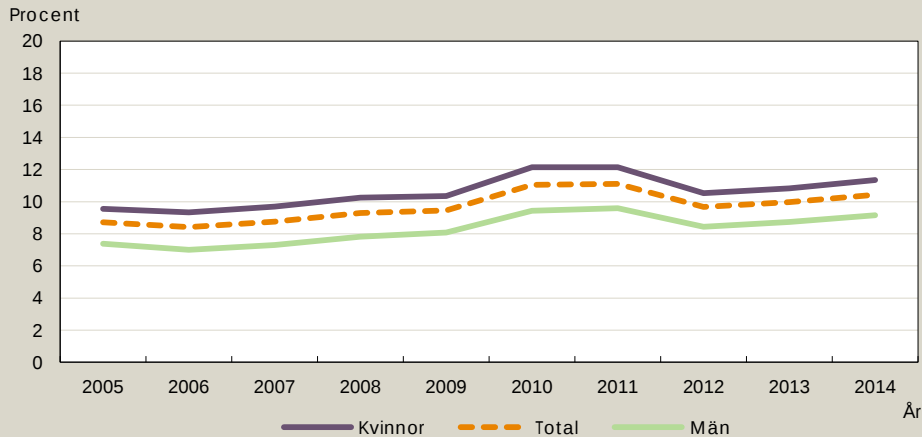
Äldres läkemedelsanvändning har ökat påtagligt under de senaste tjugofem åren, till stor del för att nya läkemedel och behandlingsprinciper gjort det möjligt att behandla allt fler sjukdomar och tillstånd. Samtidigt medför en omfattande läkemedelsanvändning hos äldre en ökad risk för olika typer av läkemedelsrelaterade problem. Fysiologiska förändringar på grund av ålder och sjukdom påverkar omsättningen och effekterna av läkemedel, vilket leder till en ökad känslighet och därmed risk för biverkningar. Användning av många läkemedel (polyfarmaci) utgör också i sig en betydande riskfaktor, bland annat för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Särskilt utsatta för polyfarmaci är de sköra äldre som på grund av hög ålder, sviktande funktioner och sjukdom också är mest känsliga för läkemedel [38].

Förändring av läkemedelsanvändningen hos äldre

Sedan mätningarna av äldres läkemedelsanvändning i läkemedelsregistret inleddes 2005, har andelen personer 75 år eller äldre med tio eller fler läkemedel ökat med 20 procent. Den påtagliga ökning som sågs mellan 2009 och 2010 vände till en minskning 2011–2012 och därefter har andelen åter ökat från 9,7 till 10,4 procent (figur 32). Minskningen 2011–2012 kan förklaras av kommunernas och landstingens arbete med att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, inom ramen för regeringens och SKL:s överenskommelse om en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre, som påbörjades 2011 [39].

Figur 32. Andel äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2014.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Medelantalet läkemedel per person följer i stort sett samma utveckling som användningen av tio eller fler läkemedel. Sedan 2005 har det ökat från 4,4 till 4,7 läkemedel per person. Jämförelse mellan landstingen redovisas i appendixet, figur 67.

Även om den totala läkemedelsanvändningen ökat förhållandevis lite under 2005–2014, så har det skett påtagliga förändringar i dess mönster. Totalt 17 läkemedelsgrupper har ökat i användning med 1 procent eller mer (från cirka 8 500 användare och uppåt), av befolkningen 75 år och äldre i riket. Den läkemedelsgrupp som ökat mest är blodfettsänkande läkemedel med 14 procent (cirka 114 000 användare) av befolkningen. Det har också skett en påtaglig ökning av ett flertal hjärt- och kärl-läkemedel, såsom kalciumantagonister och angiotensin II-antagonister. Andra läkemedel som ökat märkbart är medel vid magsår och reflux, vitamin B₁₂ och folsyra, lätta smärtstillande läkemedel (främst paracetamol) och medel vid godartad prostataförstoring. Den ökade användningen av blodfettsänkande läkemedel och hjärt- och kärl-läkemedel återspeglar i stor utsträckning rekommendationerna för att förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdom. Däremot kan man ifrågasätta den tilltagande användningen av medel vid magsår och reflux, mot bakgrund av att det finns belägg för såväl överförskrivning, som en ökad risk för vissa allvarigare biverkningar av den dominerande preparattypen i denna läkemedelsgrupp (protonpumpshämmarna) [40].

Samtidigt har många läkemedel sjunkit i användning, och 14 läkemedelsgrupper har minskat med 1 procent eller mer (mellan 10 000 och 56 000 användare) av befolkningen 75 år och äldre. Flertalet av dem har redovisats i Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [41] som preparat som bör användas med försiktighet, på strikt indikation eller undvikas vid vissa diagnoser och tillstånd hos äldre: diuretika (urindrivande medel), antiinflammatoriska läkemedel (NSAID), hjärtglykosider (digitalis), hjärtselektiva kalciumantagonister, neuroleptika, lugnade medel och sömnmedel. Andra läkemedelsgrupper som minskat påtagligt är vitamin B-komplex och nitrater (mot kärlkramp). En viss minskning ses också för opioider (morfinliknande smärtstillande medel).

Olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning

Sedan 2005 ses hos äldre en påtaglig minskning av läkemedelsanvändning som omfattas av ett urval av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [41]. Indikatorerna omfattar läkemedel och läkemedelskombinationer som bör undvikas till äldre, men också läkemedel som bör förskrivas med försiktighet på grund av risk för biverkningar.

Användningen av olämpliga läkemedel har minskat

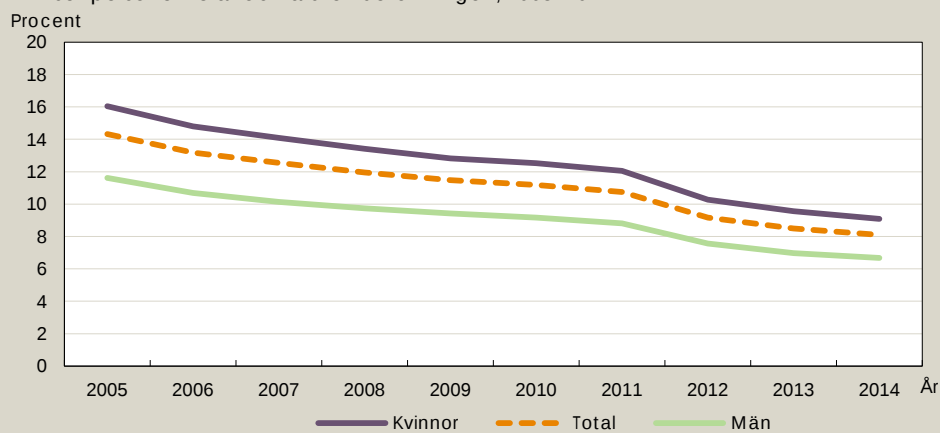
Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa läkemedel omfattas av indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*. Indikatorn innefattar följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

- bensodiazepiner med lång halveringstid
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- smärtstillande medlet tramadol
- sömnmedlet propiomazin.

Sedan 2005 har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat med 43 procent (från 14,3 till 8,1 procent) (figur 33). Jämförelse mellan landstingen redovisas i appendixet (figur 68).

Figur 33. Andel äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2014.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

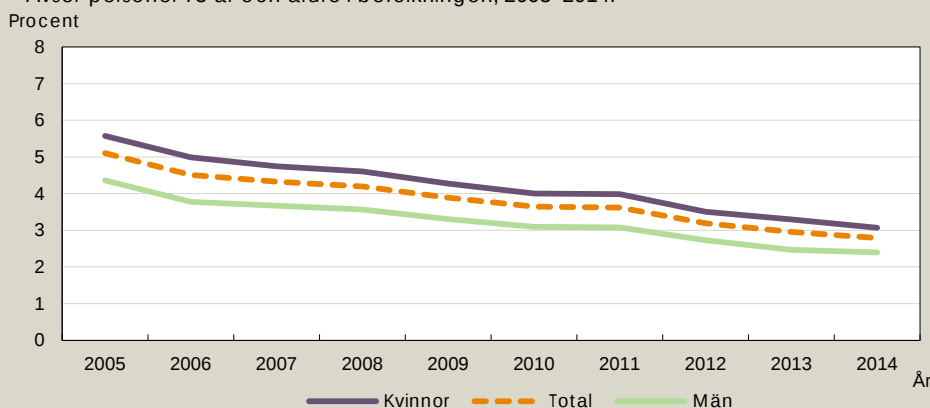
Användning av antiinflammatoriska läkemedel har minskat

Icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) medför hos äldre personer en ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation och nedsatt njurfunktion. Genom läkemedelsinteraktion kan de dessutom minska effekten av diuretika, ACE-hämmare och betareceptorblockerare (läkemedel som används för att behandla hjärtsvikt och högt blodtryck). Vidare finns vetenskapliga belägg för att åtminstone vissa av dessa antiinflammatoriska medel kan öka risken för hjärtinfarkt och stroke. På grund av dessa risker bör NSAID förskrivas restriktivt till äldre. Sedan 2005 har andelen personer, 75 år eller äldre, som använder NSAID på

recept minskat med 45 procent (figur 34). Jämförelse mellan landstingen redovisas i appendixet (figur 69).

Figur 34. Andel äldre som behandlas med antiinflammatoriska läkemedel, NSAID, på recept

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2014.



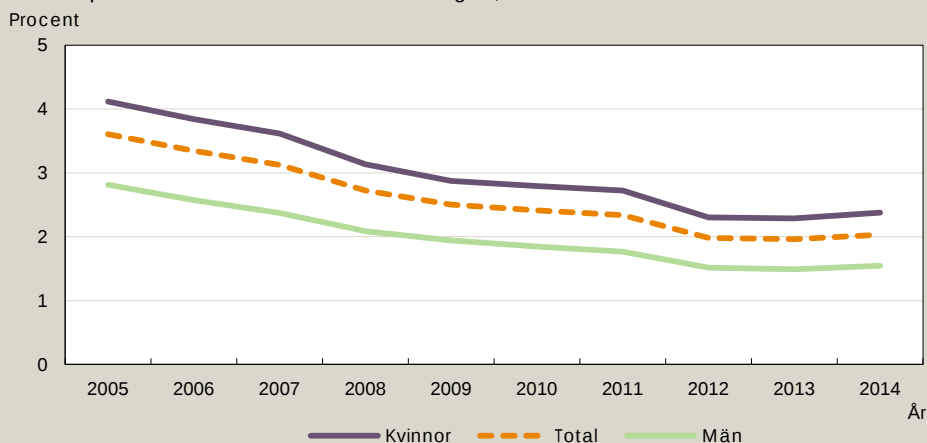
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Användningen av antipsykotiska läkemedel har minskat

Behandling med antipsykotiska läkemedel kan vara indicerad vid psykotiska symtom och vissa allvarliga beteendesyntom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreården används emellertid dessa läkemedel ofta för att dämpa beteendesyntom såsom motorisk oro, rop och vandring, men oftast har de blygsam eller ingen effekt. Preparaten är också starkt förknippade med biverkningar av olika slag, såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner samt medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Sedan 2005 har andelen äldre som använder antipsykotiska läkemedel minskat med 44 procent (figur 35). Jämförelse mellan landstingen redovisas i appendixet (figur 70).

Figur 35. Andel äldre som behandlas med antipsykotika

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2014.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

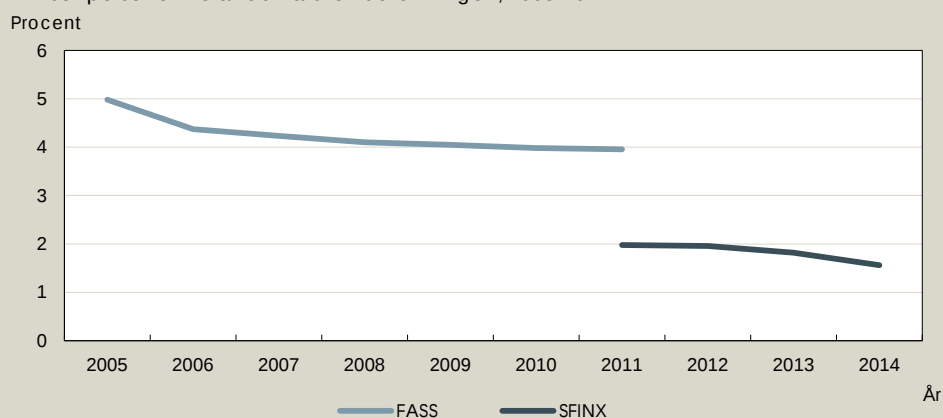
Olämpliga läkemedelskombinationer har minskat

Läkemedel kan interagera med varandra på så sätt att ett läkemedel påverkar ett annat läkemedels omsättning eller verkan. Det kan resultera i att effekten av läkemedlet ökar, med risk för biverkningar, eller att den minskar eller uteblir. De interaktioner som bedöms vara av klinisk betydelse är klassificeras som C eller D. D-interaktioner utgör den allvarligaste typen av läkemedelsinteraktion och kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svåra att bemästra med individuell dosering. Sådana kombinationer bör därför undvikas [42].

Analyserna visar att andelen personer, 75 år och äldre, som har en eller flera läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner minskade med 21 procent (från 5,0 till 4,0 procent) under 2005–2011 (interaktionskällan i FASS) och 21 procent (från 2,0 till 1,6 procent) under 2011–2014 (SFINX) (figur 36). Skillnader mellan SFINX och FASS är bland annat att man i SFINX är mer återhållsam med att inkludera farmakodynamiska interaktioner, dvs. där läkemedel interagerar på verkningsstället och att vissa interaktioner har flyttats till klass C. Oavsett interaktionskälla hade nedgången fortsatt och varit exakt lika stor under tiden 2011–2014.

Figur 36. Andel äldre som använder olämpliga kombinationer av läkemedel

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005-2014



Analys av läkemedelsinteraktioner baseras 2005-2011 på interaktionsinformationen i FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige).

Fr.o.m. 2011 baseras analyserna på interaktionstjänsten SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing) som är tillgänglig för de patientjournalssystem som är anslutna till SiL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel).

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Könsskillnader

För indikatorerna ovan är förekomsten klart högre bland kvinnor, vid samtliga tidpunkter med undantag för olämpliga kombinationer (där skillnaderna mellan könen är så pass små att de här inte redovisas separat). Detta överensstämmer med vad man har sett i många studier av äldre, nämligen att kvinnor i flera avseenden har en sämre kvalitet i sin läkemedelsanvändning [43].

Tänkbara förklaringar till detta är att kvinnor och män söker vård på olika sätt, får olika bemötande i vården, eller kommunicerar eller interagerar med vårdgivare på olika sätt, eller att det finns skillnader i förekomsten av vissa sjukdomar och tillstånd. Samtidigt visar ovanstående resultat samma nedåt-

gående trend i olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning hos äldre kvinnor och män.

Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre

Under 2014 gjorde Socialstyrelsen, på uppdrag av regeringen, en sammanställning av kunskapen kring läkemedelsorsakade sjukdomstillstånd hos äldre, i syfte att så långt som möjligt förebygga dessa [44].

Rapporten visar att drygt 8 procent av akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och att cirka 60 procent av dem bedöms vara möjliga att förebygga. Vidare framkom att de flesta av dessa inläggningar beror på ett begränsat antal läkemedelsgrupper, som i sin tur ger upphov till ett begränsat antal symtom och tillstånd.

Biverkningar som leder till inläggningar av äldre på sjukhus orsakas oftast av hjärt- och kärlläkemedel, antikoagulantia, läkemedel som påverkar centrala nervsystemet (psykofarmaka, opioider och antiepileptika), antibiotika, cytostatika, NSAID och diabetesmedel. När dessa läkemedel orsakar inläggningar beror det oftast på tillstånd som lågt blodtryck, fall, blödningar, hjärtrytmrubbningar, salt- och vätskebalansrubbningar, medvetandepåverkan eller konfusion (förvirring), hjärtsvikt samt hypoglykemi (lågt blodsocker).

De flesta biverkningarna orsakas alltså inte av läkemedel som bedöms vara olämpliga eller riskfyllda för äldre [41], utan av läkemedel som är rekommenderade vid behandling av många av de sjukdomar som är vanliga hos äldre såsom hjärtsvikt och sjukdomar med förhöjd risk för blodpropp. Lösningen är således inte att sluta behandla med dessa preparat, utan att optimera behandlingen; förskrivaren måste se till att den äldre patienten behandlas på rätt indikation och med rätt preparat i rätt doser samt att ordinerade läkemedel passar ihop. Dessutom är det viktigt att följa upp behandlingen och vara uppmärksam på biverkningar.

Diskussion

Sedan 2005 har det skett en påtaglig minskning av olämplig läkemedelsanvändning, liksom användning av flera sådana läkemedel som bör förskrivas med försiktighet på grund av risk för biverkningar hos äldre. Samtidigt har många läkemedel ökat i användning bland annat blodfettsänkande medel och ett flertal hjärt-kärllekemedel.

Flertalet av de allvarliga biverkningarna som leder till inläggning av äldre på sjukhus är möjliga att förebygga [44]. Många av dem orsakas inte av preparat som bedöms vara olämpliga eller riskfyllda för äldre, utan av läkemedel som är rekommenderade vid behandling av många av de sjukdomar som är vanliga hos äldre, såsom hjärtsvikt och sjukdomar med förhöjd risk för blodpropp; det vill säga till stor del läkemedel som under senare år ökat kraftigt i användning hos äldre.

Det är därför svårt att avgöra om de senaste årens utveckling lett till att risken för allvarliga biverkningar har minskat eller ökat. I alla händelser har läkemedelsanvändningen hos äldre blivit mer komplex. Det fortsatta arbetet för en bättre kvalitet och säkerhet i äldres läkemedelsanvändning handlar därför inte i huvudsak om att avsluta olämplig eller riskfylld behandling, utan

att för varje patient göra en omsorgsfull avvägning mellan nytta och risk för olika behandlingar med i många fall rekommenderade läkemedel.

Metoderna för läkemedelsgenomgångar och för att följa upp att dessa genomförs behöver därför vidareutvecklas. För att minska riskerna för läkemedelsfel vid övergångar mellan olika vårdutförare och vårdgivare, är det också angeläget att tillämpningen ökar av rutiner för att upprätta en läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista vid utskrivning. Vidare är det angeläget att mer direkt åtgärda problemet med läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus av äldre. Socialstyrelsen överväger att, i samverkan med landets läkemedelskommittéer, ta fram ett eller flera instrument som kan användas för att upptäcka och identifiera sådana biverkningar, på akutmottagningen, på vårdavdelningen, i primärvården samt i kommunal vård och omsorg. Instrumentet är tänkt att vara utformat som en checklista där de vanligaste biverkningarna knyts till de läkemedel som oftast är orsaken.

Trycksår

Trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna och förorsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för vården. Trycksårsförekomst har varit en indikator i patientsäkerhetsöverenskommelsen sedan 2011.

För att minska trycksårsförekomsten är det viktigt med förebyggande åtgärder, bland annat att tryckavlasta utsatta delar av kroppen. SKL har tagit fram åtgärdspaket och kunskapsunderlag för att stödja vården i arbetet med att förebygga denna typ av vårdskada [45].

De flesta trycksår går att förebygga, men inte alla. I konsensusdokumentet *SCALE Skin Changes at Life's End* [46] klargjordes att vissa trycksår som uppkommer i livets slutskede kan vara oundvikliga, även med optimala preventiva åtgärder. Anledningen är fysiologiska hudförändringar i samband med döendet.

Mätningar

Under perioden våren 2011 till våren 2014 har SKL genomfört nationella punktprevalensmätningar av trycksårsförekomst. Mätningarna omfattade patienter över 18 år som var inskrivna i slutenvård. Vår mätningen 2014 omfattade observation med hudbedömning, riskbedömning och journalgranskning samt följsamhet till minst två av tre rekommenderade trycksårsförebyggande åtgärder: förebyggande eller behandlande madrass, planerad lägesändring i säng och hälavlastning. Allvarlighetsgraden på trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4. Metodbeskrivning finns på SKL:s webbplats⁴.

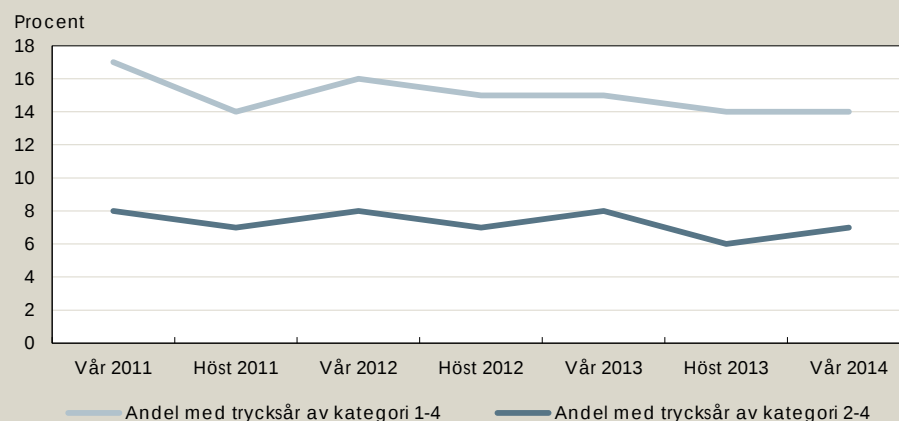
⁴ <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavtrycksar.5208.html>

Fler än var tionde patient har trycksår

Mätningen våren 2014 omfattade drygt 15 000 patienter, varav drygt 14 procent hade trycksår (kategori 1-4) och nästan hälften av dessa hade allvarligare trycksår (kategori 2-4).

Förekomsten av trycksår i riket har förändrats marginellt sedan första mätningen och har varit 14–17 procent under perioden 2011–2014. Liknande variation ses för patienter med allvarligare trycksår där förekomsten har varit 6–8 procent (figur 37).

Figur 37. Andel patienter med trycksår kategori 1-4 respektive med trycksår kategori 2-4, 2011-2014

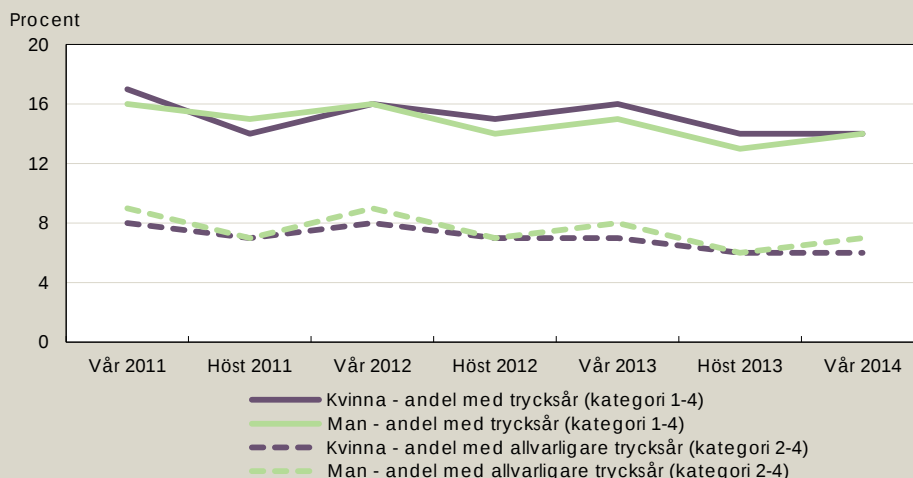


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Risken att drabbas av trycksår var marginellt högre för män när det gäller allvarligare trycksår. Ett mönster framträdde i resultaten där utfallen för vårmätningarna konsekvent var högre än för höstmätningarna. Orsaken analyseras inte i denna rapport (figur 38).

Figur 38. Andel patienter med trycksår och andel med allvarligare trycksår

Resultat från punktprevalensmätningar 2011-2014.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Variationen mellan landstingen har minskat från 9–31 procent våren 2011 till 5–19 procent våren 2014. Västernorrland låg högst vid mätningen 2011 och 2014, men har minskat andelen patienter med trycksår från 31 till 19 procent (tabell 14).

Tabell 14. Andel patienter med trycksår i somatisk slutenvård

Resultat från punktprevalensmätningar 2011–2014, presenterade i procent.

Landsting	Vår 2011	Höst 2011	Vår 2012	Höst 2012	Vår 2013	Höst 2013	Vår 2014
Kalmar	9	11	10	12	10	7	5
Jönköping	12	12	9	11	10	11	10
Halland	14	13	13	13	12	10	11
Västerbotten	16	11	13	13	11	14	11
Örebro	15	11	10	9	11	10	11
Gotland	10	16	16	9	13	18	13
Gävleborg	22	*	17	*	14	17	13
Jämtland	11	*	20	14	9	10	13
Värmland	19	14	13	16	17	11	13
Östergötland	17	*	17	*	15	*	13
Blekinge	22	*	20	*	17	16	14
Norrbottn	12	14	13	16	10	15	14
Västra Götaland	15	*	18	23	14	12	14
Riket	17	14	16	15	15	14	14
Region Skåne	18	14	18	15	20	16	15
Uppsala	17	*	18	*	17	*	15
Kronoberg	24	18	17	16	13	16	16
Sörmland	19	12	15	15	19	17	16
Stockholm	15	17	18	20	18	16	17
Dalarna	13	*	*	*	19	13	18
Västmanland	27	17	19	18	16	16	18
Västernorrland	31	20	15	17	23	13	19

*Deltog ej

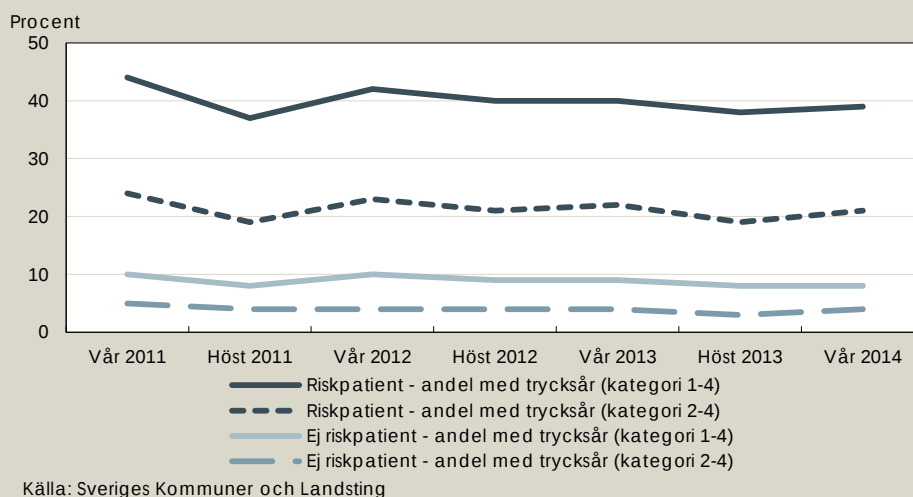
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Riskpatienter

För att identifiera riskpatienter som löper ökad risk att drabbas av trycksår utförs riskbedömning i kombination med hudbedömning och klinisk bedömning, enligt en validerad riskbedömningsskala. Skalan innehåller sju variabler: psykisk status, fysisk aktivitet, rörelseförmåga, födointag, vätskeintag,

inkontinens och allmäntillstånd. Figur 39 visar andelen trycksår och allvarlighetsgrad för riskpatienter och för övriga patienter. Andelen riskpatienter med trycksår varierar mellan landstingen och var 17–49 procent (Kalmar respektive Västernorrland) våren 2014 (figur 71 i appendixet).

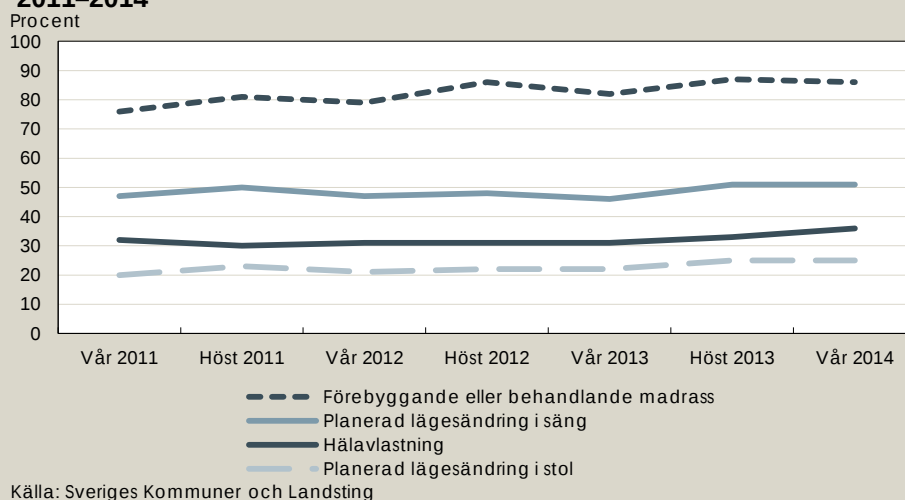
Figur 39. Andel patienter och riskpatienter med trycksår 2011–2014



Trycksårsförebyggande åtgärder 2011–2014

Under 2011–2014 ökade andelen riskpatienter med förebyggande eller behandlande madrass, från 76 till 86 procent. För övriga förebyggande åtgärder noterades endast en marginell utveckling. Knappt en tredjedel av riskpatienterna hade hälavlastning trots att hälen är ett utsatt ställe när det gäller risk för trycksår (figur 40).

Figur 40. Andel riskpatienter med trycksårsförebyggande åtgärder 2011–2014



Användningen av förebyggande eller behandlande madrass till riskpatienter redovisas per landsting i tabell 23 i appendixet.

Några landsting har kommit längre i det förebyggande arbetet och effekten har visat sig i färre trycksår. Lägst förekomst av trycksår hade Kalmar med 9 procent vid mätningen våren 2011 och 5 procent våren 2014.

Det skiljer mycket mellan landstingen hur man arbetat med trycksårsförebyggande insatser. Som exempel kan nämnas Gotland, Gävleborg och Kronoberg som konsekvent använde förebyggande eller behandlande madrass till samtliga riskpatienter och i hög grad även vidtog andra trycksårsförebyggande åtgärder.

Diskussion

Förekomsten av trycksår är fortsatt oacceptabelt hög. Användningen av trycksårsförebyggande eller behandlande madrass har ökat men andra förebyggande åtgärder används inte tillräckligt ofta. Det finns också betydande skillnader mellan landstingen, vilket visar att det går att minska andelen trycksår. Landstingen måste öka sina insatser och vidta evidensbaserade åtgärder för att förebygga trycksår samt fortsätta att mäta trycksårsförekomsten.

Undernäring

Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga. Sjukdoms- och åldersrelaterad undernäring förekommer och inte minst bland äldre med multipla sjukdomar. Det finns starka samband mellan sjukdomsrelaterad undernäring och ökad sjuklighet, nedsatt funktion och livskvalitet, förlängda vårdtider och dödlighet. Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för att förebygga sjukdom, återvinna hälsa och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt [47,48].

Socialstyrelsens vägledning *Näring för god vård och omsorg* [47] har kompletterats med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Föreskriften ställer krav på rutiner för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring. Undernäring är många gånger ett dolt problem som kräver att vården och omsorgen arbetar systematiskt utifrån rutiner för att problemet ska uppmärksammas. Med tydliga rutiner i vård och omsorg kan onödigt lidande och dödsfall till följd av undernäring undvikas. De nya reglerna började gälla den 1 januari 2015.

Kommunikation

Bristande kommunikation är ett riskområde för vårdskador. Patientsäkerheten är i hög utsträckning beroende av att hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till viktig och aktuell information om patienters hälsotillstånd och behandling.

Bristande kommunikation i vårdkedjan

IVO rapporterar att bristande kommunikation är ett övergripande problem och har under året kritiserat verksamheter för dålig kommunikation och bristande informationsöverföring. Det rör sig om bristande information till

patienten, mellan professionerna och mellan olika parter i vårdkedjan. IVO menar att brister i kommunikation och informationsöverföring ofta har sin grund i bristande dokumentation, som kan vara ett resultat av både under- och överdokumentation. Dokumentationskraven i hälso- och sjukvården genererar stora informationsmängder som kan skapa bristande överblick och resultera i att viktig information inte uppmärksammas. IVO bedömer vidare att avsaknaden av en mer patientcentrerad sammanhållen journaldokumentation är ett allvarligt hinder för en effektiv informationshantering i vården [49].

Till stöd för verksamheterna har IVO sammanställt en rapport med ett antal tillsynsärenden, med fallbeskrivningar av kommunikationsbrister. IVO påpekar bland annat att många händelser hade kunnat undvikas om man arbetat efter de grundläggande principerna i kommunikationsmetoden SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) [50].

Nationell patientöversikt

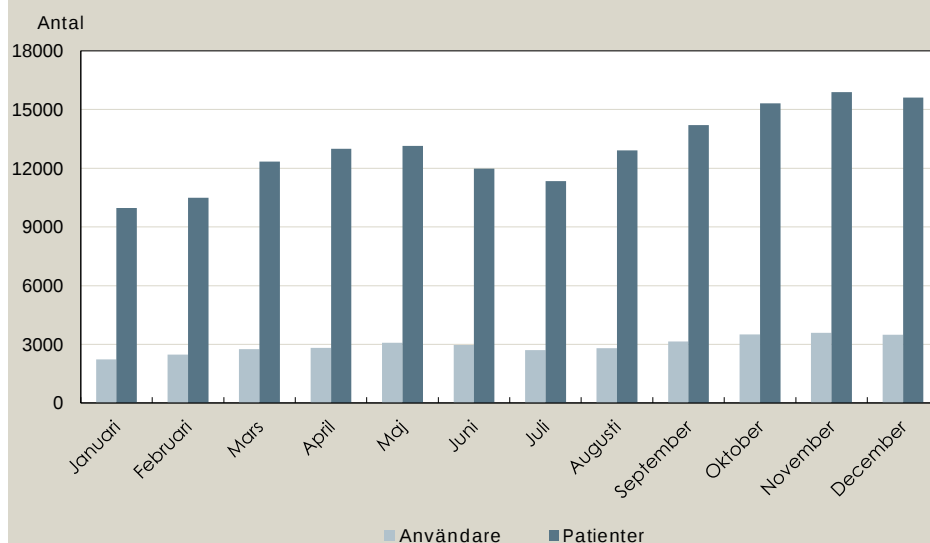
Ökad rörlighet, fria vårdval och större specialisering inom vården gör att många patienter i dag har kontakt med flera olika vårdgivare, som registrerar och förvaltar sin journalinformation lokalt. Nationell Patientöversikt (NPÖ) är ett system som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Den befintliga patientöversikten håller på att ersättas av en ny Journal- och Läkemedelsportal, som ska kunna användas både av vårdpersonal och av patienter. Tjänsten förvaltas av Inera.

Ett grundkrav i patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 var att alla landsting skulle vara anslutna till och använda NPÖ med mer än 50 procent av sin hälso- och sjukvård med minst fem informationsmängder. Alla landsting klarade kravet.

Även kommuner och privata vårdgivare är anslutna till NPÖ, främst som konsumenter. Vid årsskiftet 2014 var 217 kommuner anslutna vilket är en ökning med 77 kommuner jämfört med 2013.

I figur 41 visas det totala antalet användare i landet och hur många patienter man sökt uppgifter om per månad. En ökning av användare och omfrågade patienter är en positiv utveckling som ökat förutsättningarna för säker informationsöverföring mellan olika parter i vårdkedjan. Dock är det framför allt andra vårdgivare än landstingen som är konsumenter i NPÖ. Att landstingen inte är så stora konsumenter beror bland annat på att de har andra lösningar för att dela information över sina enhetsgränser och på att andra vårdgivare i låg omfattning är producenter. När fler kommuner producerar information blir förmodligen landstingen i högre utsträckning konsumenter i NPÖ, och därmed blir det lättare att säkra informationsöverföringen mellan olika vårdgivare.

Figur 41. NPÖ - antal användare och omfrågade patienter 2014



Källa: Inera

Egenkontroll och lärande

Rutinkollen

Rutinkollen är ett webbaserat verktyg för verksamheternas egenkontroll och har funnits i drift sedan oktober 2013. Syftet med verktyget är att förbättra patientsäkerheten genom att på ett strukturerat sätt undersöka hur väl den egna verksamheten följer evidensbaserade åtgärder inom identifierade vårdskadeområden. Rutinkollen bygger på åtta åtgärds paket som har tagits fram av SKL för ökad patientsäkerhet. Åtgärds paketen gäller

- fall och fallskador
- infektioner vid centrala venösa infarter
- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- läkemedelsrelaterade problem
- postoperativa sårinfektioner
- trycksår
- undernäring
- vårdrelaterade urinvägsinfektioner.

Egenkontrollen omfattar utskrivna patienter för att hela vårdförloppet ska kunna följas, och det är ett tvärprofessionellt team, bestående av medarbetare på enheten, som granskar dokumentationen. Denna granskning visar direkt följsamhet till bevisat effektiva rutiner och ger en indikation på lämpliga åtgärder i förbättrings arbetet. Enheten genomför egenkontrollen med jämna mellanrum och kan följa sin utveckling över tid.

I slutet av 2014 fanns knappt 300 registrerade användare och runt 100 registrerade mätningar. De landsting som främst använt Rutinkollen är Halland, Västra Götaland och delar av Skåne, och flera enheter i dessa landsting rapporterar goda erfarenheter och ökad följsamhet till rutiner. Det

finns inga nationella resultat eftersom syftet med verktyget inte är att jämföra enheter, utan enheterna äger sina data själva och resultaten ska användas för enhetens interna förbättringsarbete.

Under 2015 kommer en version för ledprotesrelaterad infektion att tas i drift, och en version för förlossning är under utarbetande.

Nationellt it-stöd för händelseanalys

Händelseanalys är en metod för att utreda händelser som medfört eller kunde ha medfört vårdskador. Metoden lanserades 2005, då första versionen av handboken *Risikanalys & Händelseanalys* publicerades. Handboken reviderades för tredje gången under 2014 och publicerades i början av 2015 [51]. Händelseanalyser ger ledningen för verksamheten underlag för beslut om åtgärder som kan förbättra patientsäkerheten. För att underlätta genomförandet av händelseanalyser finns sedan 2011 ett nationellt it-stöd för händelseanalys (Nitha). Nitha är uppdelat i en analysdel och en kunskapsdel, den s.k. kunskapsbanken.

När en händelseanalys genomförts ska den kvalitetsgranskas och överföras till kunskapsbanken. Kvalitetsgranskningen görs i respektive landsting av utsedda analyse experter i form av en fakta- eller metodgranskning. Syftet med kunskapsbanken är att möjliggöra ett nationellt lärande, och händelseanalyserna är kategoriserade på ett sätt som gör det möjligt att söka efter olika slags händelser och åtgärder.

Användningen av Nitha har ökat

Alla landsting utom Halland, Jönköping, Norrbotten och Västerbotten var anslutna till Nitha 31 december 2014. Ett fåtal kommuner är anslutna.

Det aktuella datumet fanns 1 359 pågående analyser i Nitha, varav 116 var kvalitetsgranskade för att överföras till kunskapsbanken. Det fanns totalt 436 avslutade analyser i kunskapsbanken. Under 2014 lade elva landsting in 239 analyser: Östergötland hade flest överförda analyser, 102 stycken, följt av Västra Götaland som hade 83 analyser. Av de 436 händelseanalyser som var överförda till kunskapsbanken gällde 257 stycken lex Maria-ärenden.

Av de specialistområden som varit involverade i händelseanalyserna dominerade kirurgiska specialiteter med 171 stycken (tabell 15). Flera specialistområden kan vara involverade i en och samma händelseanalys.

Tabell 15. Involverade specialistområden i händelseanalyser till och med 2014-12-31

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank.

Specialistområde	Antal
Kirurgiska specialiteter	171
Invärtesmedicinska specialiteter	98
Enskilda basspecialiteter	76
Barnmedicinska specialiteter	32
Bild- och funktionsmedicinska specialiteter	29
Psykiatriska specialiteter	29
Laboratoriemedicinska specialiteter	28
Inget involverat specialistområde	24
Prehospital vård och omsorg	21
Neurospecialiteter	12
Odontologiska specialistområden	8
Totalt	528

Källa: Inera/Förvaltningsledning Nitha

I de avslutade händelseanalyser som förts över till kunskapsbanken var behandling den vanligaste involverade arbetsprocessen, följt av diagnostik och omvårdnad (tabell 16).

Tabell 16. Typ av arbetsprocess i händelseanalyser i Nitha till och med 2014-12-31

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank.

Typ av arbetsprocess	Antal
Behandling	134
Diagnostik	106
Omvårdnad	52
Undersökning/utredning	38
Läkemedelshantering	28
Övervakning/observation	21
Informationsöverföring	14
Rådgivning	8
Provhantering	6
Dokumentationshantering	5
Remisshantering	5
Handhavande av utrustning	4
Rehabilitering	3
Identifikation	2
Service av fastighet	2
Service av medicintekniska produkter	2
Transport	2
Vårdplanering	2
Service av IT-utrustning	1
Svarshantering	1
Summa	436

Källa: Inera/Förvaltningsledning Nitha

Den vanligaste bakomliggande orsaken för de analyserade händelserna var faktorer inom området *procedurer, rutiner och riktlinjer* och framför allt brister i och avsteg från rutiner och instruktioner. Det andra stora orsaksområdet var *kommunikation och information* där det var vanligast med brister i kommunikation och information mellan enheter och inom enheten. Totalt fanns 1 415 bakomliggande orsaker angivna för de 436 analyserna i kunskapsbanken.

De två i särklass vanligaste åtgärderna i händelseanalyserna var förändring av rutin och utbildning (tabell 17).

Tabell 17. Typ av åtgärd i avslutade händelseanalyser i Nitha till och med 2014-12-31

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank.

Typ av beslutade åtgärder	Antal*
Förändring av rutin	193
Utbildning	183
Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner	89
Strukturering av kommunikation t.ex. SBAR, motläsning	76
Ökad bemanning eller förändrad kompetens	63
Förändring av process	59
Minnesstöd, t.ex. checklistor och lathundar	52
Dubbelkontroller	29
Praktisk övning	27
Ny eller utveckling av IT-utrustning	27
Omorganisation	23
Tekniska barriärer som förhindrar felanvändning	21
Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg	17
Ny eller modifierad utrustning	17
Visuella eller andra varningssignaler	15
Minskning/eliminering av störningsmoment	13
Ändringar i enhetens fysiska utformning	12
Reservsystem/reservrutiner	7
Minskning/eliminering av produkter/preparat med liknande namn eller utseende	2
Summa	925

* Flera åtgärdsförslag förekommer i en och samma analys/ärende

Källa: Inera/Förvaltningsledning Nitha

Diskussion

Det är viktigt att tillvarata och sprida resultatet från analyserna av lex Maria-anmälningarna. Det finns inget formellt krav på att händelseanalys ska användas i samband med sådana anmälningar, men händelseanalys är den nationella metod som lanserats för att analysera allvarliga händelser och det kan därmed antas att den används för en stor andel av dessa ärenden. Ändå är det bara en handfull landsting som systematiskt använder Nitha och få överför sina analyser till kunskapsbanken. Därmed minskar möjligheterna att nationellt samla kunskap om de allvarligaste vårdskadorna.

De vanligaste åtgärderna i Nitha var förändring av rutin och utbildning, vilka är begränsat effektiva åtgärder enligt handboken om risk- och händelseanalyser. Däremot anses det vara mycket effektivt med massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida [51]. Denna åtgärd fanns inte med i åtgärdstyperna som registrerats i Nitha. Aggregerade analyser av data som exempelvis finns att tillgå i Nitha kunskapsbank kan ge mer kunskap om och förståelse för både bakomliggande orsaker till allvarliga vårdskador och effekter av åtgärderna.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggning uppstår när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, det vill säga saknar den fysiska utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Brist på vårdplatser kan leda till att patienter utlokaliseras och vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

I den vetenskapliga litteraturen utpekas en rad vårdskador som kan uppkomma vid överbeläggning och utlokalisering av patienter. Bland dem nämns vårdrelaterade infektioner, otillräcklig smärtlindring och felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och ökad dödlighet för vissa tillstånd. Socialstyrelsen har i samarbete med SKL tagit fram rapporten *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* till stöd för verksamheterna [52].

I patientsäkerhetsöverenskommelsen 2014 ingick att landstingen skulle mäta överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter inom slutenvården. Dessutom skulle de ha upprättat handlingsplaner till förbättringsarbete med målet att uppnå en säkrare hälso- och sjukvård för patienten genom en optimal planering av vårdplatserna.

Alla landsting har månadsvis rapporterat in sina utfall till SKL och resultaten finns publicerade på SKL:s webbsida⁵.

Förhållandet mellan överbeläggningar och utlokaliseringar

Både för överbeläggningar och utlokaliseringar i riket noterades 2014 års högsta medelvärden i juli. Under semesterperioden och runt jul- och nyårshelgerna omfördelades och reducerades resurserna och verksamheten inom vården. En uppskattning var att antalet disponibla vårdplatser minskade med runt en fjärdedel.

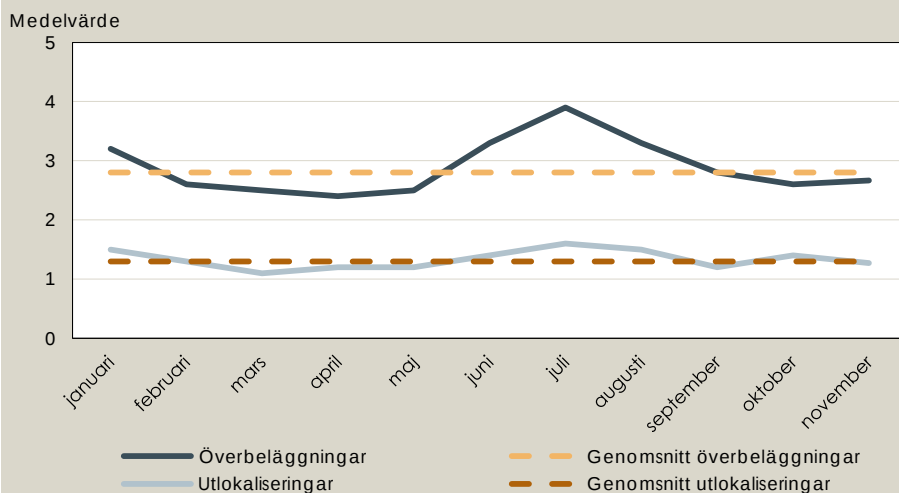
Under perioden januari till november 2014 var överbeläggningarna i riket som lägst 2,4 per 100 vårdplatser i april och som högst 3,9 i juli. Riksgenomsnittet för elva månader var 2,8 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom somatisk slutenvård.

Under samma period varierade antalet utlokaliserade patienter, från 1,1 i mars till 1,6 i juli och riksgenomsnittet för elva månader var 1,3 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser (figur 42).

⁵ <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/overbelaggningar.747.html>

Figur 42. Överbeläggning och utlokalisering av patienter inom somatisk vård januari–november 2014

Medelvärde per 100 disponibla vårdplatser.

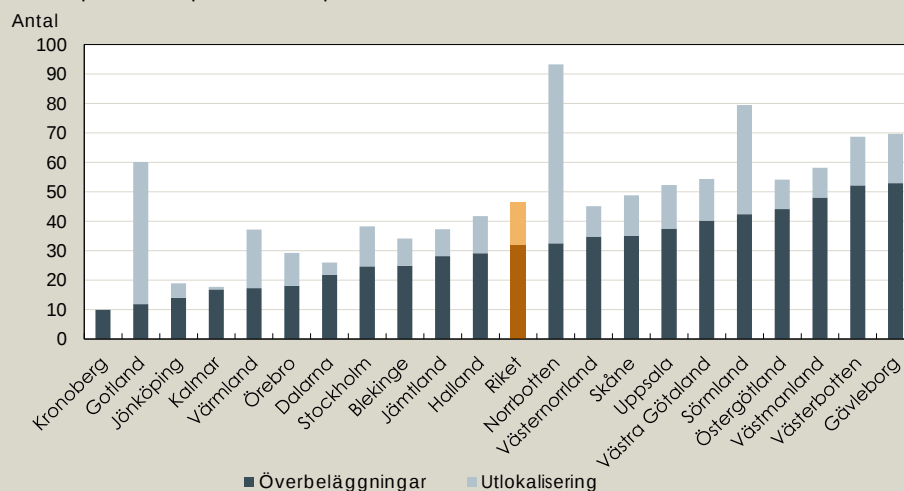


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 43 visar variationen i förhållandet överbeläggningar och utlokaliseringar mellan landstingen. Utfallen för Gotland och Norrbotten kan bero på skillnader i demografiska förutsättningar jämfört med övriga landsting.

Figur 43. Antal överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter inom somatisk vård januari–november 2014

Antal per 100 disponibla vårdplatser.



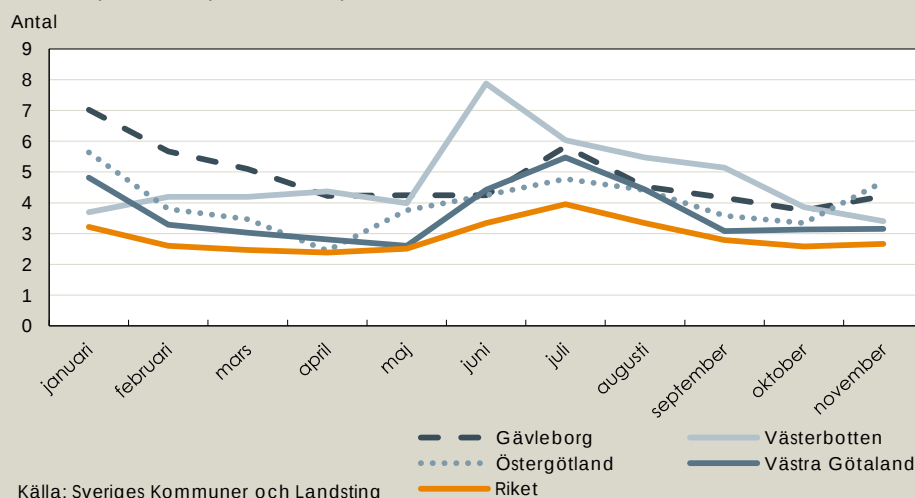
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Fyra landsting rapporterade överbeläggningar över riksgenomsnittet alla månader under den studerade perioden. Inom ett landsting kan det vara ett sjukhus som ständigt har många överbeläggningar och därmed påverkar utfallet på landstingsnivå (figur 44).

Tre landsting utlokaliserade fler patienter än riksgenomsnittet alla månader under januari till och med november 2014 (figur 45).

Figur 44. Landsting med överbeläggningar över rikets genomsnitt inom somatisk vård januari–november 2014

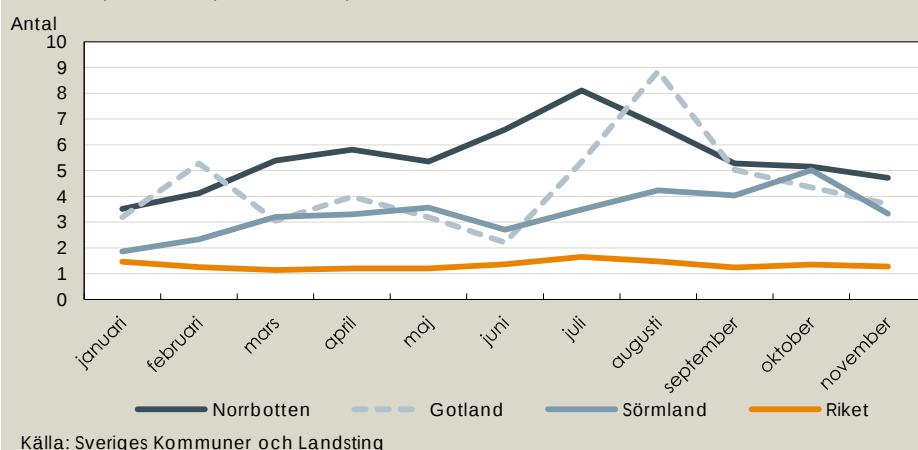
Antal per 100 disponibla vårdplatser.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Figur 45. Landsting med utlokaliseringar över rikets genomsnitt inom somatisk vård januari–november 2014

Antal per 100 disponibla vårdplatser.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Inom psykiatrisk vård är utlokaliseringar ovanliga, men överbeläggningar förekommer i vissa fall i hög utsträckning. Ett landsting (Västerbotten) rapporterar i genomsnitt 11 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser under 2014, medan ytterligare tre landsting (Östergötland, Norrbotten och Dalarna) ligger mellan 5– 5,7 överbeläggningar under samma tid.

Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Ur patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att de patienter som behöver en disponibel vårdplats också får tillgång till den. Behovet av disponibla vårdplatser överskrider dock tillgången. En aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som enligt behandlande läkare inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset och i stället vårdas i hemmet eller i andra vårdformer med det stöd som kan behövas.

Hösten 2014 gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning riktad till kommunerna med fokus på deras förutsättningar att ta emot utskrivningsklara patienter enligt betalningsansvarslagen (1990:1404).

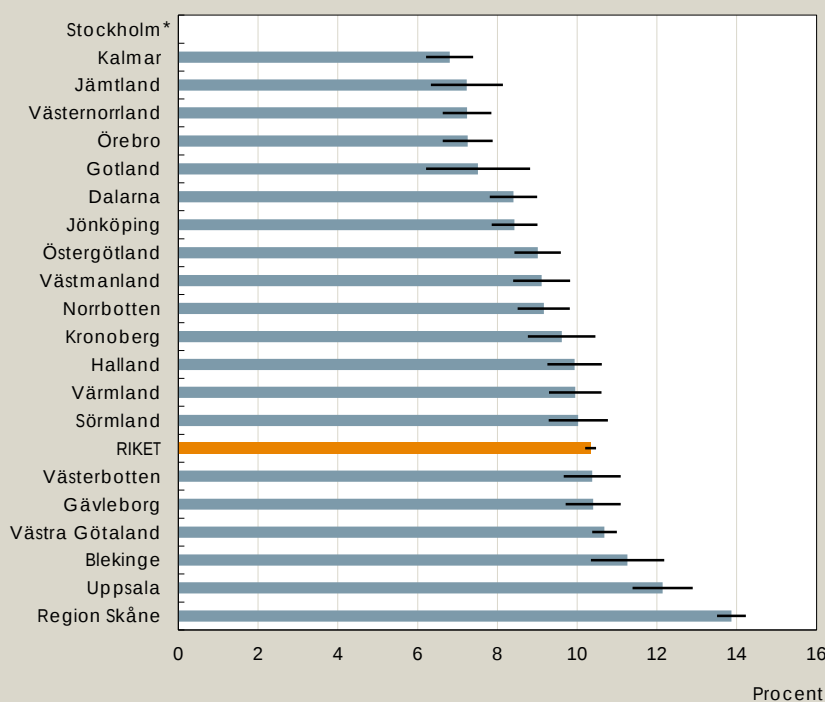
När kommunen inte kunde ta emot utskrivningsklara patienter innan betalningsansvaret inträdde berodde det främst på väntetider till plats på korttidsboende och särskilt boende, och på att hemtjänsten och hemsjukvården inte kunde ta emot patienten. Kommunerna pekade även på upplevda brister i samarbetet med landstingens slutenvård och primärvård, och ville förbättra detta för att övergången ska bli trygg och säker för patienten. Undersökningen visade att kommunerna under 2013 betalade ersättning till landstingen för cirka 40 000 vård dagar [53].

Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar

Indikatorn oplanerad återinskrivning belyser alltför tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning utan tillräcklig samordning i uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvården. Indikatorn återspeglar därigenom kvaliteten i vårdkedjan. Indikatorn omfattar två olika vårdtillfällen inom 30 dagar för samma person 65 år eller äldre. För denna grupp är hjärtsvikt och lunginflammation vanligaste orsaken till oplanerade återinskrivningar, och diagnoserna som ingår i indikatorn är valda eftersom de är vanliga i gruppen mest sjuka äldre. Indikatorn visar att cirka 10 procent av patienterna hade en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar under 2013. Variationen mellan landstingen var 7–14 procent (figur 46).

Figur 46. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar 2013

Avser patienter 65 år och äldre.



* Uppgift saknas

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning

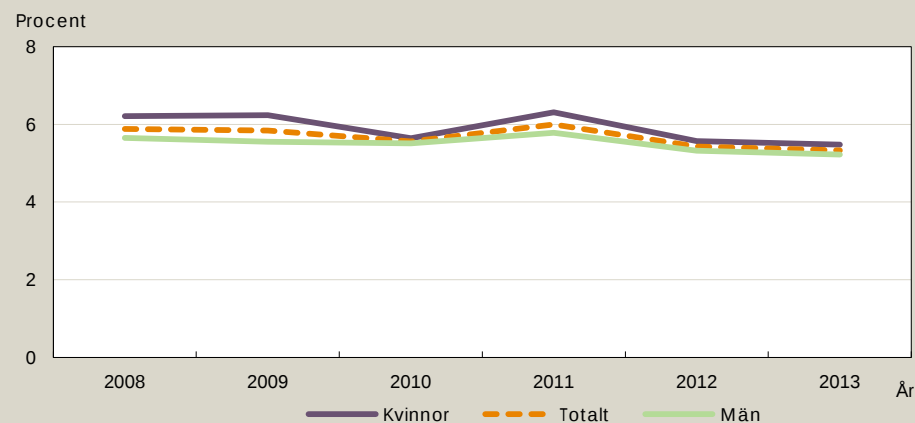
Nattlig utskrivning från intensivvårdsavdelning (IVA) till vårdavdelning har under många år varit förknippad med ökad dödlighet, enligt dokumentation i flera länder inklusive data från Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). Eftersom bemanningen ofta är lägre nattetid betyder överflyttning till en vårdavdelning att patienten måste klara sig själv i större utsträckning än inom intensivvården.

Denna indikator speglar förebyggande och samordnande åtgärder i vården och kan belysa prioriteringar eller tillgången på IVA-platser.

Målet uppnått i 19 landsting

I riket förekom nattlig utskrivning i 5,3 procent av alla vårdtillfällen på IVA under 2013 (figur 47).

Figur 47. Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning 2008 –2013

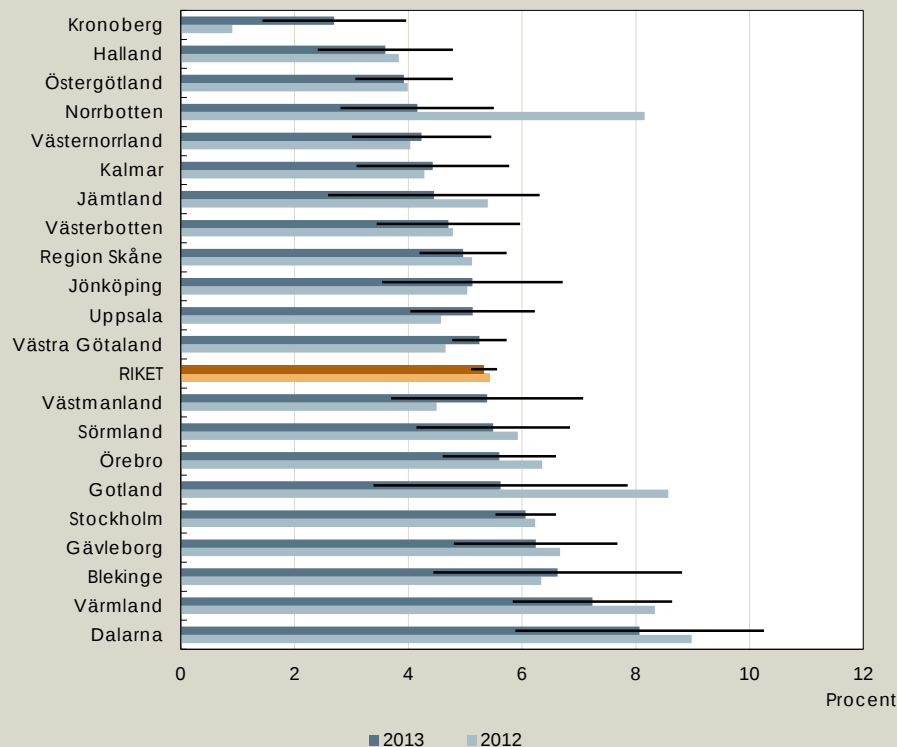


Källa: Svenska Intensivvårdsregistret

Variationen mellan landstingen var 2,7–8,1 procent. Jämförelsen baseras på 37 106 vårdtillfällen och 1 978 fall av nattlig utskrivning.

SIR anger som målnivå att mindre än 6,8 procent av alla utskrivningar ska ske nattetid, och 2013 nådde 19 av 21 landsting detta mål (figur 48).

Figur 48. Andel patienter som skrevs ut nattetid från intensivvårdsavdelningar till vårdavdelningar 2013



Källa: Svenska Intensivvårdsregistret

Uppmärksamheten kring nattlig utskrivning har de senaste åren varit stor, vilket gjort att många IVA vidtar särskilda åtgärder när man trots allt måste skriva ut patienter på natten. Data från SIR visar att den tidigare överdödligheten efter nattliga utskrivningar minskat, och för 2012 och 2013 fanns inte längre någon säkerställd ökad dödlighet på grund av nattlig utskrivning.

Diskussion

Tillgången till vårdplatser styrs av flera faktorer. Socialstyrelsen bedömer att kontinuerlig mätning av överbeläggning och utlokalisering av patienter skapar underlag för landstingen att planera, fördela resurser och vidta åtgärder så att patienterna får tillgång till säkra vårdplatser. Det är inte acceptabelt ur patientsäkerhetsperspektiv att betrakta överbeläggningar som ett normaltillstånd. Överbeläggningar kan bland annat bidra till försämrad arbetsmiljö, bristfällig kommunikation och samsyn om patientens vård. Detta kan i sin tur leda till patientsäkerhetsrisker.

I analysen av vårdplatssituationen är det viktigt att ha helhetsperspektiv och även beakta indikatorerna återinskrivningar och utskrivningsklara patienter som områden där åtgärder kan vidtas. Det kan exempelvis finnas ett behov av att förbättra samverkan med andra vårdgivare i samband med överflyttning, för att komma tillrätta med överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet inom psykiatri

Inledning

Somatisk sjukdom hos patienter som vårdas på grund av psykisk sjukdom uppmärksammas inte på samma sätt som hos befolkningen i övrigt, vilket kan innebära allvarliga konsekvenser för patienterna. Förutsättningarna för att ge en jämlik vård varierar i riket och kan påverkas av landstingens prioriteringar och resursfördelning. Andra faktorer som påverkar förutsättningarna är den aktuella populationens hälsotillstånd, livsvillkor och levnadsvanor. Personer med psykosjukdom har i högre utsträckning än övriga befolkningen riskfaktorer i sin livsstil som bidrar till sämre hälsa, till exempel rökning, osunda kostvanor, brist på fysisk aktivitet och missbruk. I sjukdomsbilden ingår ofta avsaknad av energi och initiativförmåga samt svårighet att ta till sig och följa ordinationer, råd och anvisningar. Personerna söker heller inte vård vid somatiska åkommor i samma utsträckning som övriga befolkningen [54].

Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, innefattar dödlighet i diagnoser som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, såväl genom tidig upptäckt som genom adekvat akut och sekundärpreventiv behandling.

Indikatorindelning

Indikatorn har delats upp i två kategorier: en med patienter som haft en psykosjukdom och en kategori med patienter som haft annan psykisk

sjukdom, främst ångest- och depressionssjukdomar. Indikatorn jämför de två kategorierna med befolkningen totalt och resultatet presenteras i antalet dödsfall per 100 000 invånare, 18–79 år, i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

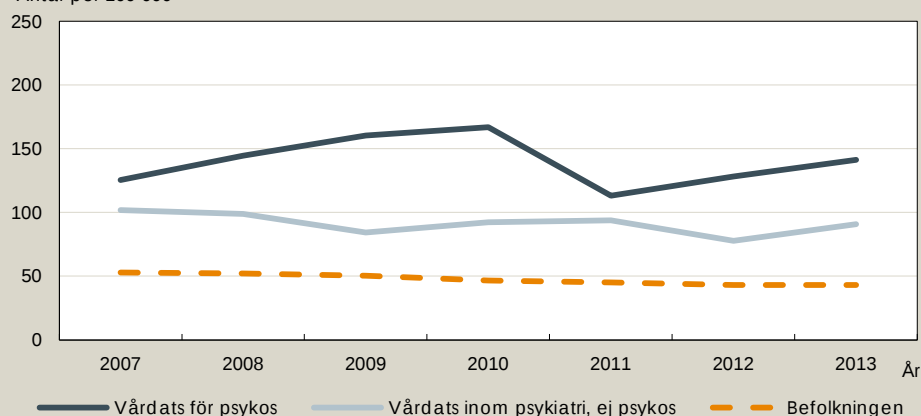
Högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet för psykiskt sjuka

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten var större för patienterna i de båda kategorierna jämfört med befolkningen som helhet (figur 49). När det gällde somatisk sjukdom som inte diagnostiseras och behandlas var risken att avlida i förtid störst bland män från båda kategorierna och bland kvinnor som vårdats inom psykiatri på grund av psykos (figur 50 och 51). Skillnaden i dödlighet för både män och kvinnor jämfört med befolkningen var särskilt framträdande vid ischemisk hjärtsjukdom. Främst gäller detta kategorin som vårdats för psykos, men även kategorin med psykisk sjukdom utan psykos hade en tydligt högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt (figur 52 och 53).

Figur 49. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2007– 2013

Avser dödsfall bland befolkningen i åldern 18-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



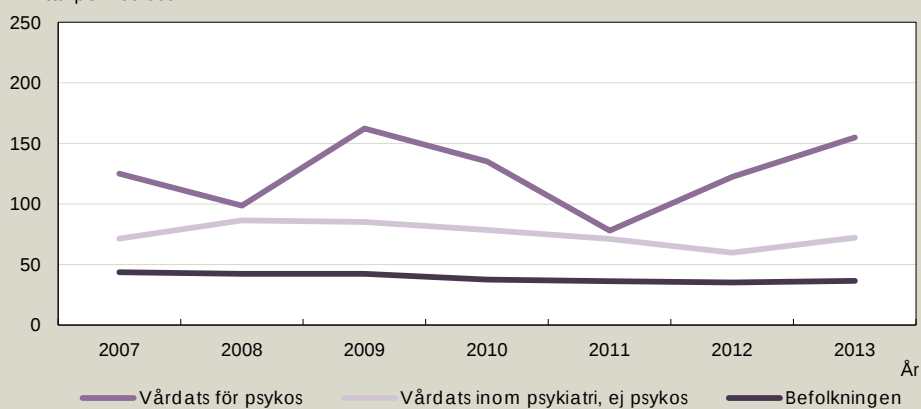
Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

För kvinnor som vårdats på grund av psykossjukdom visar data sedan 2011 en ökning i den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten (figur 50).

Figur 50. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2007–2013

Avser dödsfall bland kvinnor i åldern 18-79 år. Ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000



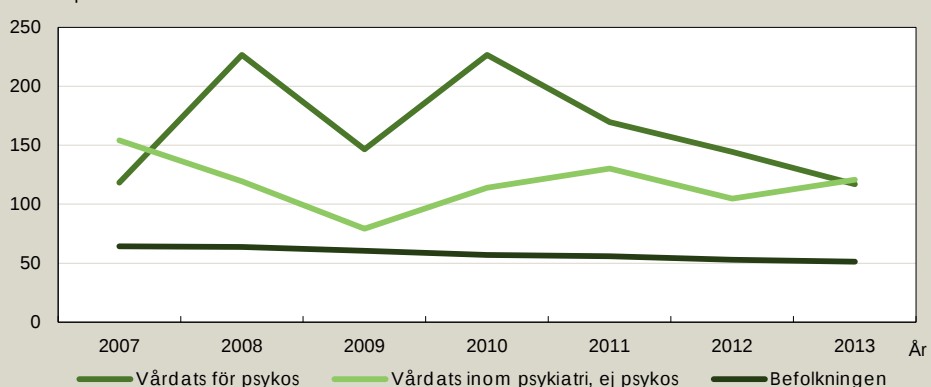
Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

För män som vårdats på grund av psykos var trenden den motsatta, och 2013 var den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten lika hög oavsett om man vårdats på grund av psykos eller inte (figur 51).

Figur 51. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet 2007–2013

Avser dödsfall bland män i åldern 18-79 år. Ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000



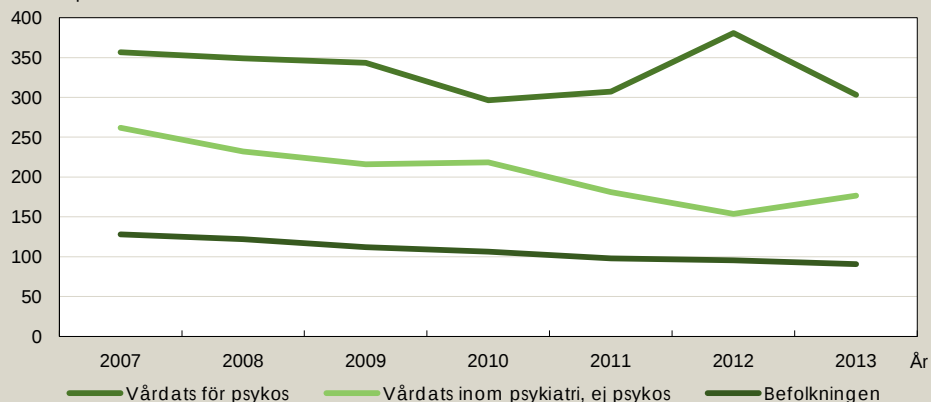
Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Tydligast var överdödligheten i ischemisk hjärtsjukdom för män som vårdats för psykos (figur 52).

Figur 52. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom för män 2007–2013

Avser dödsfall i åldern 18-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



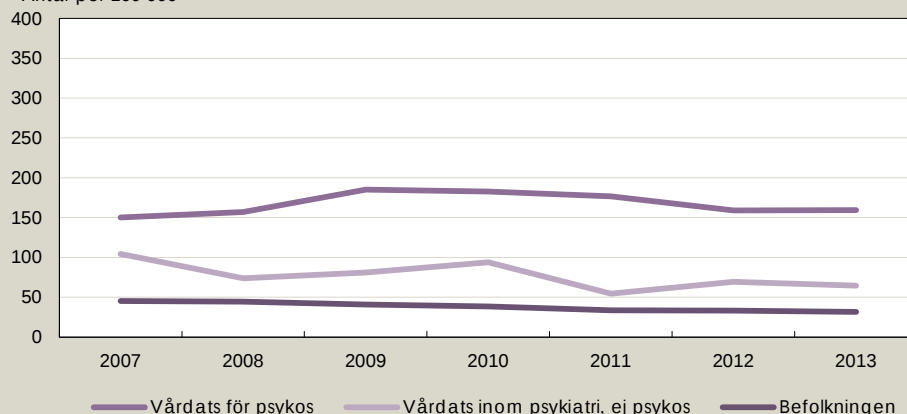
Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Även bland kvinnor som vårdats på grund av psykossjukdom sågs en betydande överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom (figur 53).

Figur 53. Dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom för kvinnor 2007–2013

Avser dödsfall i åldern 18-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen

Samverkande faktorer ökar risken

Många antipsykotiska läkemedel har biverkningar som i sig ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom, och bland annat viktuppgång är mycket vanligt liksom förhöjda nivåer av blodfetter och blodsocker. Antipsykotiska läkemedel kan också öka risken för livshotande rubbningar i hjärtats rytm och för död. Antipsykotisk läkemedelsbehandling är dock en hörnsten i behandlingen, för utan dem är det som regel omöjligt för dessa patienter att leva ett normalt liv. Det är därför inte orimligt att läkemedelsbehandlingen i sig kan bidra till överdödligheten [55].

Slutsatser och diskussion

Stora regionala skillnader

Förekomsten av allvarliga vårdskador inom somatisk sjukhusvård har minskat sedan 2008 [17]. Mindre allvarliga vårdskador ligger väsentligen kvar på samma nivå vilket innebär att nästan var tionde patient drabbas av en vårdskada. Förutom det mänskliga lidandet att drabbas av en skada orsakar vårdskadorna stora merkostnader i hälso- och sjukvården. Markörbaserad journalgranskning visar att vårdrelaterade infektioner är det vanligaste skadeområdet. De mindre allvarliga vårdskadorna, exempelvis kateterrelaterade urinvägsinfektioner, utgör en stor volym och är resurskrävande i form av extra vård dagar. Arbetet med att begränsa vårdrelaterade infektioner är en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.

Punktprevalensmätningarna av vårdrelaterade infektioner visar stora skillnader mellan landstingen. Dessa skillnader indikerar att andelen vårdrelaterade infektioner går att påverka och att det infektionsförebyggande arbetet därför måste utvecklas ytterligare. Kraftåtgärder måste vidtas för att minska skadorna. Evidensbaserade åtgärdsprogram och system för egenkontroll finns. Rapporten *Vårdrelaterade infektioner- framgångsfaktorer som förebygger* [30] ger god vägledning till de landsting som har hög andel vårdrelaterade infektioner. Rapporten lyfter bland annat fram högsta ledningens betydelse för ett framgångsrikt förebyggande arbete genom att fokusera på vårdrelaterade infektioner, förmedla engagemang, återkoppla resultat och sätta krav på förbättringar. Ansvar finns på alla nivåer inom vården och alla medarbetare ska delta i arbetet.

Regionala skillnader ses även för trycksår förekomst och följsamhet till basala hygienregler och klädrutiner. Socialstyrelsen anser att nuvarande följsamhet till hygien- och klädregler på 74 procent inte är acceptabel. Ledningarna måste ta ansvar och tillse att gällande föreskrifter följs och ha en kontinuerlig uppföljning och vidta åtgärder vid bristande följsamhet.

Granskningen av patientsäkerhetsberättelser visar att beskrivningen av innehåll i berättelserna blivit klart bättre men också att det är svårt att få en tydlig bild av vad som faktiskt gjorts inom olika landsting. Skyldigheten för vårdgivarna att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse infördes för att förstärka vårdgivarnas kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, underlätta tillsyn och tillgodose informationsbehov hos andra intressenter [56]. Det är dock oklart om detta syfte är uppnått. Socialstyrelsen överväger därför att utvärdera om arbetet med patientsäkerhetsberättelser kommit att svara mot patientsäkerhetslagens (2010:659) intentioner.

Patientsäkerhetskulturen måste förändras

Medarbetarnas upplevelse av patientsäkerhetskulturen uppvisar stora förbättringsbehov. Benägenheten att rapportera risker och avvikelser är lägre än vid första mätningarna och det är alarmerande att medarbetarna inte rapporterar mer. Den låga skattningen gällande en icke straff- och skuldbeläggande

kultur i verksamheten, öppenhet i kommunikation och återföringen och kommunikationen kring avvikelser kan sannolikt kopplas ihop med den låga benägenheten att rapportera avvikelser och risker. Om medarbetarna inte rapporterar risker och avvikelser förloras en viktig grund för förbättringsarbete.

Hög säkerhet är inte bara beroende av att alla nogsamt följer reglerna. Det är också viktigt att alla gör sitt bästa för att uppmärksamma nya säkerhetsproblem och tar initiativ för att undanröja säkerhetsproblem som inte regleras i instruktioner och regler. En studie vid Göteborgs universitet visar att för sådant delaktigt säkerhetsbeteende är god tillgång till psykosociala arbetsresurser viktigt, liksom att sammanhållningen i arbetsgruppen är god. Delaktigt säkerhetsbeteende kan då uppnås även vid höga arbetskrav. Studien pekar även på värdet av en viss överkapacitet i form av resurser för att klara säkerheten för både patienter och personal och för att personalen ska känna arbetstillfredsställelse. Studien lyfter också fram riskerna med att ta in tillfällig personal som inte känner till arbetsplatsens specifika förhållanden och inte är inarbetad i arbetsgruppen [57].

Medarbetarna upplever ett lågt stöd från högsta ledningen. Engagemang från ledningen är viktigt för att få verkliga förändringar och effekt i form av hög patientsäkerhet. Vårdgivaren har enligt 3 kap patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) tydliggjort att föreskrifterna även ska tillämpas i detta systematiska patientsäkerhetsarbete. Det är därför anmärkningsvärt att patientsäkerhet inte är helt integrerat i landstingens ledningssystem mer än tre år efter patientsäkerhetslagens ikraftträdande.

Socialstyrelsen överväger att genomföra fördjupade analyser av patientsäkerhetsarbetets integrering i landstingens ledningssystem och ledningssystemets betydelse för att motverka förekomsten av vårdskador.

Markörbaserad journalgranskning viktig väg framåt

Markörbaserad journalgranskning är en viktig metod för att upptäcka och karakterisera skador som inträffar i vården och den metod som idag är bäst lämpad för att identifiera skador och vårdskador och på så sätt följa frekvensen av skador och vårdskador. Frekvensen av lex Maria-anmälningar är inget säkert mått på förekomst av vårdskador. Nästan dubbelt så många allvarliga vårdskador identifieras med markörbaserad journalgranskning bara inom somatisk vård än vad som rapporterats enligt lex Maria, för all hälso- och sjukvård. Markörbaserad journalgranskning bör fortsätta att användas på nationell nivå för att följa effekten av patientsäkerhetsarbetet, och på kliniknivån som underlag för lokalt förbättringsarbete även inom andra vårdområden än somatisk vård. Indikatorer i Öppna jämförelser och kvalitetsregister är också viktiga och det behövs en utveckling av indikatorer som specifikt speglar säker vård.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet måste omfatta andra vårdformer än sluten somatisk vård. Det saknas kunskap om förekomst av vårdskador inom psykiatrisk vård, primärvård, hemsjukvård och tandvård vilket måste utvecklas.

Risk- och vårdskadeområden för särskilt riskutsatta patientgrupper, exempelvis för tidigt födda, äldre, multisjuka och psykiskt sjuka, måste också kartläggas och analyseras i syfte att identifiera behov av kunskapsunderlag och stöd till implementering. Socialstyrelsen har för avsikt att kartlägga och beskriva riskområden och kritiska moment inom dessa verksamhetsområden och patientgrupper.

Kompetens och utbildning måste förstärkas

Säkerhetsmedvetna medarbetare med ett skadeförebyggande förhållningssätt förutsätter adekvat kunskap om vad patientsäkerhet omfattar och vilka metoder som förebygger vårdskador. Undersökningen av utbildningsläget inom området patientsäkerhet visar att alla landsting har utbildning men också att nästan alla landsting har behov av att förstärka befintlig utbildning och att bedriva den mer systematiskt. Begreppet patientsäkerhet är inte vanligt förekommande i de styrande dokumenten för vissa av de legitimerade yrkesgrupperna vilket kan tyda på att diskussionen kring patientsäkerhet inte förts in på ett genomgripande sätt vid alla lärosäten. Att enbart ha patientsäkerhetsutbildning i grundutbildningen för yrket är otillräckligt bland annat för att många som anställs i vården har studerat utomlands. Av alla läkare sysselsatta i hälso- och sjukvård 2012, var 24 procent utbildade i annat land och sedan 2003 har det varje år beviljats fler svenska läkarlegitimationer baserade på läkarutbildning i annat land, än baserade på läkarutbildning i Sverige [58].

Utbildning inom patientsäkerhet är i grunden gemensam för alla medarbetare i hälso- och sjukvården. Landstingen har olika förutsättningarna för att skapa, förvalta och utveckla utbildningar. Nationell samordning kan vara ett alternativ för en samlad kunskapsspridning genom att skapa en gemensam webbaserad patientsäkerhetsutbildning. Socialstyrelsen har för avsikt att genomföra fördjupade analyser för att få en helhetsbild av kompetensbehoven och vilka åtgärder som behöver vidtas för att stärka kompetensen inom patientsäkerhetsområdet samt att fördjupa analys och kartläggning av vårdutbildningarnas innehåll av patientsäkerhetskunskap på universitets- och högskolenivå.

Appendix: Landstingsvisa jämförelser

I denna del redovisas landstingsvisa jämförelser för avsnitt:

- Styrning och ledning; patientsäkerhet i landstingens ledningssystem, granskning av patientsäkerhetsberättelser samt anmälningar till Patientförsäkringen LÖF.
- Patientsäkerhetskultur; mätning av patientsäkerhetskultur.
- Risk- och vårdskadeområden; landstingens styrning av städning av vårdlokaler, äldre och läkemedel samt punktprevalensmätning av trycksår förekomst.

Vidare redovisas metodbeskrivning för avsnitt:

- Kompetens; undersökning av patientsäkerhetsutbildning.
- Risk- och vårdskadeområden; markörbaserad journalgranskning.

Styrning och ledning

Redovisning av landstingens svar på enkäten *Att styra och leda för ökad patientsäkerhet* 2012 och 2014. En femgradig skala, där 1 står för inte alls, och 5 för helt och hållet, användes för att ange hur väl påståendet överensstämde med verksamhetens ledningssystem. En kortversion av enkätfrågorna visas i tabell 18 med utfallet redovisat per landsting samt medelvärde för riket på respektive fråga.

Tabell 18 Landstingsledningarnas bedömning av i vilken utsträckning patientsäkerhetsarbete har integrerats i landstingens ledningssystem

Kortversion av frågorna i Socialstyrelsens enkät Landstingens/regionernas ledningssystem avseende systematiskt patientsäkerhetsarbete		Blekinge	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Kronoberg	Norrbotten	Skåne	Stockholm	Södermanland	Uppsala	Värmland	Västerbotten	Västernorrland	Västmanland	Västra Götaland	Örebro	Östergötland	Riket 2014	Riket 2012
Allmänna bestämmelser																								
1. Strategier och mål		4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3	5	4	5	5	3	3	5	4,3	4,0
2. Roller och ansvarsfördelning		4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	3	5	3	3	5	4	5	5	3	4	5	4,3	4,0
3. Mätning av vårdskador och uppföljning av åtgärder		4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	2	4	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4,0	3,5
4. Förebyggande av vårdskador		4	5	5	3	4	5	5	5	5	4	3	5	3	3	4	5	4	5	2	4	4	4,1	3,6
5. Kompetensutveckling inom patientsäkerhet		2	4	5	3	4	3	5	4	4	3	3	4	3	3	3	2	1	5	2	3	4	3,5	3,2
6. Hantering av risker		4	4	5	4	5	3	4	4	4	4	2	5	3	4	4	4	4	5	3	4	4	4,0	3,5
7. Rutiner för händelseanalys		4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	2	5	5	4,6	4,4
8. Utveckling av patientsäkerhetskulturer		3	4	5	4	4	5	3	4	4	4	3	4	3	3	5	3	4	5	4	4	4	3,9	3,1
9. Patienter och närstående medverkar		3	4	5	3	5	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	2	5	4	3	3	3	3,6	2,9
10. Patienters och närståendes erfarenheter		4	3	5	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	2	3	3	3,5	3,1
Anmälningsskyldighet till Inspektionen för vård och omsorg																								
11. Anmälning av vårdskador och risker		5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,9	4,6
12. Anmälning av andra skador		5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	4	5	5	4	1	2	5	5	5	5	5	4,4	3,6
13. Anmälning av personal med riskbeteende		2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	4	5	3	5	1	5	5	5	5	5	4,3	3,7
14. Anmälningskriterier		4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	3	5	5	2	5	5	4,5	3,8
Skyldighet att informera patient om inträffade vårdskador																								
15. Definition av vårdskada		4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	5	3	5	5	3	4	4	4,4	4,3
16. Hur kompetens om vårdskador säkerställs		3	5	5	3	5	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	3	5	5	3	4	4	4,1	3,7
17. Information till patient vid vårdskada		5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	3	5	5	4	5	3	5	5	4	4	1	4,5	4,3
18. Hur klagomål anmäls till IVO		5	5	5	4	5	5	3	5	3	4	4	4	5	4	2	3	5	4	4	5	4	4,2	3,9
19. Hur ersättning för skada söks		5	4	5	4	4	5	4	5	3	3	3	5	5	3	2	3	5	4	4	5	4	4,0	3,7
20. Information om patientnämnden		5	5	5	4	4	5	4	5	2	3	4	5	5	5	2	3	5	4	4	5	4	4,2	3,8
21. Dokumentation av given information		4	4	5	3	5	5	4	5	5	3	3	4	5	4	5	3	5	5	4	5	4	4,3	3,5
Dokumentationsskyldighet																								
22. Organisation för patientsäkerhetsarbete		5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	4	5	3	3	5	4	5	5	4	5	5	4,5	4,2
23. Hur kunskap om organisationen sprids		2	5	5	3	4	5	4	4	2	3	3	4	2	2	4	2	4	5	2	4	4	3,5	3,2
24. Uppföljning av patientsäkerhetsarbete		2	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	5	4	4,4	4,2
25. Uppföljning av förbättringsåtgärder		2	5	5	4	5	5	4	5	4	3	3	5	4	4	5	5	5	5	3	3	4	4,2	3,6
26. Uppföljning av resultat		2	4	5	4	5	5	5	5	4	3	4	5	4	4	5	5	5	5	3	3	5	4,3	3,6
27. Utformning av patientsäkerhetsberättelse		2	5	5	4	5	3	5	5	3	4	4	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	4,3	4,1
28. Regelbunden uppföljning av resultat och effekt		2	4	5	4	5	5	4	4	4	3	4	5	3	4	5	5	5	4	3	4	5	4,1	3,2
29. Samverkan för säker vård		3	4	5	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	3	3	3	5	4	3	3	4	3,7	3,3
30. Hantering av avvikelser och synpunkter		5	4	5	4	5	5	3	4	5	4	4	5	5	3	5	4	5	5	3	5	5	4,4	4,2
Bemyndigande m.m																								
31. Spridning och förankring av föreskrifter		2	5	5	3	5	3	4	4	2	4	3	4	2	3	3	1	5	4	2	3	4	3,4	2,6

Källa: Enkät Att styra och leda för ökad patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Patientsäkerhetsberättelse

I granskningen av patientsäkerhetsberättelserna analyserades innehållet ur perspektiven struktur, process och resultat. Tabell 19 visar landstingsvis jämförelse av täckningsgraden av variabler i PSB 2010- 2013. Uppsättningen variabler har varit något olika för olika år och i jämförelsen för 2013 ingår endast variabler med en total rapportering som är högre än eller lika med 20 procent. Drygt hälften av landstingen hade ett sammantaget resultat på eller över 65 procent i PSB 2013. Högst andel rapporterade variabler nåddes 2011.

Tabell 19. Andel av undersökta variabler inom struktur, process och resultat som beskrivits fullständigt eller delvis i patientsäkerhetsberättelserna 2010–2013

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

*Ingick inte i granskningen då endast sammanhållna, landstingsövergripande patientsäkerhetsberättelser granskades.

** Uppsala hade de enskilda förvaltningarnas patientsäkerhetsberättelser som bilagor till den sammanhållna patientsäkerhetsberättelsen. Bilagorna har inte ingått i granskningen, vilket kan förklara den låga andelen rapporterade variabler.

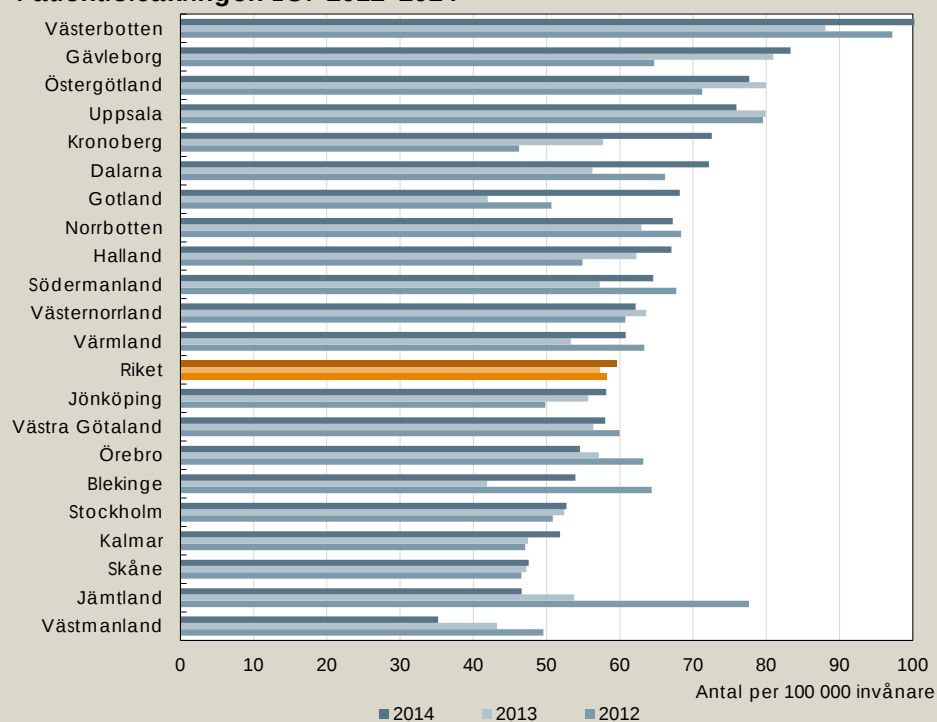
Källa: Socialstyrelsen

Rapportering från patienter och vårdgivare

Anmälningar till Patientförsäkringen LÖF

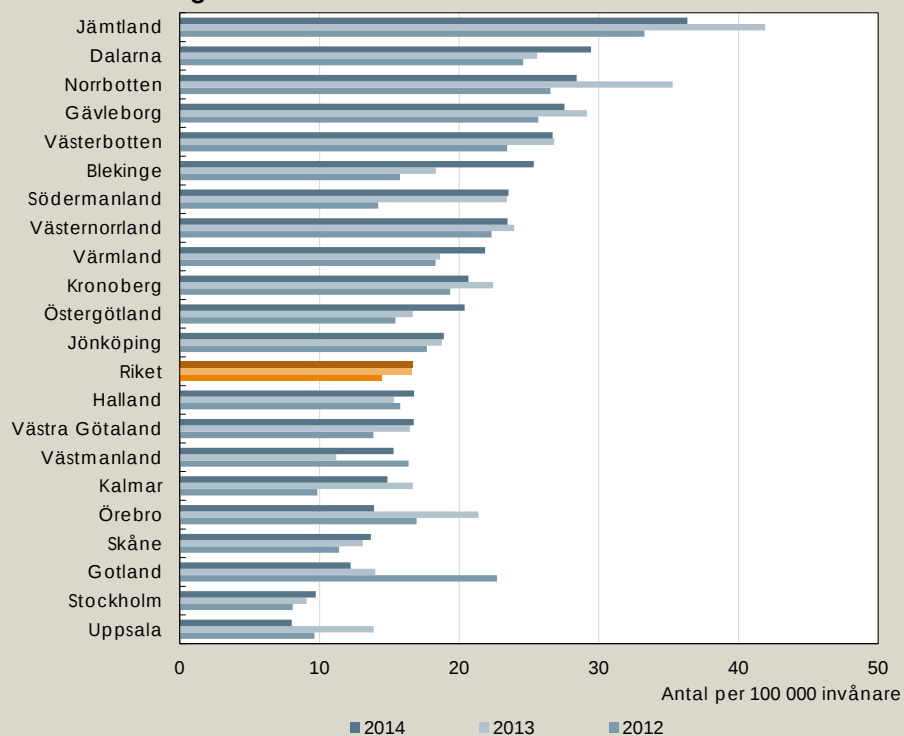
Cirka hälften av alla anmälningar till Patientförsäkringen LÖF gäller skador som uppkommit i ett stort antal olika typer av verksamheter. Nedan redovisas anmälningar per 100 000 invånare uppdelade på slutenvård (figur 54) och primärvård (figur 55).

Figur 54. Antal inkomna anmälningar från slutenvården till Patientförsäkringen LÖF 2012–2014



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Figur 55. Antal inkomna anmälningar från primärvården till Patientförsäkringen LÖF 2012–2014



Källa: Patientförsäkringen LÖF

Patientsäkerhetskultur i vården

Mätning av patientsäkerhetskultur

År 2012–2014 genomförde alla landsting mätningar med den validerade enkäten ”Att mäta patientsäkerhetskulturen”. Metoden som använts är en svensk översättning av den amerikanska metoden Hospital Survey on Patient Safety Culture [59]. Enkäten omfattar 14 dimensioner som vardera består av flera frågor samt tre enskilda frågor (tabell 20).

Tabell 20. Dimensioner i patientsäkerhetskulturmätning

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

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Svarsfrekvens

Landstingen hade olika urval, svarsfrekvens och mättillfällen. I de andra mätningarna, 2012–2014, ingick flera enheter som inte hade mätt tidigare. Svarsfrekvensen för landstingens båda mätningar framgår av tabell 21.

Tabell 21. Svarsfrekvens av Patientsäkerhetskulturmätning

Mätning 1 2010–2011 och mätning 2 2012–2014.

Landsting	Mätning 1 Utskick- ade enkäter (antal)	Svarsfre- kvens (%)	Mätning 2 Utskick- ade enkäter (antal)	Tidpunkt för mätning	Svarsfre- kvens (%)
Blekinge	2 976	55	3 871	Vår 2014	65
Dalarna	4 291	56	5 179	Vår 2014	65
Gotland	883	57	879	Vår 2013	51
Gävleborg	1 978	81	4 782	Vår 2013	65
Halland	5 992	62	5 451	Vår 2014	70
Jämtland	638	57	2 528	Vår 2014	50
Jönköping	7 455	65	7 250	Vår 2014	69
Kalmar	5 149	88	5 288	Vår 2013	85
Kronoberg	5 431	54	4 254	Vår 2014	75
Norrbottnen	5 961	35	4 716	Höst 2013	56
Skåne	13 710	79	24 483	Vår 2014	67
Stockholm	27 845	57	34 008	Olika per förvaltning	59
Sörmland	4 446	47	4 704	Vår 2014	58
Uppsala	4 291	67	5 844	Vår 2014	63
Värmland	2 101	49	4 995	Höst 2013	60
Västerbotten	6 881	58	7 292	Vår 2014	64
Västernorrland	3 156	64	5 252	Vår 2014	56
Västmanland	4 594	62	4 715	Vår 2014	57
Västra Götaland	23 300	64	30 068	Vår 2013	69
Örebro	2 571	56	6 894	Vår 2013	54
Östergötland	9 933	61	9 960	Vinter 2012	76
Totalt	143582	61	182 413		64

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Resultatet för varje landsting

Resultatet för varje landsting från andra mätningarna av patientsäkerhetskulturer redovisas i tabell 22 a, b och c.

Tabell 22a. Resultat per landsting i patientsäkerhetskulturmätningen mätning 2

Mätning 2 2012–2014.

Landsting	Benägenhet att rapportera	Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	Självskattad patientsäkerhetsnivå	Min närmaste chefs agerande	Lärandeorganisation
Blekinge	46	60	58	69	58
Dalarna	41	53	49	63	48
Gotland	39	50	45	58	47
Gävleborg	41	53	47	64	50
Halland	47	59	56	65	55
Jämtland	36	49	46	57	43
Jönköpings län	44	67	66	69	61
Kalmar	49	65	60	66	61
Kronoberg	43	65	60	70	62
Norrbottn	42	61	55	65	54
Skåne	43	56	51	63	52
Stockholm	47	57	52	65	57
Sörmland	39	53	45	63	50
Uppsala	40	52	46	64	52
Värmland	40	55	50	64	49
Västerbotten	44	59	56	67	57
Västernorrland	42	53	49	62	48
Västmanland	47	58	54	66	56
Västra Götaland	39	55	49	61	50
Örebro	45	63	59	67	57
Östergötland	48	63	60	67	59
Högsta	49	67	66	70	62
Min	36	49	45	57	43
Medelindex	43	57	53	65	54

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Tabell 22b. Resultat per landsting i patientsäkerhetskulturmätningen mätning 2

Mätning 2 2012–2014.

Landsting	Samarbete inom vårdenheten	Öppenhet i kommunikationen	Återföring och kommunikation	Icke straff- och skuldbe-läggande kultur	Arbetsbe-lastning och personaltät-het
Blekinge	80	66	63	60	44
Dalarna	77	62	56	57	43
Gotland	81	62	55	61	37
Gävleborg	76	62	54	56	39
Halland	78	64	60	62	46
Jämtland	73	61	47	56	39
Jönköping	80	64	62	66	53
Kalmar	77	63	60	62	50
Kronoberg	81	64	62	63	49
Norrbottn	76	63	58	62	46
Skåne	76	63	54	58	44
Stockholm	78	62	60	62	45
Sörmland	76	64	52	58	38
Uppsala	78	60	50	58	44
Värmland	75	65	54	60	43
Västerbotten	79	67	63	65	43
Västernorr-land	75	61	56	56	34
Västman-land	78	62	61	61	43
Västra Götaland	75	59	52	58	42
Örebro	79	64	59	67	51
Östergötland	81	69	76	63	48
Högsta	81	69	76	67	53
Min	73	59	47	56	34
Medelindex	78	63	58	61	44

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Tabell 22c. Resultat per landsting i patientsäkerhetskulturmätningen mätning 2

Mätning 2 2012–2014.

Landsting	Högsta ledningens stöd	Samarbete mellan vård-enheterna	Överlämning-ar och överföringar	Information och stöd till patient	Informa-tion och stöd till personal
Blekinge	41	46	48	64	64
Dalarna	37	47	48	62	60
Gotland	24	46	46	63	57
Gävleborg	25	40	41	65	61
Halland	35	53	50	65	62
Jämtland	23	41	42	59	49
Jönköping	52	60	56	71	67
Kalmar	52	53	52	69	63
Kronoberg	49	58	53	67	69
Norrbottn	42	53	53	66	61
Skåne	34	47	46	65	61
Stockholm	46	52	48	63	63
Sörmland	33	43	42	62	59
Uppsala	25	40	42	56	57
Värmland	34	48	49	62	62
Västerbotten	42	54	53	66	64
Västernorrland	29	44	44	62	60
Västmanland	39	48	47	64	66
Västra Götaland	30	46	45	61	59
Örebro	48	55	54	65	66
Östergötland	47	52	49	68	67
Högsta	52	60	56	71	69
Min	23	40	41	56	49
Medelindex	37	49	48	64	62

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Kompetens

Enkätundersökning patientsäkerhetsutbildning

Socialstyrelsen har undersökt förekomsten av patientsäkerhetsutbildningar i landstingen. Institutet för kvalitetsindikatorer, Indikator, skickade ut enkäten, samlade in svar och sammanställde resultatet. Webbenkäterna skickades till respondenterna 4 december 2014. Enkäten adresserades till landstingsdirektören via registratorsfunktionen i varje landsting, med en adressförteckning som Socialstyrelsen tillhandahöll. Frågorna har besvarats av personer

med olika funktion och olika grad av överblick över landstingets samlade utbildningsutbud.

Enkäten⁶ var uppbyggd så att alla respondenter ställdes inför en introduktionsfråga kring olika typer av utbildningar inom patientsäkerhet. För varje område gavs i enkäten exempel på ämnen som kunde ingå. Om frågan besvarades jakande fick svarspersonen besvara följdfrågor inom det aktuella utbildningsområdet. Vid följdfrågorna fanns flera svarsalternativ.

Information om undersökningen skickades till SKL:s nätverk med kontaktpersoner från varje landsting. Två påminnelser gick ut via e-post till de landsting som ännu inte besvarat enkäten, en påminnelse skickades till registrator 15 december och via SKL skickades en påminnelse 22 december till SKL:s kontaktperson.

Datainsamling patientsäkerhet i vissa högskoleutbildningar

Institutet för kvalitetsindikatorer, Indikator, skötte datainsamling och sammanställning även när det gällde ämnet patientsäkerhet i grundutbildningar. En förteckning över lärosäten för undersökningens urval tillhandahölls av Socialstyrelsen. Registrator eller motsvarande kontaktades vid samtliga lärosäten via e-post, med förfrågan om aktuella kursplaner och utbildningsplaner för relevanta utbildningar. Förfrågan skickades 6 november 2014, och en påminnelse skickades 28 november till de lärosäten som inte besvarat den inledande förfrågan. Insamlingen av data avslutades 5 december 2014.

Materialet för utbildningen omfattade i fem av utbildningarna endast en utbildningsplan, vilket gav ett något begränsat underlag. Antalet dokument per utbildning skiljde sig åt mellan utbildningar och lärosäten, liksom omfattningen av materialet.

En enklare innehållsanalys genomfördes av materialet för att bedöma förekomsten av begreppet patientsäkerhet. Allt inskickat material strukturerades för att innehållsanalysen skulle kunna ske så korrekt och enhetligt som möjligt. Materialet sammanställdes och kodades med lärosäte och utbildning. Alla dokument lästes in i programmet NVivo och därefter gjordes en sökning efter termen patientsäkerhet. För att kunna värdera begreppet gjordes en enklare innehållsanalys och värdering av hur begreppet användes för respektive utbildning. Analysen utgick från två aspekter: kvantitet i form av hur ofta termen förekom i kursplaner och utbildningsplaner, samt kvalitet dvs. om begreppet förklarades ytterligare eller var satt i ett sammanhang där mål och syfte tydligt framgick.

Risk- och vårdskadeområden

Markörbaserad journalgranskning

Det finns flera olika metoder för strukturerad journalgranskning men sedan 2007 har den i Sverige genomförts med hjälp av metoden Global Trigger Tool (GTT). Metoden reviderades 2012 och året efter togs den nya metoden

⁶ Enkäten i helhet; dnr 5.3–6629/2014.

markörbaserad journalgranskning i bruk. Den innehåller fyra nya skadetyper samt tydligare anvisningar för att bedöma skador och undvikbarhet [14,60].

Strukturerad journalgranskning med GTT användes 2011 i ungefär hälften av landstingen, men metodanvändningen ökade i och med patientsäkerhetsöverenskommelsen under perioden 2011–2014. Användningen av strukturerad journalgranskning vid samtliga akutsjukhus var då ett grundkrav för att landstingen skulle kunna få ta del av den prestationsbaserade ersättningen. Kravet under 2013 och 2014 var att länsdelssjukhusen skulle granska 20 journaler i månaden, länssjukhusen 30 journaler i månaden och universitetssjukhusen 40 journaler i månaden. De sjukhusövergripande resultaten av journalgranskningen rapporterades in till SKL:s nationella databas och användes till både nationella och specialitetsvisa sammanställningar och beräkningar.

Markörbaserad journalgranskning innebär att journaldokumentationen från ett slumpmässigt urval av avslutade sjukhusvårdtillfällen granskas. Urvalet görs på patienter över 18 år som har vårdats minst 24 timmar inom den somatiska vården och där vårdtillfället är avslutat sedan minst 30 dagar. Hela slutenvårdsperioden granskas även om den fördelas på flera olika kliniker. På så sätt kan skador och vårdskador identifieras, och typ och allvarlighetsgrad kartläggas. När resultaten av granskningsarbetet sammanställs kan skadetyper och frekvensen följas över tid i den egna organisationen, vilket synliggör resultatet av patientsäkerhetsarbetet.

Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

I figurerna 56–66 redovisas frågor och resultat från de två enkätundersökningarna *Landstingens styrning av städning i vårdlokaler* som skickades till landstingsstyrelserna 2012 och 2014.

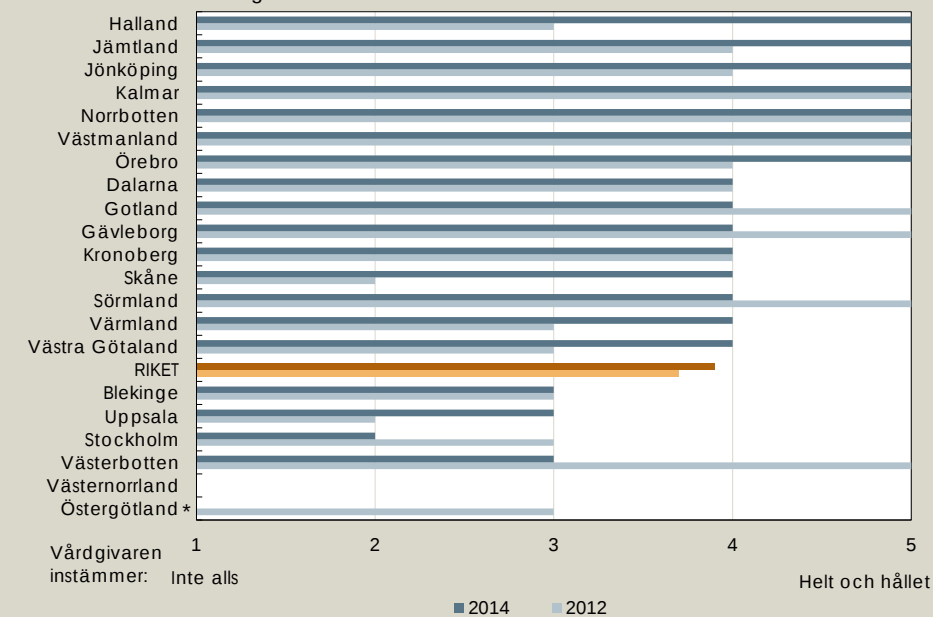
Åtta landsting bedriver städning i vårdlokaler helt i egen regi medan två landsting har tjänsten helt upphandlad. Övriga landsting bedriver städverksamhet i varierade omfattning. Oavsett om tjänsten är upphandlad eller inte så förutsätts ledningssystemet omfatta rutiner och kvalitetskrav som ska uppfyllas.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Frågorna var generellt formulerade och lämnade utrymme för olika tolkningar. Vårdgivarna kan ha inhämtat underlagen till sina bedömningar på olika sätt och från olika delar av sina organisationer, vilket också kan ha påverkat bedömningarna. De vårdgivare som hade upphandlat städtjänsten helt eller delvis upplevde svårigheter att besvara frågorna. Därmed är det möjligt att vårdgivarnas svar inte helt återspeglar verkliga skillnader mellan landstingen.

Figur 56. Rutiner och kvalitetskrav

I vilken utsträckning omfattar ledningssystemet dokumenterade rutiner och kvalitetskrav för städning i vårdlokaler?

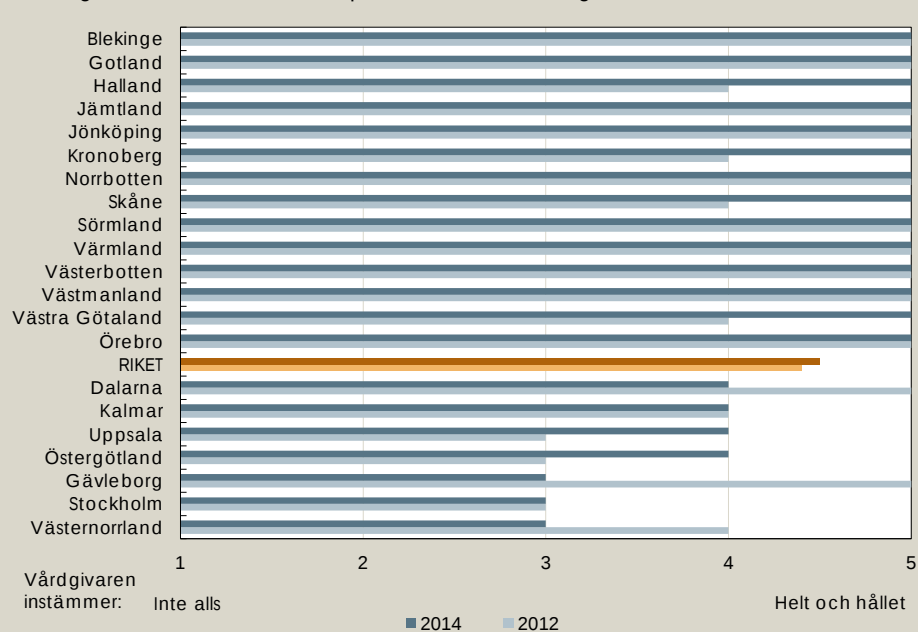


* Uppgift saknas

Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 57. Expertkompetens

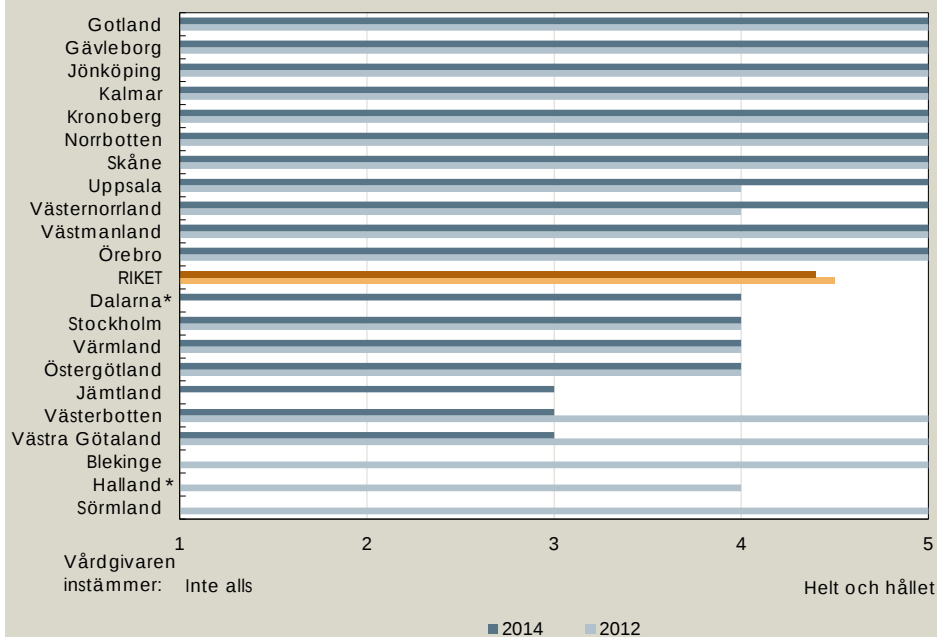
I vilken utsträckning medverkar expertkompetenser inom vårdhygien och städning i framtagande av rutiner och kompetenskrav för städning i vårdlokaler?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 58. Krav vid upphandling

I vilken utsträckning krävs att vårdgivarens rutiner och kvalitetskrav gällande städning i vårdlokaler ska tillämpas av externa upphandlande utförare av städtjänster?

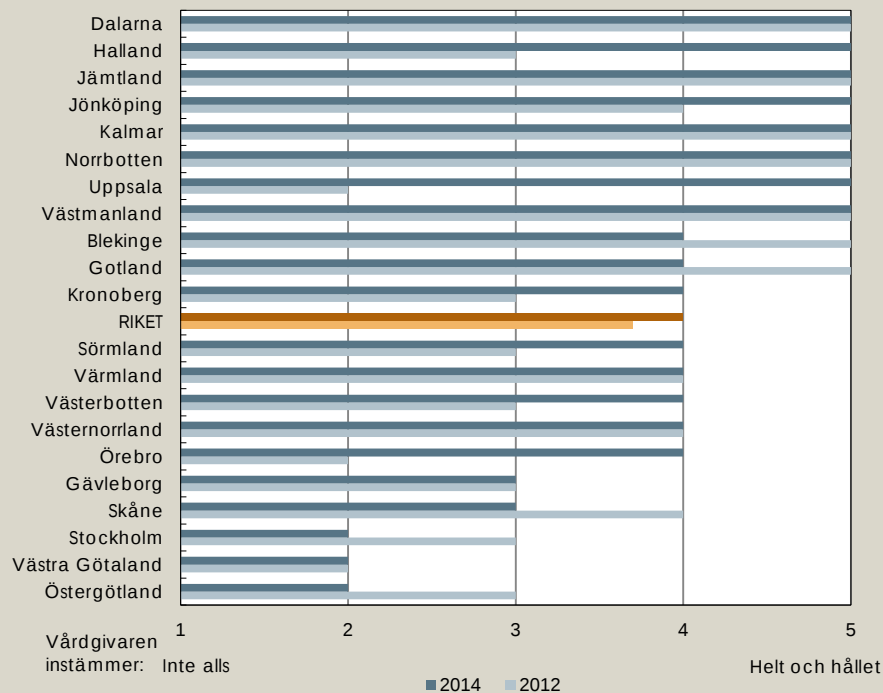


* Uppgifter saknas

Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 59. Utrustning

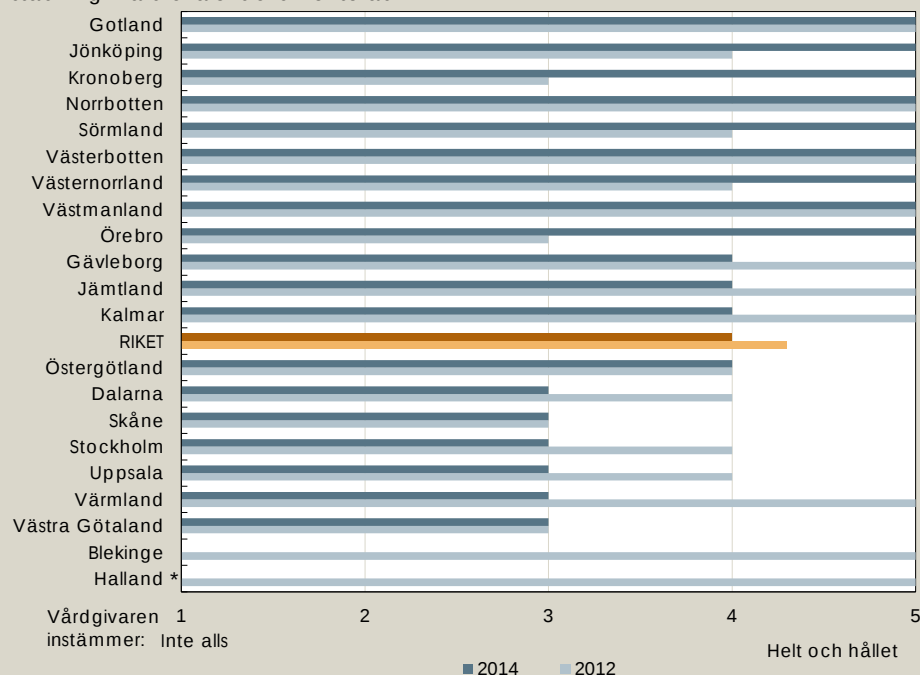
I vilken utsträckning finns tillgång till adekvat utrustning (förvarad i lämpligt utrymme) avsedd för extra städsinsatser som vårdpersonal kan behöva utföra?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 60. Ansvarsfördelning

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

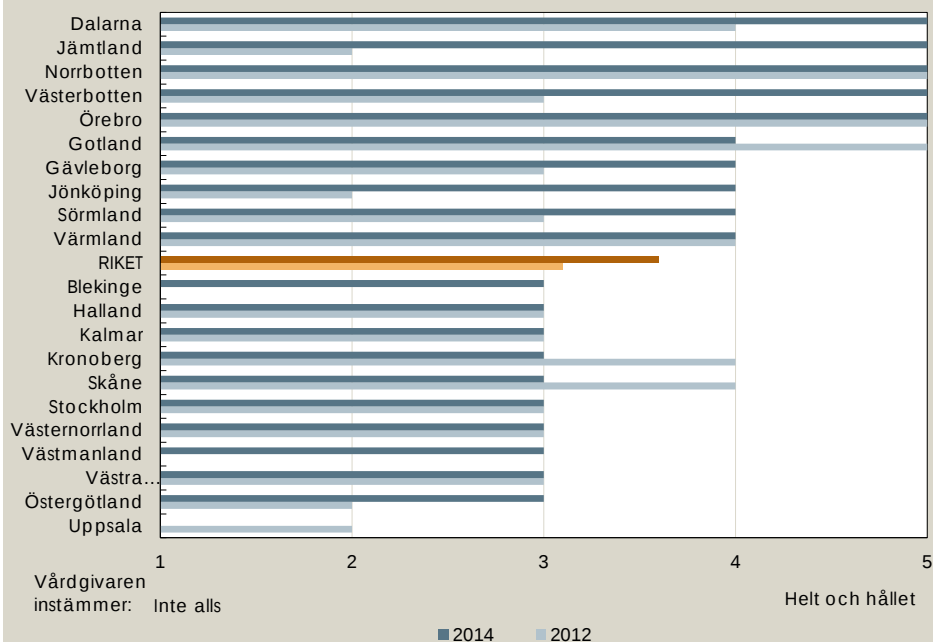


* Uppgifter saknas

Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 61. Kunskap och kompetensbehov vid nya arbetsuppgifter

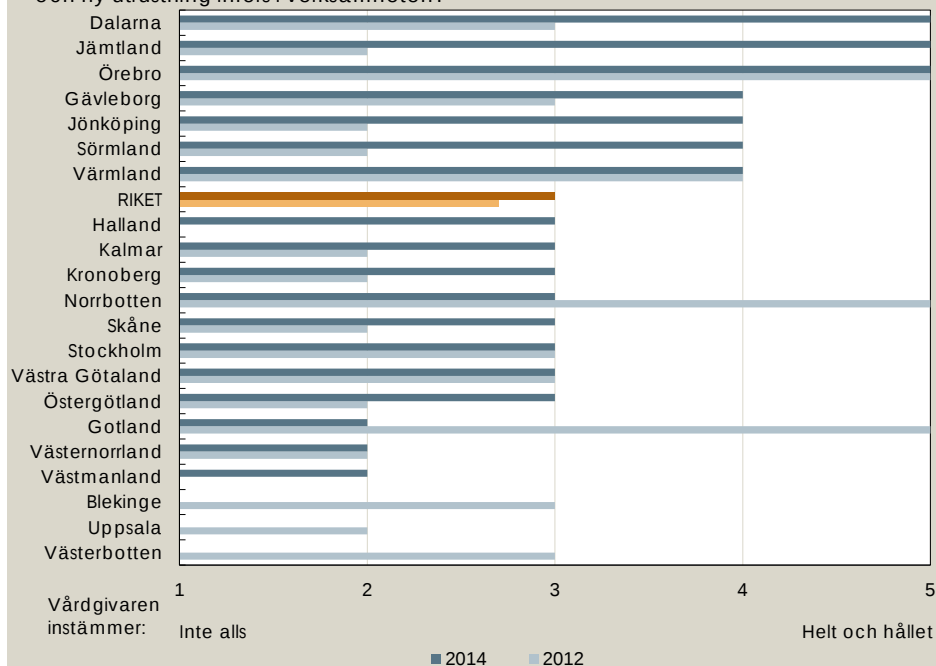
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses vid introduktion till nya arbetsuppgifter?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 62. Kunskap och kompetens. Metoder och utrustning

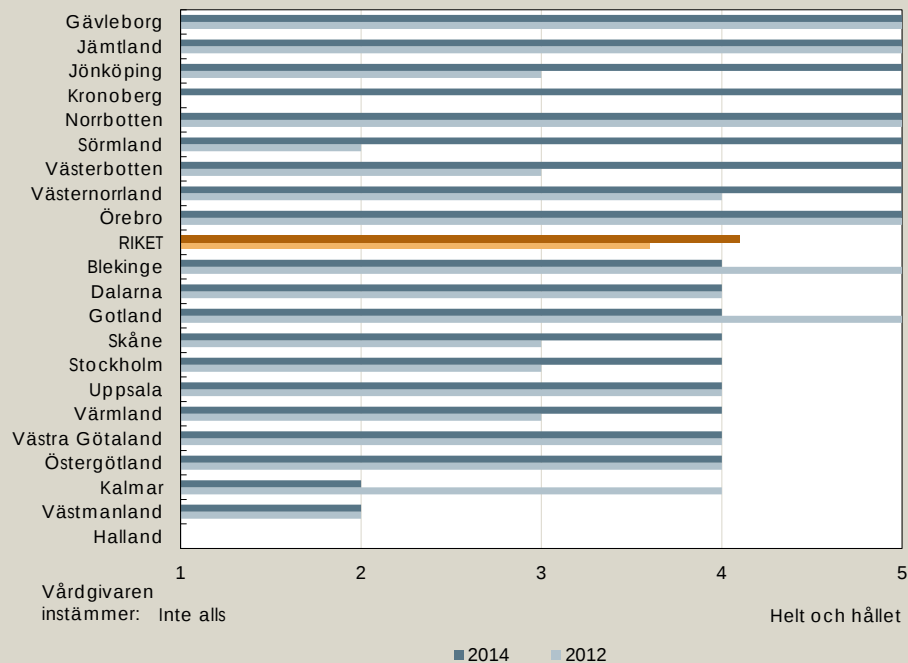
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses när nya metoder och ny utrustning införs i verksamheten?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 63. Rutiner för egenkontroll; uppföljning av resultat

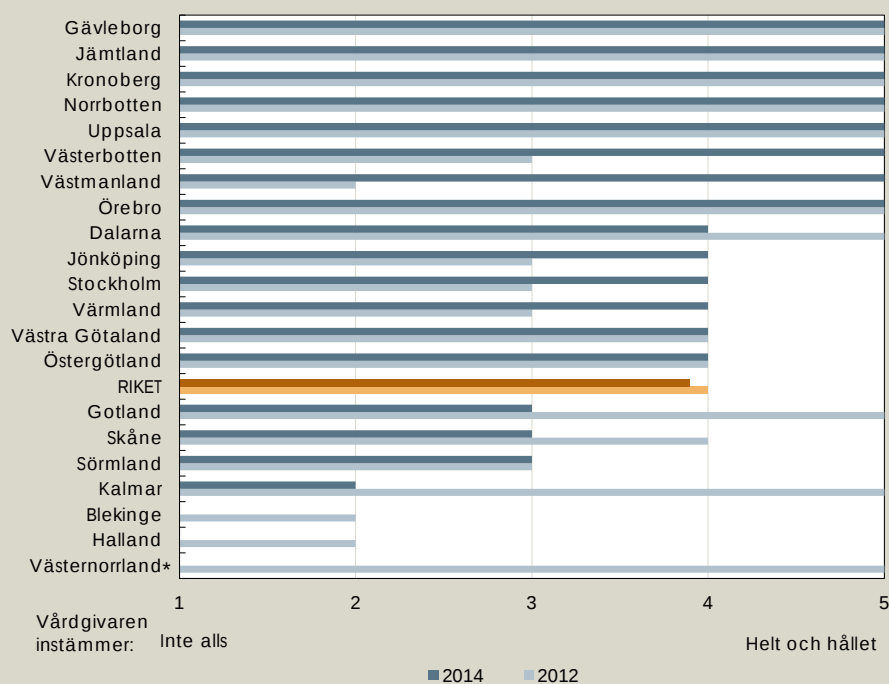
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av uppföljning av resultat?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 64. Rutiner för egenkontroll; avvikelshantering

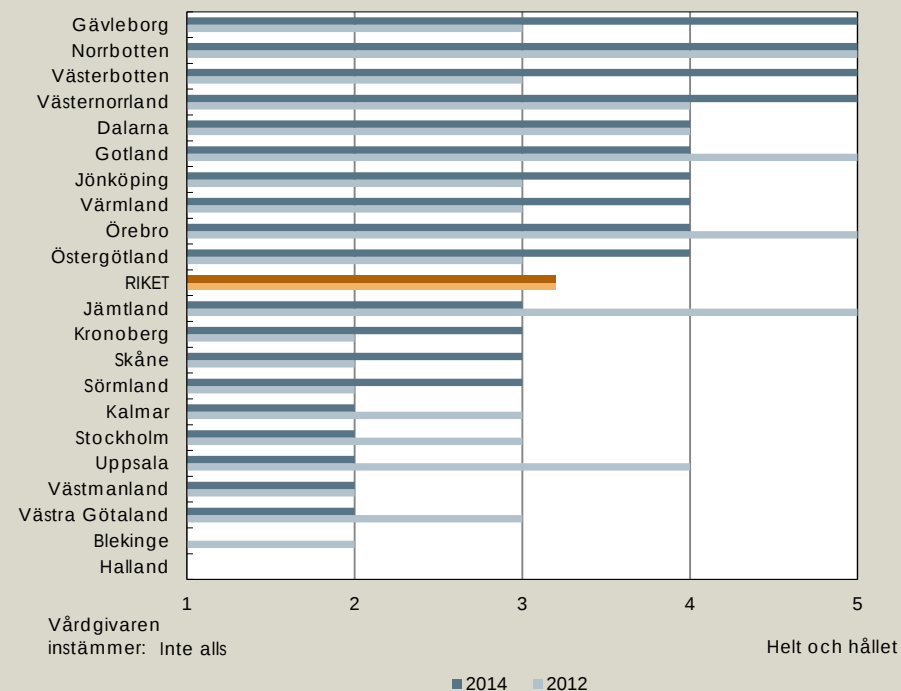
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av avvikelshantering?



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

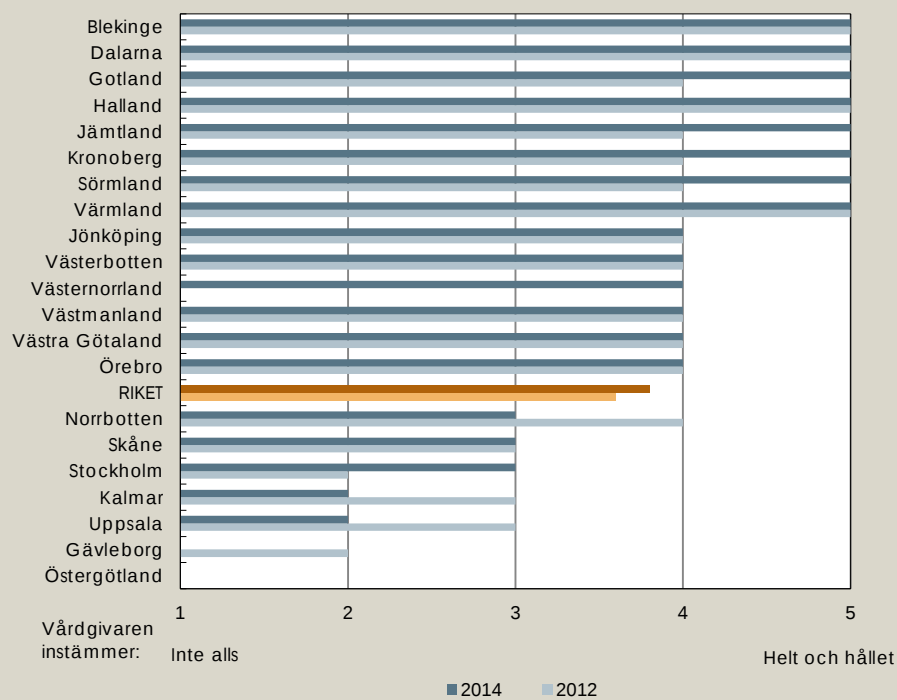
Figur 65. Rutiner för egenkontroll; återföring av resultat

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



Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Figur 66. I vilken utsträckning finns eller bedrivs städning i vårdlokaler i landstingets egen regi?



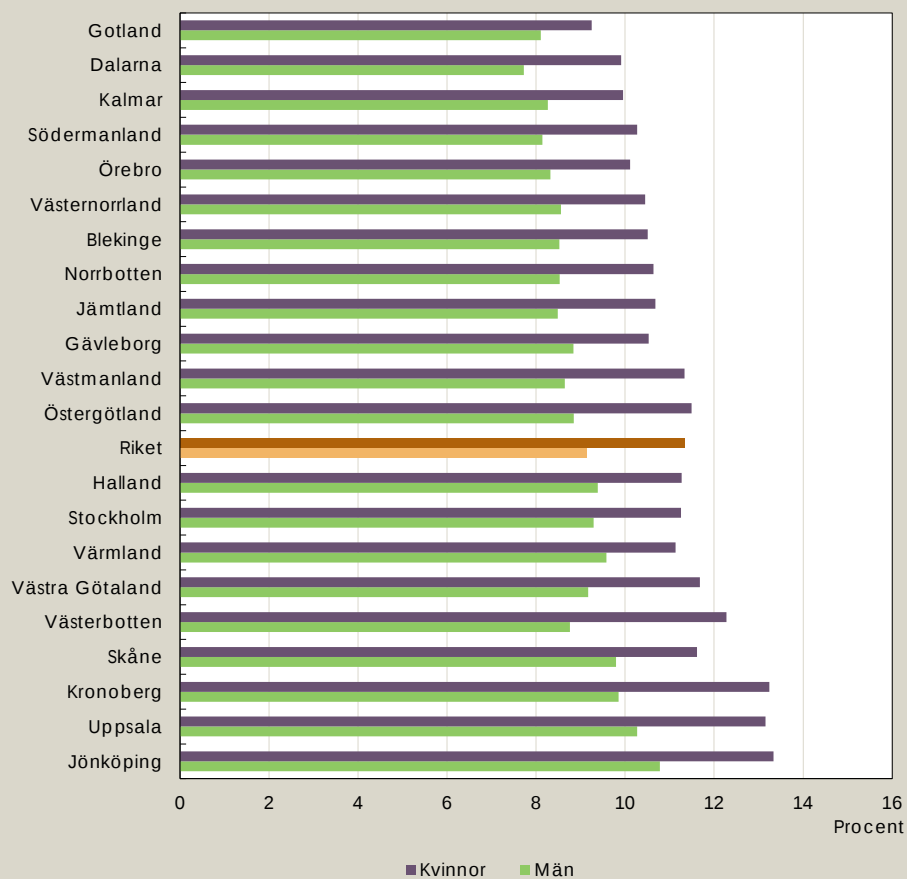
Källa: Enkät Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2012 och 2014

Äldre och läkemedel

Figur 67 visar andelen äldre i landstingen som använder tio eller fler läkemedel.

Figur 67. Användning av tio eller fler läkemedel – jämförelse mellan landstingen

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2014.



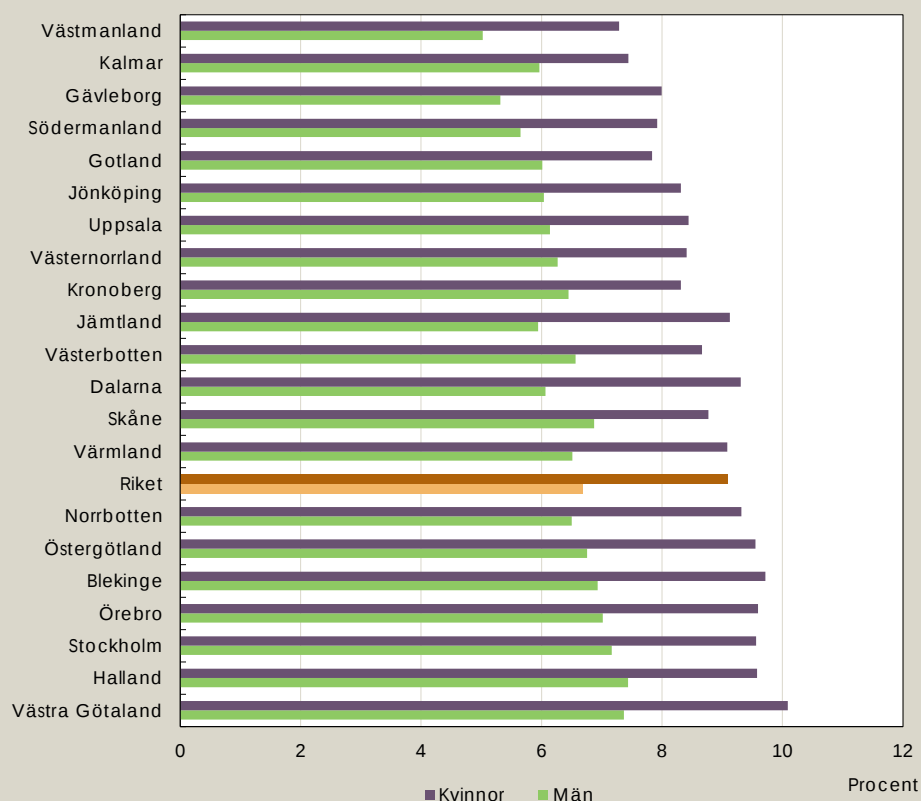
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 68 visar andelen äldre i landstingen med läkemedel som bör undvikas till äldre. Indikatorn innefattar följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

- bensodiazepiner med lång halveringstid
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- smärtstillande medlet tramadol
- sömnmedlet propiomazin.

Figur 68. Läkemedel som bör undvikas till äldre – jämförelse mellan landstingen

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen 2014.



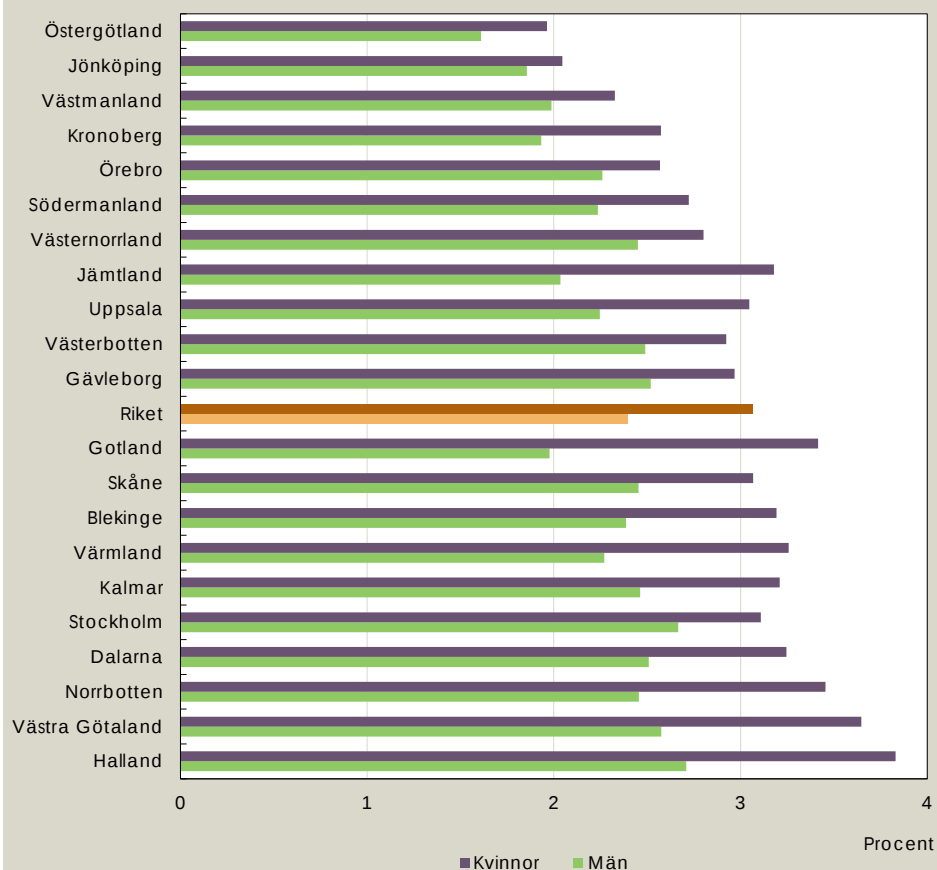
* Olämpliga läkemedel avser bensodiazepiner med lång halveringstid, läkemedel med betydande antikolinerga effekter, tramadol, propiomazin

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 69 visar andelen äldre i landstingen som använder antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) på recept.

Figur 69. Användning av antiinflammatoriska läkemedel, NSAID, på recept – jämförelse mellan landstingen

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen 2014.

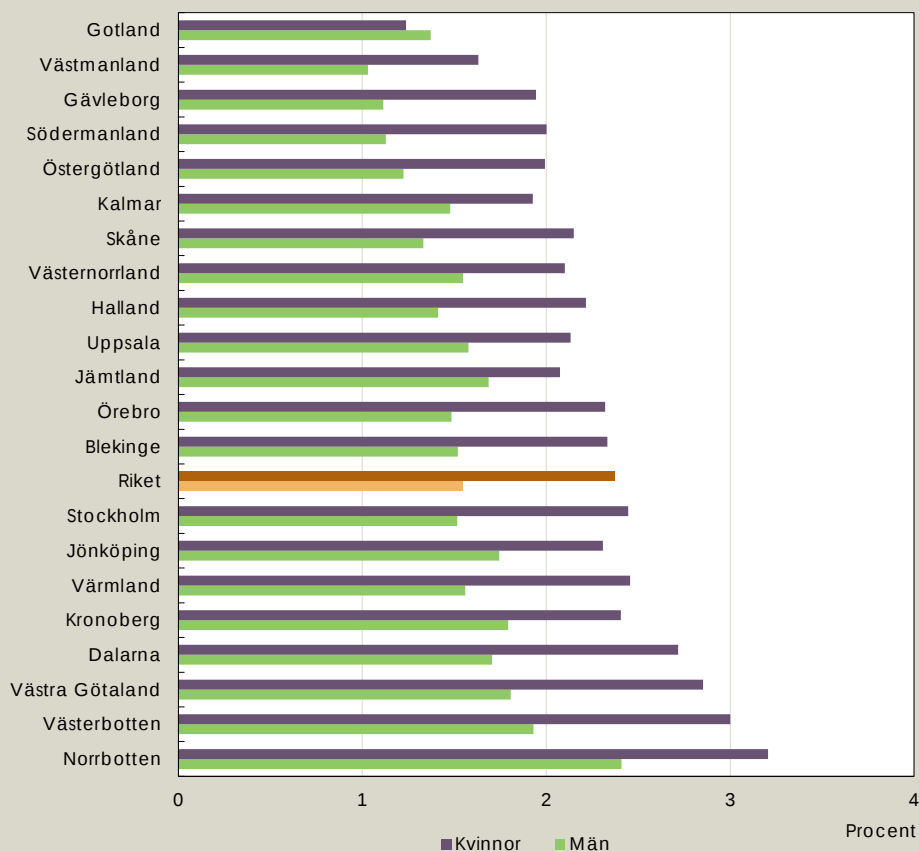


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 70 visar andelen äldre i landstingen som använder antipsykotiska läkemedel.

Figur 70. Användningen av antipsykotika – jämförelse mellan landstingen

Avser person 75 år och äldre i befolkningen 2014.



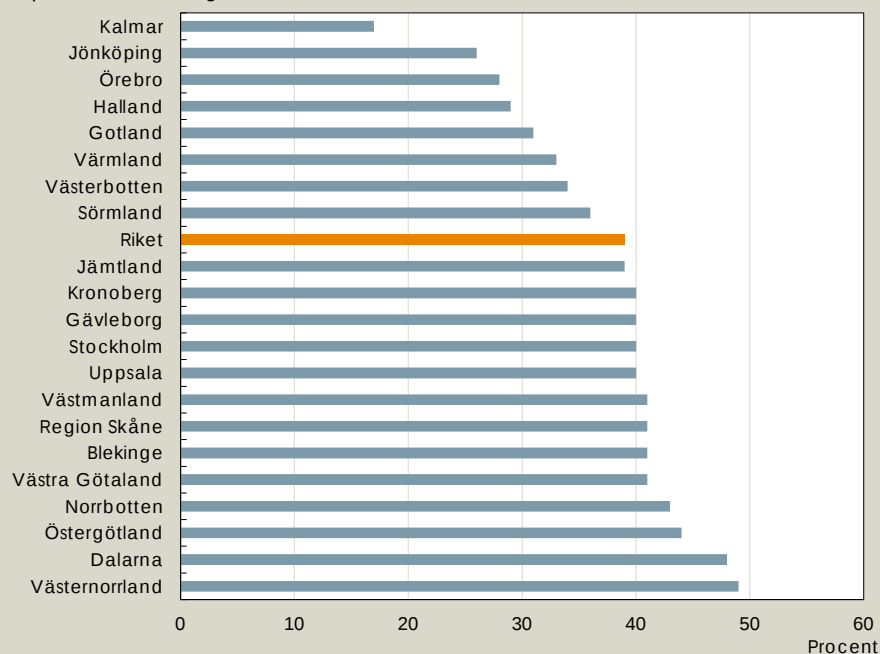
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Trycksår - jämförelser mellan landsting

Mätningar av trycksårsförekomst har utförts två gånger per år och sjukhusen väljer veckodag då mätningen ska utföras. Mätningen bygger på en standardiserad metod men kan påverkas av bedömarens kunskap och erfarenhet. Veckodag kan påverka utfallet av mätningen eftersom beläggningen inom slutenvården varierar över veckan. En annan faktor är att veta när trycksåret har uppkommit. Ett trycksår kan uppkomma inom timmar eller redan vara manifesterat när patienten skrivs in i slutenvården. Om observation och riskbedömning görs ett dygn efter inskrivning är det svårt att veta om patienten hade trycksår redan vid inskrivningen. Riskbedömning utförs i kombination med hudbedömning och klinisk bedömning för att identifiera de riskpatienter som redan har eller löper ökad risk för att utveckla trycksår. Figur 71 visar andelen riskpatienter i landstingen som har trycksår.

Figur 71. Andel riskpatienter med trycksår 2014

Punktprevalensmätning våren 2014.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Trycksår kan förebyggas. Tabell 23 visar andel riskpatienter i landstingen som har trycksårsförebyggande madrass.

Tabell 23. Andel riskpatienter med trycksårsförebyggande madrass

Resultat från punktprevalensmätningar 2011-2014, presenterade i procent.

Landsting	Vår 2011	Höst 2011	Vår 2012	Höst 2012	Vår 2013	Höst 2013	Vår 2014
Gotland	100	83	94	92	100	100	100
Gävleborg	85	*	90	*	91	97	100
Kronoberg	100	96	98	100	100	97	100
Halland	75	82	88	87	96	96	98
Västernorrland	30	41	67	80	97	100	95
Örebro	84	88	90	92	92	98	94
Kalmar	58	85	87	86	93	95	92
Sörmland	81	86	85	83	79	96	92
Värmland	99	100	98	100	100	99	92
Region Skåne	85	91	88	91	94	98	91
Jämtland	58	*	53	65	71	83	90
Stockholm	81	83	84	89	88	91	89
Dalarna	68	*	*	*	59	65	86
Riket	76	81	79	86	82	87	86
Västmanland	70	65	77	81	89	86	85
Jönköping	87	85	74	86	81	79	80
Uppsala	74	*	81	*	80	*	80
Västerbotten	69	66	56	67	64	63	80
Västra Götaland	66	*	66	56	68	64	79
Östergötland	80	*	76	*	80	*	77
Blekinge	75	*	66	*	68	65	75
Norrbotten	58	79	79	73	67	74	72

*Deltog ej

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Referenser

1. Nationellt ramverk patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och landsting; 2015.
2. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2008–2011. Socialstyrelsen; 2011.
3. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2013. Socialstyrelsen; 2013.
4. Att styra och leda för ökad patientsäkerhet. Vägledning för vårdgivare enligt kraven i patientsäkerhetslagen. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
5. Patientsäkerhetskultur. Sammanställning av nationell nivå av landstingens mätningar 2012–2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
6. Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet. Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
7. Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
8. Min guide till säker vård.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-6>
9. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>
10. Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2013.
11. Unbeck M, Muren O, Lillkrona U. Identification of adverse events at an orthopedics department in Sweden. *Acta Orthopaedica*; 2008.
12. 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.
13. Rutberg H et.al. "Patients with adverse events have a prolonged hospital stay. A four year study at a University hospital using the global trigger tool method. *BMJ Open* 2014;4:e004879. doi:10.1136/bmjopen-2014-004879
14. Markörbaserad journalgranskning - för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
15. Skador i vården – sammanställning av klinikvisa resultat. Markörbaserad journalgranskning januari 2013-juni 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
16. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
17. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
18. Skador i vården – skadepanorama och kostnader för kirurgi. Markörbaserad journalgranskning 2013. Svensk Kirurgisk förening; 2014.

19. Skador i vården – skadepanorama och kostnader inom ortopedisk verksamhet. Markörbaserad journalgranskning 2013. Svensk Ortopedisk förening; 2014.
20. Patientsäkerhet lönar sig, kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
21. Markörbaserad journalgranskning. Markörer för journalgranskning i barnsjukvården- för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
22. Markörbaserad journalgranskning i psykiatri- för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
23. Öppna jämförelser 2014 Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
24. Öppna jämförelser 2014 Läkemedelsbehandlingar-Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Läkemedelsverket; 2014.
25. Öppna jämförelser 2014 Jämlik vård - Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Socialstyrelsen; 2014.
26. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.
27. Morgan, W.M. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in us hospitals in the acutecare hospitals in the United complicated the 37,7 million admissions, for a nationwide infection rate of 5,7 nosocomial inf. 1985; 121(2).
28. Harbarth, S., Sax, H. & Gastmeier, P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. Journal of Hospital Infection, 2003; 54(4), pp.258-266.
29. Gastmeier,P. Nosocomial Infection surveillance and control policies. Current Opinion in Infectious Diseases, 2004; 17 (4), pp.295-301.
30. Vårdrelaterade infektioner-framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
31. Vårdhandboken. Hämtad 2015-03-05 från http://www.varldhandboken.se/Kategori/Hygien,_infektioner_och_smittspridning
32. Patientsäkerhetssatsning 2014. Utvärdering av antibiotikaförskrivning och landstingens arbete för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Folkhälsomyndigheten; 2014.
33. SWEDRES/SVARM. Årsrapport över antibiotikaförbrukning och antibiotikaresistens i Sverige. Folkhälsomyndigheten och Sveriges veterinärmedicinska anstalt; 2013.
34. Dancer, S. J. Hospital cleaning in the 21st century. Springer; 2011.
35. Städning i vårdlokaler SIV, Svensk Förening för Vårdhygien; 2012.
36. Samlad läkemedelslista. <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Samlad-lakemedelslista/> Sökdatum 18 februari 2014.
37. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre 2014. Socialstyrelsen; 2014.

38. Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting; 2005.
39. Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre. Regeringen 2014. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/25/09/36/83f1ba48.pdf>
40. Backman L, Schmidt D, Vitols, S. Protonpumpshämmare misstänks ge allvarliga biverkningar. Försiktigare förskrivning bör övervägas och på korrekta indikationer. Läkartidningen 2013;110 (16):828-831.
41. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2010-6-29.
42. Sjöqvist F. Interaktion mellan läkemedel. Fakta för förskrivare. FASS. <http://www.fass.se/LIF/healthcarefacts?docId=18352#document-top>
43. Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a register-Based Study of Over 600,000 Older People. Ann Pharmacother. 2009;43(7):1233-8.
44. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014.
45. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
46. SCALE (Skin Changes at Life's End). Hämtad 2015-03-05 från <http://qsource.org/toolkits/pressureUlcer/docs/articles/supportingArticles/scaleConcensusStatement.pdf>
47. Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011.
48. Undernäring, åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
49. Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
50. Kommunikationsbrister i vården. Inspektionen för vård och omsorg; 2014.
51. Risk & Händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
52. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
53. Kommunernas förutsättningar att ta emot utskrivningsklara patienter-kartläggning 2014. Socialstyrelsen; 2014.
54. Ringen, PA, Engh, JA, Birkenaes, I, Dieset, I, Andreassen, OA. Increased mortality in schizofrenia due to cardiovascular disease – a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. Frontiers in psychiatry 2014;5; article 137.
55. Shulman M, Miller A, Mischer J, Tentler A. Managing cardiovascular risk disease risk in patients treated with antipsychotics. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2014; 7; 489–501
56. Proposition Patientsäkerhet och tillsyn (2009/10:210).
57. Törner M, Eklöf M, Larsman P, Pousette A. Säkerhetskultur i vård och omsorg – stöd och hinder. Göteborgs universitet; 2013.
58. Nationella planeringsstödet 2015. Socialstyrelsen; 2015.

59. Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality USA; 2004.
60. Markörbaserad journalgranskning– markörer med definitioner. Sveriges kommuner och landsting; 2012.

Bilaga 1 Projektorganisation

Ansvarig chef

Martin Sparr enhetschef, U/SA

Styrgrupp

Martin Sparr styrgruppens ordförande

Natalia Borg avdelningschef, U

Agneta Holmström t.f. avdelningschef, KY

Charlotta George sakkunnig patientsäkerhet, KY/ACS

Projektgrupp

Carina Skoglund sakkunnig U/SA, projektledare

Eva Lööf utredare U/SA, projektmedlem

Övriga deltagare

Hans Rutberg expertstöd, adjungerad professor, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Johan Fastbom utredare, U/EM

Jenny Asplund utredare, U/SA

Robert Linder statistiker, U/EM

Carolin Holm utredare, U/EM

Behzad Kouchehi statistiker, S/ÖJ1

Inger Andersson von Rosen medicinskt sakkunnig, KY/SM

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, 2012 och 2013. Tillgänglig på www.socialstyrelsen.se

Bilaga 3

Patientsäkerhetsberättelsen

– enkätstudie

Patientsäkerhetsberättelsen- Resultat från en enkätstudie om upplevd nytta, användbarhet och utvecklingsmöjligheter. Tillgänglig på www.socialstyrelsen.se