En indikatorbaserad uppföljning för säker vård

Utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – Agera för säker vård

Socialstyrelsen

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

ISBN	978-91-7555-570-6
Artikelnummer	2021-9-7552
Foto	Sid. 10 Johan Alp, Scandinav bildbyrå, sid. 17 Katja Kircher/Johnér och sid. 18 Helena Wahlman/Johnér
Publicering	www.socialstyrelsen.se, september 2021

Kortversion

I denna kortversion av *En indikatorbaserad uppföljning för säker vård* ges en kortfattad bild av rapportens innehåll, metod, resultat och identifierade utvecklingsbehov

Syftet med rapporten är att den ska utgöra en baslinjemätning, ett första steg och vara grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Målet är att i samverkan med regioner och kommuner kunna följa den förflyttning som hälso- och sjukvården ska åstadkomma enligt den önskvärda inriktningen i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Rapporten bidrar därmed till en perspektivförskjutning från den hittills vanligaste redovisningen av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är med *frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.*

Rapporten ger en bild av de aspekter som kan belysas i dagsläget av det som har inträffat, hur det ser ut nu och till viss del vad som behöver utvecklas för att det proaktiva patientsäkerhetsarbetet ska kunna speglas inom områden som nu till stor del saknar mått och datakällor. Rapporten riktar sig till huvudmännen, som är ansvariga för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Förbättringsarbetet och analyserna behöver genomföras på olika organisatoriska nivåer i samverkan med professionen.

Resultatredovisningen ger inte ett heltäckande svar på hur säker vården är inom hela hälso- och sjukvården utan bygger på de befintliga indikatorer som bäst belyser det systematiska patientsäkerhetsarbete som behöver uppnås för en god och säker vård överallt och alltid så att ingen patient behöver drabbas av vårdskador.

Är vården säker?

Sammanfattningsvis har resultat förbättrats för 24 av 35 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå. Den positiva utvecklingen eller förbättringstakten är olika i omfattning för de olika indikatorerna. För 6 av 35 indikatorer är resultaten oförändrade sett över tid och för 5 av 35 indikatorer ses en mindre gynnsam utveckling på nationell nivå. Indikatorerna med flerårig trend på nationell nivå som utvecklats i positiv riktning fördelas enligt nedan:

Har vården varit säker?

- Inom fokusområde 1 kan en positiv utveckling ses för 9 av 16 indikatorer.

Är vården säker här och nu?

- Inom fokusområde 2 kan en positiv utveckling ses för 10 av 11 indikatorer.
- Inom fokusområde 3 kan en positiv utveckling ses för 3 av 5 indikatorer.

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

- Inom fokusområde 5 kan en positiv utveckling ses för 2 av 3 indikatorer.

Vad säger nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet?

Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – Agera för säker vård – som lanserades januari 2020 och gäller till och med 2024, ska bidra till att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ge ökad kunskap och vägledning.

Uppföljning och analys behöver synliggöra patientsäkerhetsläget inom hälso- och sjukvården och vara ett kunskapsunderlag i det systematiska arbetet i syfte att skapa motivation till att fortsätta utveckla en god och säker vård överallt och alltid så att ingen patient behöver drabbas av vårdskador.
I uppföljningen behövs en redovisning av både det som redan har inträffat och nuläget. Både skillnader i utfall och utvecklingen över tid behöver synliggöras. Uppföljningen behöver därmed följa den nationella handlingsplanens struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och utgå från de fyra grundläggande förutsättningarna och de fem prioriterade fokusområdena.

Grundläggande förutsättningar

- Engagerad och tydlig ledning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Prioriterade fokusområden

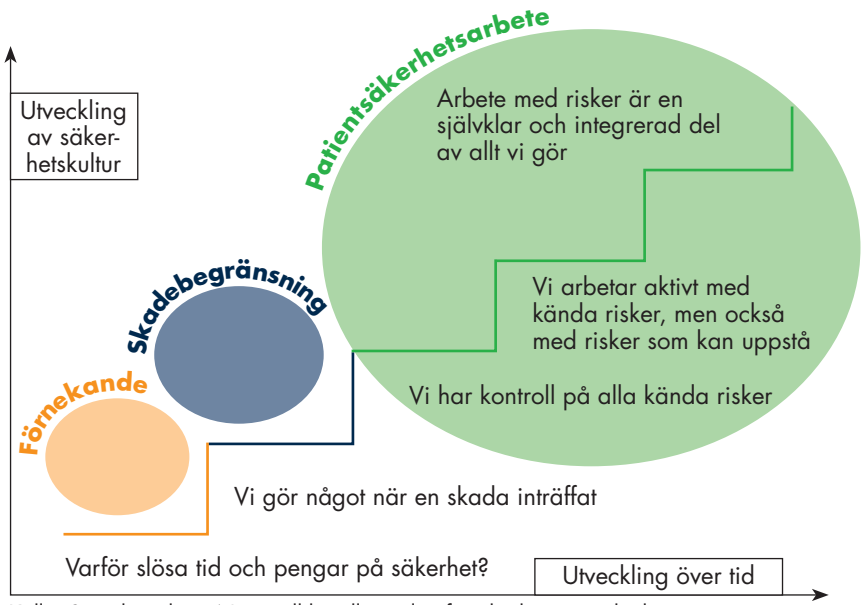
- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Läs mer om nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Vi behöver flytta fokus i uppföljningen

Handlingsplanen ska bidra till en gemensam syn på patientsäkerhet och vad som ingår i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär en förflyttning av synen på och arbetet med patientsäkerhet åt höger och uppåt i modellen nedan – ett fokusskifte i tre steg till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg.



Källa: Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Uppföljningen ska spegla frånvaro av skada och närvaro av säkerhet och därför behöver uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet förändras och utvecklas så att den återspeglar den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas i handlingsplanen. Riktningen bör då gå från det reaktiva till ett mer proaktivt och förebyggande förhållningssätt.

Flera perspektiv behövs i en vidareutvecklad uppföljning

Med befintliga indikatorer kan flera av handlingsplanens perspektiv inte följas i önskad utsträckning. Utveckling av indikatorer och datakällor behövs för att komplettera och balansera en indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. I tabellen som följer ges exempel på perspektiv för en balanserad indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

Verksamhets-perspektiv	Vårdperspektiv	Patientperspektiv	Resursperspektiv
Utöver områden som hittills följts upp lyfts i handlingsplanen också följande verksamheter som angelägna att följa upp: • Barnsjukvård • Kommunal hälso- och sjukvård • Primärvård • Psykiatrisk vård • Tandvård Ytterligare verksamheter som behöver beaktas: • Akutsjukvård • Hemsjukvård • Palliativ vård • Prehospital vård • Rehabilitering • Vissa delar av somatisk öppen och sluten vård • Vård och omsorg om äldre.	• Behandling • Diagnostik • Digitalisering och teknisk utveckling • Omvårdnad • Sjukdomsförebyggande insatser • Strukturer för samverkan och informationsöverföring.	• God vård: jämlik, effektiv, säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och individanpassad. • Patientrapportera-de mått; PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures). • Personcentrering och patientdel-aktighet. • Sammanhållen vård • Sjukdomsperspektiv: – inte bli sjuk – bli bättre – leva med sjukdom och funktionsnedsättning – vård i livets slut skede. • Åldersgrupper: – barn (0–17 år) – vuxna (18–67 år) – äldre (68 år och äldre).	• Arbetsmiljö och kompetensförsörjning • Dygn-, vecko- och årsvariation. • Effekter av strukturförändringar, t ex. omställningen till nära vård, prioriteringar, nya nationella direktiv och överenskommelser. • Ledning och styrning • Tillgång till exempelvis läkemedel, bemanning, kompetens m.m.

Stöd för bedömning av nya indikatorer och mått i uppföljningen av säker vård

I rapporten ingår befintliga indikatorer som har bedömts vara relevanta för patientsäkerhetsområdet. De ingår med data som tidigare redovisats i olika uppföljningar. Urvalet har gjorts utifrån ett antal principer, ett uppföljningsramverk, för uppföljning strukturerad utifrån handlingsplanen. Figuren nedan illustrerar en del av uppföljningsramverket som utgår från de fyra grundförutsättningarna och de fem prioriterade fokusområdena i handlingsplanen.

Ramverk för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet med indikatorer.

Handlingsplanen framhåller att indikatorer och mått som används för uppföljningen behöver spegla

- påverkbara omständigheter som inverkar på processer och som kan förändras för att göra vården säkrare, till exempel bemanning, kompetens och vårdplatser
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken omfattning det sker utveckling av riskmedvetenhet, analys, lärande och proaktivt arbete för säkerhet
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.

För att välja vilka indikatorer som kan ingå i indikatorbaserad uppföljning av säker vård utifrån syftet och inriktningen med den nationella handlingsplanen, har Socialstyrelsen formulerat styrande principer på en övergripande nivå för varje fokusområde. Dessa är ett stöd i urvalet av de mest relevanta indikatorerna. Den indikatorbaserade uppföljningen tar sin utgångspunkt i tre huvudfrågeställningar kopplade till ett tidsperspektiv.

- Har vården varit säker?
- Är vården säker här och nu?
- Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Kopplingen mellan de tre huvudfrågorna, de fem prioriterade fokusområdena och övergripande styrande principer framgår i kortversionens resultatdel. Under respektive fokusområde i rapporten samt även i rapportens bilaga 2 (PM med styrande principer) beskrivs de styrande principerna mer fördjupat.

Hur innehållet i baslinjemätningen har tagits fram

Initialt har befintliga indikatorer kartlagts och en bedömning har gjorts av vilka som är relevanta utifrån ramverket att ingå i rapporten. Kartläggningen har omfattat indikatorer som ingår i rapportering 2019 till och med våren 2021. Till viss del har även andra mått och mätningar som används för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet kartlagts. Drygt 300 indikatorer har kartlagts, granskats och bedömts. Läs mer om kartläggning och urval av indikatorer i rapportens metodavsnitt.

I rapportens tabell 5–9 presenteras en översikt med indikatorerna strukturerade utifrån de övergripande frågeställningarna, vilket fokusområde som berörs, typ av indikator samt datakälla.

I kartläggningen av befintliga indikatorer har ett behov av nya indikatorer identifierats. Det behövs indikatorer som kan spegla förflyttningen i hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete mot ett mer aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete. Utvecklingsområdena beskrivs i rapportens resultatdel under respektive fokusområde, samt även i rapportens bilaga 2 (PM med styrande principer).

Hur säker är vården och vilka svar ger baslinjemätningen?

Rapporten som helhet omfattar 55 indikatorer och mått samt förslag på ytterligare 52 indikatorer och mått som har bedömts relevanta att ingå i uppföljning inom patientsäkerhetsområdet (se bilaga 4 och 5 i rapporten).

Redovisningen är beskrivande till sin karaktär och fokuserar på variationer i utfallet på nationell nivå över tid, jämförelser mellan regioner samt kommuner i länen där data finns utifrån vad som är en önskvärd utveckling eller riktning. På nationell nivå redovisas i mån av att det är möjligt utifrån datakällan, patientpopulationen uppdelad utifrån sociodemografiska variabler som kön eller utbildning. Vårdens innehåll och inriktning påverkas av regionernas respektive kommunernas politiska mål under mandatperioderna, prioriteringar på olika nivåer och fördelning av resurser på kort och lång sikt. Andra faktorer som också påverkar variationerna är exempelvis befolknings-

struktur, ålderssammansättning, folkhälsa, sjukdomsbörda och förändringar av organisation och behandlingsformer vilket innebär att det finnas mycket att beakta i uppföljningen av hälso- och sjukvården

Resultatredovisningen är strukturerad utifrån huvudfrågorna och respektive fokusområde. De resultat som beskrivs i kortversionen baseras på att ge en bild av så många verksamhetsområden som möjligt och inte utifrån ett förbättrat eller försämrat resultat eller annan prioritering. I rapporten redovisas data på riks-, region- och kommunnivå samt data uppdelat på kön och utbildningsnivå när så är möjligt.

Det finns olika stora variationer mellan regioner och mellan kommuner i länen för flera av rapportens indikatorer. Variationer i utfall pekar på att det finns möjligheter till förbättringar i de regioner och kommuner med sämre utfall. Analyser för att identifiera orsakerna till dessa variationer görs inte i rapporten, men rapporten ger ett underlag för alla aktörer att identifiera områden för egna fördjupade analyser som syftar till att utveckla patientsäkerheten.

Har vården varit säker?

Öka kunskap om inträffade vårdskador (fokusområde 1)

I fokusområde 1 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning patienter har drabbats av oönskade händelser, vårdskador och skador, av vilken typ dessa är och vilka konsekvenser de haft för patienterna. Här ingår också patienters, närståendes och involverade medarbetares upplevelse och erfarenheter av vårdskador och skador.

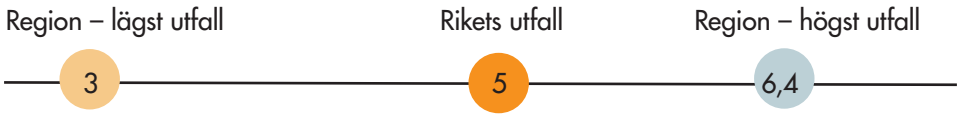
För fokusområdet redovisas totalt 19 indikatorer och mått.
En stor del berör sluten vård, somatisk vård och vård av vuxna.
Nedan följer några resultat i korthet. Läs mer i rapporten under fokusområde 1

- Granskning med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) av journaler från slumpvis utvalda sjukhusvårdtillfällen i somatisk vård för vuxna patienter visar att vårdtillfällen med vårdskador i somatisk vård av vuxna på sjukhus har minskat från 8,7 till 7,1 procent mellan 2013 och 2019. Vårdrelaterad infektion och skada i samband med kirurgi är de vanligaste skadetyperna. Vårdskador är vanligare hos män. Förekomsten av skador och vårdskador ökar med stigande ålder hos patienterna och med vårdtidens längd. Vårdskador är cirka 60 procent vanligare för patienter som vårdats på utlokaliserad vårdplats. Några regioner deltar inte i granskningen 2019 och utfallet det året ska därför tolkas med försiktighet.

- Inom allmänpsykiatri i öppen- och slutenvården identifierades vårdskador i 6,6 procent av journalerna under 2019. En minskning från 8,0 procent 2017. Skador och vårdskador är vanligare hos kvinnor. De vanligaste skadetyperna är avsiktlig självdestruktiv handling och förlängt sjukdomsförlopp. Antalet granskade vårdtillfällen har ökat inom psykiatrisk vård men underlaget är osäkert och utfall ska därför tolkas med försiktighet med avseende om hur mycket vårdskador har minskat mellan de två åren.
- Apgar-bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Nyfödda barn som uppvisar ett försämrat hälsotillstånd (Apgar-poäng lägre än 7 vid fem minuters ålder) har ökat något och ligger på knappt 1,5 procent, för tidsperioden 2015–2019. Mellan regionerna varierar andelen från 1,2 procent till 2,5 procent. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga poäng. Tillgänglig kompetens och välfungerande teamarbete har avgörande betydelse för utgången vid livräddande insatser för nyfödda.

- Det är vanligt att kvinnor drabbas av bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar. Förstföderskor drabbas i högre grad av bristningar än omföderskor. Perinealbristningar indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel. Fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan. Det är en nedåtgående trend för bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar bland förstföderskor. Den ligger på 5 procent sammantaget för perioden 2015–2019 och med en spridning från 3,0 till 6,4 procent i regionerna. Variationerna mellan regioner och mellan sjukhus tyder på att frekvensen för grad III- och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas.

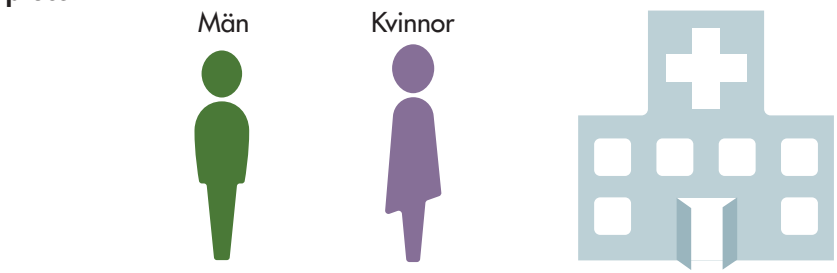
Andel bristningar vid förlossning bland förstföderskor 2015–2019, procent



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

- En tand som måste restaureras på nytt med reparativa eller protetiska åtgärder är en oönskad händelse för individen men även för samhället i form av ökade kostnader. Orsakerna till varför en tidigare åtgärdad tand måste åtgärdas på nytt kan vara flera och av varierande slag. Det var 23 procent som hade en tand som behövde åtgärdas på nytt inom en 3-års period, dvs. som fått en ny fyllning eller krona på samma tand som åtgärdats sedan tidigare av de som besökt tandvården 2020 (totalt 879 000 personer 24 år och äldre). Utfallet har minskat något över tid. Regionernas utfall varierar mellan 20,3 till 26,4 procent 2020. Det förekommer mer hos män än hos kvinnor. Antalet personer som kom för en basundersökning har minskat 2020 jämfört 2019, och minskningen kan förklaras med att många besök sköts upp på grund av covid-19-pandemin.
- Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter vård på sjukhus bland patienter 65 år och äldre är i stort sett oförändrade när 2010 jämförs med år 2019. De är dubbelt så vanligt bland de multisjuka och mest sjuka äldre än bland alla 65 år och äldre som haft en oplanerad återinskrivning. Spridningen mellan regionerna varierar något över tid och några regioner har under vissa år ett markant lägre utfall än övriga regioner. För båda könen ses ett likartat mönster, med en högre förekomst av återinskrivningar bland multisjuka och mest sjuka äldre jämfört med alla personer 65 år äldre. En förutsättning för minskade återinskrivningar är en välfungerande samverkan mellan aktörer i sjukhusvård primärvård och hemsjukvård.

Oplanerade återinskrivningar, personer 65 år eller äldre, inom 1–30 dagar 2019, procent

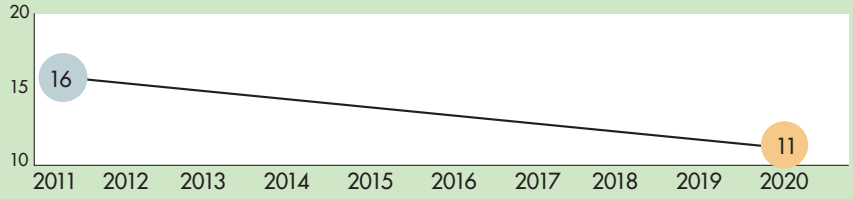


	Män	Kvinnor
Alla	15	14
Multisjuka	29	28
Mest sjuka äldre	29	28

Källa: Patientregistret och Socialtjänstregister, Socialstyrelsen.

- Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande för den som drabbas och innebär dessutom stora kostnader för samhället. Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador. Förekomsten av trycksår kategori 1–4 hos patienter som vårdas på sjukhus har sedan år 2011 gått ned från 16,1 procent till 11,3 procent i nationella punktprevalensmätningen (PPM) 2020. Resultatet är det lägsta värdet för hela den redovisade tidsperioden. Utfallet för 2020 varierar från 4,0 procent till 16,2 procent mellan regionerna. De mer allvarliga trycksåren (kategori 2–4) har också minskat men här ses en betydligt lägre minskning över tid, från 7 procent 2016 till 6,5 procent 2020.

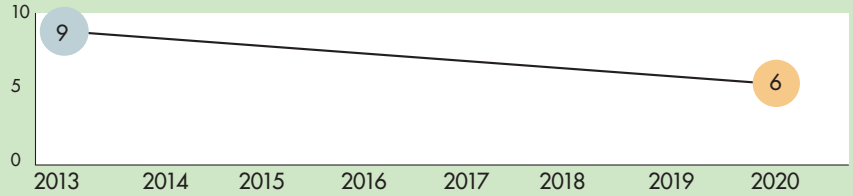
Förekomst av trycksår i slutenvård 2011–2020, procent



Källa: PPM trycksår, SKR.

- Förekomsten av trycksår hos patienter inom kommunal verksamhet är 5,8 procent 2020. I de årliga nationella punktprevalensmätningarna (PPM) har resultatet sedan 2017 varierat mellan 5,5 procent till 6,7 procent. Drygt hälften av trycksåren är av den allvarligare graden dvs. kategori 2–4. Det finns en variation mellan enhetstyper och högst förekomst av trycksår var det på korttidsboende, 8,7 procent. De två vanligaste planerade förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (60 procent) och hudvård (52 procent). Andelen utförda förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå: 19 procent för bedömning av huden, och 16 procent för hudvård.

Förekomst av trycksår inom hemsjukvård samt vård och omsorg 2013–2020, procent



Källa: PPM, Senior Alert.

- De vårdrelaterade infektionerna (VRI) i sluten vård har minskat från 5,2 procent till 3,8 procent av vårdtillfällena (från 2013 till 2019) enligt datakällan markörbaserad journalgranskning. Enligt datakällan punktprevalensmätning (PPM) ses ett oförändrat resultat sedan 2012, runt 9 procent år 2019. VRI inom neonatalvård, 0,9 VRI per 1 000 vårddygn 2019, samt VRI inom vård- och omsorgsboende för äldre i kommunerna, 1,5 procent 2020, ligger på låga nivåer.

Är vården säker här och nu?

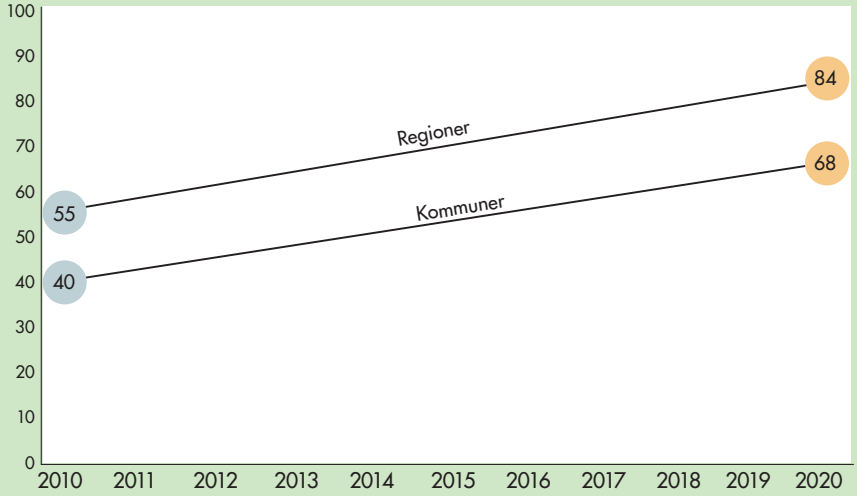
Tillförlitliga och säkra system och processer (fokusområde 2)

I fokusområde 2 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning ett etablerat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns och tillämpas för en sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett var vården sker. Här ingår att mäta i vilken utsträckning rekommenderade rutiner och processer tillämpas i vården.

För fokusområdet redovisas totalt 19 indikatorer och mått. En stor del berör somatisk akutsjukvård, vård av vuxna och i viss mån kommunal hälso- och sjukvård. Nedan följer några resultat i korthet. Läs mer i rapporten under fokusområde 2

- Fallolyckor kan innebära allvarliga konsekvenser för dem som drabbas. Ett teambaserat fallpreventivt arbetssätt ökar patientsäkerheten, något som ledningen skapar förutsättningarna för. Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Det är 68 procent av kommunerna som har styrdokument om att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvård i mätningen 2021. Det är en liten minskning jämfört med 2020 då resultatet var 71 procent. Det är en stor variation inom länen.
- En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är 83,7 procent sammantaget för 18 regioner våren 2021, det bästa resultat som uppmätts i nationella PPM (punktprevalensmätning). I kommunerna har följsamheten ökat och är 67,6 procent i nationella PPM våren 2021, det är det bästa resultat som uppmätts i nationella PPM. Det är stora variationer mellan kommunerna, från drygt 30 procent till omkring 95 procent. Knappt hälften av kommunerna deltog i PPM våren 2021. I både regioner och kommuner är följsamheten lägre till hygienrutinerna än till klädreglerna. Det är också en variation i följsamhet mellan yrkesgrupperna.

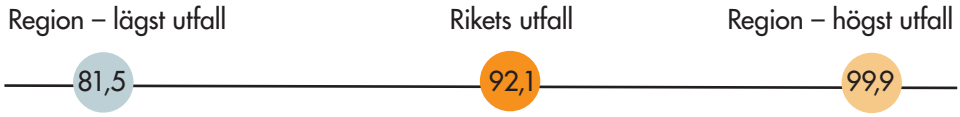
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler i samtliga steg, procent



Källa: PPM Basala hygienrutiner och klädregler, SKR.

- Förändrad andningsfrekvens kan föregå allvarliga sjukdomstillstånd och uppmärksamhet på detta ökar möjligheten till livräddande insatser. Andelen patienter där andningsfrekvensen mäts i ambulansen har ökat från 84 till 92,1 procent. Området speglar följsamhet till behandlingsriktlinjer inom ambulanssjukvården och regionerna är på god väg att nå målnivån 95 procent. Utfallet varierar mellan regionerna från 81,5 till 99,9 procent.

Mätning av andningsfrekvens i ambulans 2019, procent



Källa: Ambureg – kvalitetsregistret för svensk ambulansvård.

- Målet med en läkemedelsgenomgång är att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling. En delaktig patient kan öka sin kunskap om läkemedelsbehandlingen, förbättra sin förmåga till egenvård och att själv kunna vara observant på läkemedelsrelaterade problem. Det är 39 procent av kommunerna per län som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgång där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen inom hemtjänsten som ges till person i ordinärt boende ska genomföras. Det är en spridning mellan 16–66 procent i kommunerna per län. I särskilt boende är utfallet 48 procent av kommunerna per län som har rutiner för att dokumentera patientens delaktighet i fördjupade läkemedelsgenomgångar. Det är en större spridning mellan kommunerna per län, 11–78 procent.

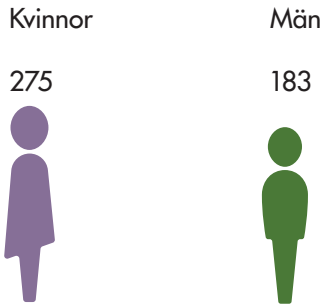
- Suicidriskbedömning förbättrar möjligheterna att vidta åtgärder och ge vård som minskar risken för ytterligare suicidförsök och kan vara livräddande. Över åren 2011–2020 har andelen patienter som fick en suicidriskbedömning av läkare inom 7 dagar i öppen- eller slutenvården efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök ökat från 11,3 till 45 procent. På regionnivån varierar utfallet från 5,9 till 65,8 procent. Det finns en stor förbättringspotential att vidta åtgärder för att öka andelen suicidriskbedömningar och att utjämna de regionala skillnaderna.

Suicidriskbedömning 2019–2020, procent

Källa: Patientregistret Socialstyrelsen.

- Vård på strokeenhet direkt vid insjuknandet minskar graden av bestående funktionsnedsättning. Det är 82 procent av strokepatienterna som i det akuta skedet först vårdats på strokeenhet eller IVA. Det har varit en successiv förbättring från 78,0 procent 2016 till 82,0 procent 2020 (2019 var andelen 83 procent.) 2020 når två regioner målnivån som är ≥ 90 procent. Sex regioner har ≥ 86 procent och är därmed nära målnivån. Det är små variationer mellan regionerna, undantaget en region som ligger långt under målvärdet. Män vårdas i högre omfattning på strokeenhet.
- Restriktivitet med antibiotikabehandling och följsamhet till evidensbaserade riktlinjer minskar risken för resistensutveckling till nytta för individ och samhälle. Förekomsten av antibiotikabehandling i öppen vård har stadigt minskat och 2020 ligger 20 av 21 regioner under målvärdet 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 275 respektive 183 uttag per 1 000 invånare. En orsak till skillnaden mellan könen är skillnader i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar betydligt vanligare bland kvinnor. Inom tandvården ses också en minskning av antibiotikaanvändningen mellan 2010 och 2019. Under 2019 expedierades 18 antibiotikarecept per 1 000 invånare av tandläkare. De regionala skillnaderna ligger mellan 10,7 till 24,5 recept per 1 000 invånare 2019. Förskrivningen till kvinnor ligger något högre än för män.

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, öppen vård 2020



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Säker vård här och nu (fokusområde 3)

I fokusområde 3 ingår indikatorer som mäter organisationens förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den pågående verksamheten. Det handlar till exempel om att spegla organisationens förmåga till att göra situationsanpassningar vid händelser som ger förändrade förutsättningar.

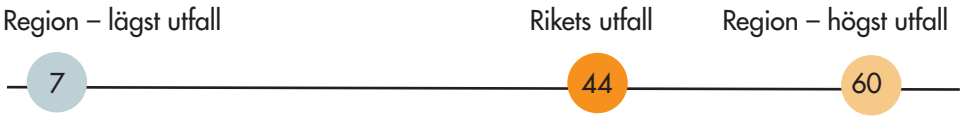
För fokusområdet redovisas totalt 9 indikatorer. En stor del berör vård inom rätt tidsintervall inom främst somatisk akutsjukvård. Nedan följer några resultat i korthet. Läs mer i rapporten under fokusområde 3

- När antalet disponibla vårdplatser inte motsvarar det faktiska behovet innebär det överbeläggningar eller att patienter utlokaliseras. Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt för säker vård. Vård på utlokaliserad vårdplats innebär i somatisk vård för vuxna, att andelen vårdtillfällen där patienten drabbas av vårdskada ökar. För 2020 ses en minskning av antalet överbeläggningar men inte antalet utlokaliseringar. Under 2020 var antalet för riket 3,1 överbeläggningar och 2,2 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska slutenvården. Det är det lägsta antalet överbeläggningar sedan 2015. För utlokaliseringar är det i nivå med de senaste åren. Tidigare har antalet för överbeläggningar och utlokaliseringar ökat för varje år mellan 2014 och 2019. För 2019 låg värdena på i stort sett samma nivå som 2018 och det var första gången sedan mätningarna startade som det inte sågs en ökning jämfört med året innan. Det är stora variationer inom och mellan regioner.

Inom psykiatrisk slutenvård var antalet överbeläggningar för riket 1,1 per 100 disponibla vårdplatser. Det är det lägsta antalet överbeläggningar sedan mätningarna började. Mellan 2013 och 2020 har antalet överbeläggningar minskat från 2,5 till 1,1. Det svårt att bedöma utvecklingen av vårdplatssituationen eftersom covid-19 har påverkat vårdkontakter och planerade behandlingar inom alla delar av vården.

- Vård utförd inom rekommenderat tidsintervall förutsätter en vårdkedja med tydlig roll- och ansvarsfördelning för involverade vårdutförare där diagnostiska och behandlande åtgärder genomförs i en väl utformad process. Kvalitetsregistret Rikshöft har satt ett nationellt mål, att 80 procent av alla patienter med höftfraktur ska opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus då det minskar vårdtiden och risken för komplikationer. Tid till operation vid höftfraktur har minskat från 27 timmar 2008 till 24 timmar 2019. På regionnivå varierar utfallet från 17 timmar till 31 timmar.
- Reperfusionsbehandling vid stroke minskar risken för funktionshinder och ju tidigare efter insjuknandet den ges, desto bättre blir resultatet. Behandling med trombolys eller trombektomi är båda effektiva metoder vid akut ischemisk stroke. Effekten av dessa behandlingar minskar dock mycket snabbt med tiden efter insjuknandet, och det finns också bortre tidsgränser när behandlingarna inte längre har effekt. Det är 44 procent av patienterna får trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus vid stroke år 2020, en ökning med 7 procentenheter jämfört med 2018. Andelen som får trombolys inom 30 minuter oförändrad mellan 2019 och 2020. Det finns stora regionala skillnader, och variationen är 7–60 procent på regionnivå. Skillnaderna beror rimligen på att processerna för det akuta omhändertagandet skiljer sig mellan sjukhusen, och därmed att tidsfördröjningar kan åtgärdas.

Trombolys inom 30 minuter vid stroke 2020, procent



Källa: Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke.

- Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit effektivare och att vårdens kvalitet ökar. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande för vårdens resultat. Responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som innebär akuta livshotande symptom eller olycksfall har ökat till 14,3 minuter år 2020 jämfört med 13,1 minuter år 2017. Medianen skiljer upp till 6 minuter mellan regionerna mellan åren 2019–2020.

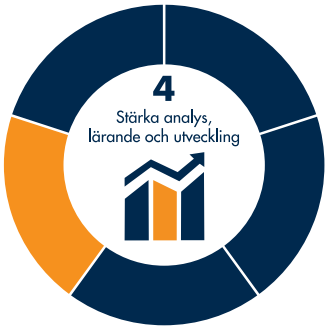
- När diagnostik och behandling påbörjas utan fördröjning minskar tiden med symptom och lidande för patienten och minskar risken för försämring av sjukdomsläget och mer svårbehandlad sjukdom. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin förbättrades mellan 2017–2019 för att 2020 åter ligga på nivån för 2017. År 2020 är andelen 74,9 procent med en variation på regionnivå från 97,1 procent till 27,3 procent. Ett högt utfall är det önskvärda värdet.
- Undernäring kan vara en vårdskada men vårdskador kan även uppstå som en konsekvens av undernäring. Kompetent bedömning av patienters nutritionsläge och risken för att undernäring kan uppstå förutsätter kompetens för bedömning, diagnostik och genomförande av åtgärder. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring finns i 64 procent av kommunerna 2021. Det är en minskning från 68 procent 2020. Det är en stor spridning mellan länen och den har ökat.

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Stärka analys, lärande och utveckling (fokusområde 4)

I fokusområde 4 ingår indikatorer som avser att mäta faktorer som bidrar och stimulerar kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande och därmed öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården.

För fokusområde 4 identifierades två befintliga indikatorer och dessa speglar uppföljning och analys i samverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Nedan beskrivs resultaten i korthet. Läs mer i rapporten under fokusområde 4



- Analyser behövs för att öka förståelsen av hur det praktiska arbetet genomförs och vad som bidrar till säkerhet och goda resultat. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att faktorer på systemnivå analyseras och ger underlag till förbättringsarbete. Information om faktorer som påverkar säkerheten kan integreras från olika källor för att ge en samlad bild av läget. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete, där ledningsansvarig för huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, vårdgivare och vårdutförare i egen och enskild regi, medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering och socialt ansvarig samordnare deltar, finns i 63 procent av kommunerna i mätningen 2021. Det är en spridning mellan länen från 20 procent till 92 procent.
- En god patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och patient och närstående är viktiga medskapare. Det är 26 procent av kommunerna som systematiskt tillvaratar erfarenheter och kunskaper från patient och närstående. Det är en liten minskning från 29 procent 2020. Det är en variation mellan länen från 0 procent till 56 procent, ungefär i nivå med mätningen 2020. Det är olika län som har det lägsta respektive det högsta värdet jämfört med föregående mätperiod. Flera kommuner uppgav att det rådande pandemiläget hade försvårat möjligheterna att ha möten med patienter och närstående.

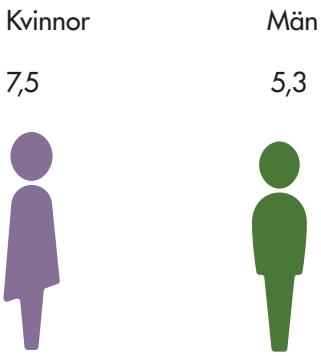
Öka riskmedvetenhet och beredskap (fokusområde 5)

I fokusområde 5 ingår indikatorer som mäter hur långsiktiga risker identifieras, analyseras och bidrar till beredskap att hantera olika typer av framtida risker och proaktiv utveckling av organisationens strukturer och processer för en anpassningsbar, resilient och robust verksamhet och säker vård.

För fokusområde 5 redovisas totalt 6 indikatorer och mått som i huvudsak berör läkemedelsbehandling. Nedan följer några resultat i korthet. Läs mer i rapporten under fokusområde 5

- Användning av vissa läkemedel kan innebära en större risk för biverkningar hos äldre än hos andra, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen. Andelen personer 75 år och äldre som har läkemedel som bör undvikas har förbättrats stort över tid på nationell nivå. År 2020 låg utfallet på 6,5 procent. För 2020 var andelen bland kvinnorna 7,4 procent och bland män 5,3 procent. Det finns en variation mellan kommunerna inom respektive län för äldre som har hemtjänst och äldre som bor på särskilt boende. För hemtjänst kan en variation av utfallet ses från 7,2 till 11,6 procent mellan länen. För särskilt boende ses en variation från 4,5 till 10,8 procent mellan länen.

Användning av läkemedel som bör undvikas av personer som är 75 år och äldre, 2020, procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

- Användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer 75 år och äldre har halverats över tid på nationell nivå, från 3,6 procent 2005 till 1,8 procent 2020. Variationen mellan regionerna är från 1,3 procent till 3 procent. Kvinnor har ett något högre utfall än män men skillnaderna har minskat något över åren. Länsmedeltalet för personer som använder antipsykotiska läkemedel och som har hemtjänst i ordinärt boende varierade från 2,0 till 6,3 procent i länen 2020. För personer som använder antipsykotiska läkemedel och som bor i särskilda boenden varierade utfallet från 8,9 till 21,7 procent i länen år 2020.

Användning av antipsykotiska läkemedel 2020, procent

Bland 75 år och äldre personer med hemtjänst inom ordinärt boende i kommunen (min-max länsmedel).

Bland 75 år och äldre personer som bor i särskilt boende i kommunen (min-max länsmedel).

Källa: Läkemedelsregistret och Socialtjänstregister, Socialstyrelsen.

- Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel kan vara förenat med olika risker. Långvarig behandling med flera psykofarmaka samtidigt under längre perioder är också förenat med risker och det kan vara svårt att utvärdera läkemedelseffekter och biverkningar. Resultaten på nationell nivå har försämrats över tid när det gäller användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga i jämförelse med barn och unga som inte varit placerade. Flickor som var placerade under hela årskurs 9 hade högre andel långvarig hög användning av olika psykofarmaka jämfört med de placerade pojkarna. Det finns regionala variationer.

Samlade erfarenheter

Det är viktigt att veta hur säker vården är och var riskerna och vårdskadorna kan uppstå. För att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt. Man behöver också arbeta riskmedvetet och förebyggande med målet att vårdskadorna överhuvudtaget aldrig ska inträffa Arbetet för att upprätthålla och stärka en hög patientsäkerhet stöds genom systematisk uppföljning, analys och återkoppling av resultat på olika organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården.

Ambitionen har varit att med hjälp av indikatorer återspegla handlingsplanens perspektiv. De datakällor och indikatorer som nu finns är emellertid otillräckliga för att kunna ge en sådan bild. Det saknas möjligheter att spegla såväl vissa delar av vården som centrala arbetssätt och processer.

Rapporten är en inledning och en första baslinjemätning av patientsäkerhet ur handlingsplanens perspektiv. Rapporten är därmed utgångspunkt för att sedan kunna följa upp handlingsplanens effekt på det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kartläggningen av befintliga indikatorer, redovisningen och det uppföljningsramverk, som urvalet av rapportens indikatorer baseras på, avser att vara ett stöd i vad som behöver utvecklas framåt för att spegla den förflyttning mot ökad patientsäkerhet som genomsyrar den nationella handlingsplanen.

Rapporten ska primärt ge ett stöd för att identifiera olika svagheter i patientsäkerheten, men också ge ett stöd när det gäller möjligheterna att följa upp patientsäkerhetsarbetet. Med arbetet på olika organisatoriska nivåer nationellt och i regioner och kommuner kan analys- och förbättringsområden identifieras. När det gäller skillnader i utfall mellan regioner respektive kommuner kan orsaker och sammanhang bäst förstås och analyseras utifrån den egna organisationen.

Behov av utveckling

Kartläggningen av nuvarande indikatorer visar på tillgängliga sätt att spegla patientsäkerheten men indikerar också vad som behöver mätas men som i dagsläget inte går att mäta. Kartläggningen och redovisningen ökar möjligheten att hitta vägar för att öka och utveckla uppföljning av säkerheten. Den här rapporten visar några perspektiv för vägen framåt och är ett stöd för att flytta fram positionerna i arbetet för ökad patientsäkerhet. Eftersom förbättringsarbete kan ta tid innan effekten kan återspeglas är det lämpligt att bygga långsiktighet och kontinuitet i uppföljningen.

Utvecklingen kan handla om indikatorer och mått som speglar framgångsfaktorer, lärande, riskmedvetenhet och prediktiva indikatorer som mäter risk för vårdskador samt arbetssätt och metoder som stödjer medarbetarnas och organisationens förmåga att hantera variabilitet med goda anpassningar. Vidare behöver indikatorer, mått och mätmetoder utvecklas för att beskriva patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är. Den pågående

omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden till en god och nära vård samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer också krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder för att följa upp patientsäkerheten. Utveckling av nya indikatorer för patientsäkerhetsarbetet måste styras efter var behovet av mätning och redovisning är stort och dit där utvecklingen utifrån handlingsplanens intentioner behöver följas.

Utveckling i samverkan är en framgångsfaktor

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under 2020–2024 ansvara för samordning av insatser att utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet i landet (S2020/03087/RS). Ett antal myndigheter har ansvar för uppföljning av olika delar av patientsäkerheten, liksom vårdgivarna själva. En förutsättning för en behovsbaserad och framgångsrik utveckling av uppföljningen av säker vård, med en strävan att verka för att vårdens administrativa börda inte ökar, är en bred samverkan och dialog mellan relevanta myndigheter, nationella aktörer och huvudmän. Ambitionen i en utvecklad nationell uppföljning är också att tydligare kunna återkoppla resultat och utfall inom patientsäkerhetsområdet till olika målgrupper.

Genom att identifiera, beskriva och analysera områden och faktorer där det finns behov av utveckling och kunskapsstöd kan Socialstyrelsen bidra till denna utveckling. Socialstyrelsen har i samverkan med bland andra Nationella samverkansgruppen patientsäkerhet i och med denna rapport påbörjat detta utvecklingsarbete. En fortsättning i utvecklingsarbetet är bland annat kartläggning av ytterligare källor för uppföljning, exempelvis Socialstyrelsens register och nationella kvalitetsregister. Det är viktigt att beakta pågående nationella och regionala satsningar och initiativ, så att det skapas synergier och inte dubbelarbete. Vidare att arbetet samordnas med den indikatorutveckling inom patientsäkerhetsområdet, som pågår inom OECD, EU och Världshälsoorganisationen (WHO).

Socialstyrelsen föreslår att en indikatorbaserad redovisning genomförs vart tredje år och har för avsikt att genomföra nästa uppföljning 2024. Målet för en sådan redovisning är att presentera en systematisk och kontinuerlig indikatorbaserad uppföljning i samverkan med regioner och kommuner som innehåller analys och bedömning av utvecklingen

Förord

Denna indikatorbaserade uppföljning för säker vård är kopplad till nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – *Agera för säker vård* – som lanserades i januari 2020 och gäller till och med 2024. Visionen är: God och säker vård – överallt och alltid och det övergripande målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Syftet med rapporten är att den ska utgöra en baslinjemätning, ett första steg och vara grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

Kopplingen till handlingsplanens fyra grundförutsättningar och fem fokusområden innebär en perspektivförskjutning från redovisning i huvudsak av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är i ännu större utsträckning.

Som ett led i genomförandet av handlingsplanen ska uppföljningen ge ökad kunskap och vägledning i patientsäkerhetsarbetet framåt och vara ett underlag för huvudmännen i deras systematiska patientsäkerhetsarbete.

Socialstyrelsen riktar ett särskilt tack NSG-patientsäkerhet som medverkat i framtagandet av rapporten.

Marianne Aggestam har varit projektledare. Carina Skoglund, Urban Nylén och Petra Sundlöf har ingått i projektgruppen samt fler statistiker på myndigheten. Ansvariga enhetschefer var Lena Hellberg och Jonas Bergström. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med rapporten.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Thomas Lindén
Avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård

Innehåll

Förord 25
Sammanfattning 29
Har vården varit säker? 31
Är vården säker här och nu? 32
Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap? 34
Behov av utveckling 35
Inledning 36
Uppföljningen behöver svara på frågan – *Hur säker är vården?* 37
Uppföljningen behöver återspegla utvecklingen i patientsäkerhetsarbetet 38
Flera perspektiv behöver speglas i uppföljningen 39
Struktur och ramverk för indikatorbaserad uppföljning 40
Styrande principer för uppföljningen 40
Om utvecklingsbehoven och att spegla den önskvärda förflyttningen i patientsäkerhetsarbetet 42
Metod 42
God vård och omsorg för hela befolkningen 43
Kriterier vid bedömning av indikatorer 44
Typer av indikatorer 45
Översikt av indikatorer som ingår i rapporten 46
Rapportens disposition och bilagor 50
Har vården varit säker? 51
Fokusområde 1: Förekomst av skador och vårdskador 51
Vårdskador, skador och oönskade händelser 52
Oplanerade återinskrivningar 84
Trycksår 90
Vårdrelaterad infektion 97
Är vården säker här och nu? 105
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer 105
Förebyggande arbetssätt 106
Läkemedelsgenomgång 120
Teambaserad vård 127
Antibiotikaanvändning 143
Patientrapporterade erfarenheter 150
Fokusområde 3: Säker vård här och nu 157
Överbeläggningar och utlokaliseringar 158

Vård inom rätt tidsintervall 164
Kompetens 176
Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap? 179
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling 179
Uppföljning och analys i samverkan 180
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap 184
Riskfylld läkemedelsbehandling 185
Kompetens 200
Sammanfattande diskussion 205
Referenser 208
Bilaga 1 – Förkortningar 215
Bilaga 2 – PM med styrande principer 216
Bilaga 3 – Metodbeskrivning 227
Bilaga 4 - Indikatorbilaga 229
Bilaga 5 – Indikatorbilaga med indikator relevanta inom patientsäkerhet 230

Sammanfattning

Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården– Agera för säker vård – ska bidra till att stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och ge ökad kunskap och vägledning. Den har en struktur där fem prioriterade fokusområden är kopplade till mål, åtgärder och uppföljning. Uppföljning av patientsäkerhet ska spegla frånvaro av skada, närvaro av säkerhet och den önskvärda utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas i handlingsplanen med en riktning från det reaktiva till ett mer proaktivt förhållningssätt.

Det är viktigt att veta hur säker vården är och var riskerna och vårdskadorna kan uppstå. För att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt. Man behöver också arbeta riskmedvetet och förebyggande med målet att vårdskadorna överhuvudtaget aldrig ska inträffa. Arbetet för att upprätthålla och stärka en hög patientsäkerhet stöds genom systematisk uppföljning, analys och återkoppling av resultat på olika organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården.

Syftet med rapporten är att den ska utgöra en baslinjemätning, ett första steg och vara grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Målet är att i samverkan med regionerna och kommunerna kunna följa den förflyttningen som hälso- och sjukvården ska åstadkomma enligt den nationella handlingsplanens inriktning.

Rapporten är en indikatorbaserad uppföljning och har föregåtts av en kartläggning av befintliga indikatorer utifrån ett uppföljningsramverk baserat på den nationella handlingsplanens fyra grundförutsättningar och fem prioriterade fokusområden. Resultatredovisningen ger inte ett heltäckande svar på hur säker vården är inom hela hälso- och sjukvården utan bygger på de befintliga indikatorer som bäst belyser det systematiska patientsäkerhetsarbete som behöver uppnås för en god och säker vård överallt och alltid så att ingen patient behöver drabbas av vårdskador. Rapporten ger en övergripande lägesbild av säker vård inom några delar av hälso- och sjukvårdssystemet och kan ge värdefulla ledtrådar till prioriterade utvecklingsområden på nationell, regional och kommunal nivå.

Denna baslinjemätning avser att vara ett underlag för att kunna visa den förflyttning som hälso- och sjukvården ska åstadkomma i det systematiska patienssäkerhetsarbetet enligt den önskvärda inriktningen som anges i den nationella handlingsplanen. Rapporten bidrar därmed till en perspektivförskjutning från den hittills vanligaste redovisningen av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är med *frånvaro av skada och närvaro av säkerhet*.

Rapporten som helhet omfattar 55 indikatorer och mått samt förslag på ytterligare 52 indikatorer och mått som kan ingå i uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Urvalet av indikatorer är beskrivande till sin karaktär och fokuserar på att redovisa variationer i utfallet i riket över tid, i regioner samt för

kommunerna i län där data finns. Analyser för att identifiera orsakerna till skillnader och variationer görs inte i den här rapporten, utan rapporten avser att vara ett underlag för alla aktörer att identifiera analysområden som kan vara av särskild vikt. Socialstyrelsen avser att i nästa steg arbeta med fördjupade analyser baserat på resultat som kan förbättras och utifrån en bedömning om vilken förbättringstakt som vore gynnsam framåt.

Övergripande frågeställning - Är vården säker?

Sammanfattningsvis har resultat förbättrats för 24 av 35 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå. Med förbättring menas att en positiv utveckling kan ses men de är i olika omfattning och förbättringstakt. För 6 av 35 indikatorer är resultaten oförändrade sett över tid och för 5 av 35 indikatorer ses en mindre gynnsam utveckling på nationell nivå. Indikatorerna med flerårig trend på nationell nivå som har utvecklats i positiv riktning fördelas enligt nedan.

Har vården varit säker?

- Inom fokusområde 1 kan en positiv utveckling ses för 9 av 16 indikatorer.

Är vården säker här och nu?

- Inom fokusområde 2 kan en positiv utveckling ses för 10 av 11 indikatorer.
- Inom fokusområde 3 kan en positiv utveckling ses för 3 av 5 indikatorer.

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

- Inom fokusområde 5 kan en positiv utveckling ses för 2 av 3 indikatorer.

Det finns olika stora variationer mellan regioner och mellan kommuner i länen för flera av rapportens indikatorer. Variationer i utfall pekar på att det finns möjligheter till förbättringar i de regioner och kommuner med sämre utfall.

Har vården varit säker?

Öka kunskap om inträffade vårdskador - fokusområde 1

I fokusområde 1 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning patienter har drabbats av oönskade händelser, vårdskador och skador, av vilken typ dessa är och vilka konsekvenser de haft för patienterna. Här ingår också patienters, närståendes och involverade medarbetares upplevelse och erfarenheter av vårdskador och skador. Resultatet på nationell nivå har förbättrats i 9 av 16 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå, för 5 av 16 indikatorer är resultaten i stort sett oförändrade och för 2 av 16 indikatorer är utvecklingen mindre gynnsam.

Rapportens indikatorer inom fokusområdet speglar till stor del sluten vård, somatisk vård och vård av vuxna. Nedan följer några resultat i korthet från fokusområdets delavsnitt vårdskador, skador och oönskade händelser, förlossnings- och nyföddhetsvård, oplanerade återinskrivningar, trycksår samt vårdrelaterade infektioner.

- Inom somatisk vård av vuxna på sjukhus har andelen vårdtillfällen med vårdskador minskat från 8,7 till 7,1 procent mellan 2013 och 2019, en liten förflyttning i rätt riktning. Vårdskador är vanligare hos män. Vårdrelaterad infektion och skada i samband med kirurgi är de vanligaste skadetyperna. Efter gemensamt beslut vid SKR halverades från 2015 antalet granskade vårdtillfällen per sjukhus. Några regioner deltar inte i granskningen 2019 och utfallet det året ska därför tolkas med försiktighet.
- Inom allmänpsykiatri i öppen- och slutenvården identifierades vårdskador i 6,6 procent av journalerna under 2019. En liten minskning från 8,0 procent 2017. Skador och vårdskador är vanligare hos kvinnor. De vanligaste skadetyperna är avsiktlig självdestruktiv handling och förlängt sjukdomsförlopp. Antalet granskade vårdtillfällen inom psykiatrisk vård har utökats mellan 2017 och 2019 men underlaget är sparsamt och skillnader i förekomsten av vårdskador mellan åren ska tolkas med försiktighet.
- Det ses en nedåtgående trend för bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar bland förstföderskor. Den ligger på 4,5 procent 2019 och med en spridning från 3,0 till 6,4 procent i regionerna. Akuta kejsarsnitt bland förstföderskor har minskat något och ligger på 7,8 procent för tidsperioden 2015–2019. Det är stor variation mellan regionerna men variationsvidden är något mindre sedan föregående mätperiod. De akuta kejsarsnitten är vanligare i åldern 40 år och äldre. Nyfödda barn som uppvisar ett försämrat hälsotillstånd har ökat något och ligger på knappt 1,5 procent, för tidsperioden 2015–2019.
- Ungefär hälften av alla 65 år och äldre har haft en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter vård på sjukhus. De är dubbelt så vanligt bland de multisjuka och mest sjuka äldre än bland alla 65 år och äldre som haft

en oplanerad återinskrivning. Spridningen mellan regionerna varierar något över tid och några regioner har under vissa år ett markant lägre utfall än övriga regioner.
- Patienter med trycksår i sluten vård och kommunal vård och omsorg har minskat över tid. En variation mellan regionerna finns och inom kommunerna kan en variation ses i relation till enhetstyp.
- De vårdrelaterade infektionerna (VRI) i sluten vård har minskat från 5,2 procent till 3,8 procent (från 2013 till 2019) enligt datakällan markörbaserad journalgranskning. Enligt datakällan punktprevalensmätning (PPM) ses ett oförändrat resultat runt 9 procent år 2019. VRI inom neonatalvård (0,9 VRI per 1 000 vårddygn, 2019) samt VRI inom vård- och omsorgsboende för äldre i kommunerna (1,5 procent 2020) ligger på låga nivåer.

Är vården säker här och nu?

Tillförlitliga och säkra system och processer - fokusområde 2

I fokusområde 2 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning ett etablerat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns och tillämpas. Här ingår att mäta i vilken utsträckning rekommenderade rutiner och processer tillämpas i vården. Resultatet på nationell nivå har förbättrats i 10 av 11 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå. För 1 av 11 indikatorer är utvecklingen mindre gynnsam.

Rapportens indikatorer inom fokusområdet speglar till stor del somatisk akutsjukvård, vård av vuxna och i viss mån kommunal hälso- och sjukvård. Nedan följer några resultat i korthet för fokusområdets delavsnitt förebyggande arbetssätt, läkemedelsgenomgång, teambaserad vård och antibiotikaanvändning.

- Stora variationer kan ses i arbetet med riskförebyggande åtgärder vid fallskada, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa i kommunerna. På nationell nivå har 60 procent av personer 65 år och äldre på särskilt boende fått åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden. Motsvarande inom ordinärt boende med hemsjukvård är 46 procent. Det är en liten minskning inom båda boendeformerna.
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är 83,7 procent sammantaget för 18 regioner våren 2021, det bästa resultat som uppmätts i nationella PPM (punktprevalensmätning). I kommunerna har följsamheten ökat och är 67,6 procent i nationella PPM våren 2021, det är det bästa resultat som uppmätts i nationella PPM. Det är stora variationer mellan kommunerna, från drygt 30 procent till omkring 95 procent. I både regioner och kommuner är följsamheten lägre till hygienrutinerna än till klädreglerna. Det är också en variation i följsamhet mellan yrkesgrupperna.

- Det är en stor spridning mellan kommunerna per län som i särskilt boende har rutiner för att patientens delaktighet i fördjupade läkemedelsgenomgångar är dokumenterad, mellan 11-78 procent.
- Mätning av andningsfrekvensen i ambulans har förbättrats och regionerna är på god väg att nå målnivån 95 procent.
- Andel patienter som bedöms vid en multidisciplinär konferens vid lungcancer har ökat från 74,8 procent 2016 till 80,9 procent 2020 men det finns en stor variation mellan regionerna.
- Patienter som fick en suicidriskbedömning av läkare inom 7 dagar i öppen- eller slutenvården efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök var 45 procent år 2020. Det har förbättrats från en mycket låg nivå. Det var stora regionala variationer.
- Det är 82 procent av strokepatienterna som i det akuta skedet först vårdas på strokeenhet eller IVA. Det är 8 regioner som ligger på eller nära målnivån som är ≥90 procent.
- Förekomsten av antibiotikabehandling i öppen vård har stadigt minskat och 2020 ligger 20 av 21 regioner under målvärdet 250 antibiotikarecept förskrivna per 1 000 invånare och år. Inom tandvården ses också en minskning av antibiotikaanvändningen.

Säker vård här och nu - fokusområde 3

I fokusområde 3 ingår indikatorer som mäter organisationens förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den pågående verksamheten. Det handlar till exempel om att spegla organisationens förmåga till att göra situationsanpassningar vid händelser som ger förändrade förutsättningar. Resultatet på nationell nivå förbättrats i 3 av 5 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå, för 1 av 5 indikatorer är resultaten i stort sett oförändrade och för 1 av 5 indikatorer är utvecklingen mindre gynnsam.

Rapportens indikatorer inom fokusområdet speglar till stor del vård inom rätt tidsintervall inom främst somatisk akutsjukvård. Nedan följer några resultat i korthet för fokusområdets delavsnitt överbeläggningar och utlokaliseringar och vård inom rätt tidsintervall.

- Tid till operation vid höftfraktur har minskat från 27 timmar 2008 till 24 timmar 2019. På regionnivå varierar utfallet från 17 timmar till 31 timmar.
- Det är 44 procent av patienterna får trombolysbehandling inom 30 minuter efter ankomst till sjukhus vid stroke år 2020, en ökning med 7 procentenheter jämfört med 2018.
- Responstid (median) för ambulansvid prio 1-larm har ökat till 14,3 minuter år 2020 jämfört med 13,1 minuter år 2017. Medianen skiljer upp till 6 minuter mellan regionerna mellan åren 2019–2020.

- Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin förbättrades mellan 2017–2019 för att 2020 åter ligga på nivån för 2017. År 2020 är andelen 74,9 procent med en variation på regionnivå från 97,1 procent till 27,3 procent.

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Stärka analys, lärande och utveckling - fokusområde 4

I fokusområde 4 ingår indikatorer som avser att mäta faktorer som bidrar och stimulerar kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande och därmed öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården. Resultat för de två indikatorerna som finns inom fokusområde 4 och delavsnittet uppföljning och analys i samverkan, visar att 63 procent av kommunerna har regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete och 26 procent av kommunerna uppger att erfarenheter och kunskaper från patient och närstående tas till vara i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Öka riskmedvetenhet och beredskap - fokusområde 5

I fokusområde 5 ingår indikatorer som mäter hur långsiktiga risker identifieras, analyseras och bidrar till beredskap att hantera olika typer av framtida risker och proaktiv utveckling av organisationens strukturer och processer för en anpassningsbar, resilient och robust verksamhet och säker vård. Resultatet på nationell nivå har förbättrats i 2 av 3 indikatorer där det finns data med en flerårig trend (≥ 3 år) på nationell nivå. För 1 av 3 indikatorer är utvecklingen mindre gynnsam.

Rapportens indikatorer inom fokusområdet speglar i huvudsak läkemedelsbehandling. Nedan följer några resultat i korthet för fokusområdets delavsnitt riskfylld läkemedelsbehandling.

- Andelen personer 75 år och äldre som har läkemedel som bör undvikas har förbättrats stort över tid. År 2020 låg utfallet på 6,5 procent. Kvinnor har en högre andel läkemedel som bör undvikas. Det finns en variation mellan kommunerna inom respektive län för äldre som har hemtjänst och äldre som bor på särskilt boende.

- Användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer 75 år och äldre har halverats över tid, från 3,6 procent 2005 till 1,8 procent 2020. Variationen mellan regionerna är från 1,3 procent till 3 procent. Kvinnor har ett något högre utfall än män men skillnaderna har minskat något över åren. Länsmedeltalet för personer som använder antipsykotiska läkemedel och som har hemtjänst i ordinärt boende varierade från 2,0 till 6,3 procent i länen 2020. För personer som använder antipsykotiska läkemedel och som bor i särskilda boenden varierade utfallet från 8,9 till 21,7 procent i länen år 2020.
- Användningen av psykofarmaka bland placerade barn och unga i jämförelse med barn och unga som inte varit placerade har försämrats över tid. Flickor som var placerade under hela årskurs 9 hade högre andel långvarig hög användning av olika psykofarmaka jämfört med de placerade pojkarna.

Behov av utveckling

Det finns behov av fortsatt utveckling av indikatorer och mått. Ambitionen har varit att rapporten ska ge en lägesbild inom hälso- och sjukvården utifrån handlingsplanens perspektiv och inriktning. De datakällor och indikatorer som nu finns är emellertid otillräckliga för att kunna ge en sådan bild i och med att det saknas möjligheter att spegla såväl vissa delar av vården som centrala arbetssätt och processer. Rapporten ger en bild av de aspekter som kan belysas i dagsläget samt underlag för att framåt kunna etablera en mer robust uppföljning.

Utvecklingen kan handla om indikatorer och mått som speglar framgångsfaktorer, lärande, riskmedvetenhet och prediktiva indikatorer som mäter risk för vårdskador samt arbetssätt och metoder som stödjer medarbetarnas och organisationens förmåga att med goda anpassningar hantera de variationer som återspeglas i resultaten i regioner och kommuner. Vidare att kunna beskriva patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är. Den pågående omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden till en god och nära vård samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer också krav på relevanta indikatorer, mått och metoder.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet i landet. Utveckling av nya indikatorer och mått för patientsäkerhetsarbetet måste styras efter var behovet av mätning och redovisning är störst. En förutsättning för en behovsbaserad och framgångsrik utveckling av uppföljningen av säker vård är en bred samverkan och dialog mellan relevanta myndigheter, nationella aktörer och huvudmän. Ambitionen i en utvecklad nationell uppföljning är också att tydligare kunna återkoppla utfall inom patientsäkerhetsområdet till olika målgrupper.

Socialstyrelsen föreslår att en indikatorbaserad redovisning genomförs vart tredje år och har för avsikt att genomföra nästa uppföljning 2024. Målet för en sådan redovisning är att presentera en systematisk och kontinuerlig indikatorbaserad uppföljning i samverkan med regioner och kommuner som innehåller analys och bedömning av utvecklingen.

Inledning

Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården – *Agera för säker vård* – lanserades i januari 2020 och gäller till och med 2024 [1, 2]. Handlingsplanen ska ge ökad kunskap och vägledning i patientsäkerhetsarbetet och har en struktur där prioriterade områden kopplas till mål, åtgärder och uppföljning. Visionen är: *God och säker vård – överallt och alltid* och det övergripande målet är att *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*.

Handlingsplanen ska stärka huvudmännens systematiska patientsäkerhetsarbete och kunna användas av kommuner och regioner för att de genom egna handlingsplaner ska kunna etablera principer, prioriteringar och målsättningar för sitt patientsäkerhetsarbete. De nationella insatserna ska bidra till att stödja, utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i Sverige med det långsiktiga målet att patienter inte ska behöva drabbas av vårdskada.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2020/03087/RS) att under 2020–2024 ansvara för samordning av insatser för genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Genomförandet av uppdraget ska göras i samverkan med berörda nationella organisationer och myndigheter samt huvudmän inom hälso- och sjukvården

Den här indikatorbaserade uppföljningen riktar sig till huvudmännen, som är ansvariga för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Analyserna och förbättringsarbetet behöver genomföras på olika organisatoriska nivåer i samverkan med professionen. När det gäller skillnader i utfall mellan regioner respektive kommuner kan orsaker och sammanhang bäst förstås och analyseras utifrån den egna organisationen

Syftet med rapporten är att den ska utgöra en baslinjemätning, ett första steg och vara grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Målet är att i samverkan med regionerna och kommunerna kunna följa den förflyttning som hälso- och sjukvården ska åstadkomma enligt den nationella handlingsplanens inriktning. Rapporten är därmed utgångspunkt för att sedan kunna följa upp handlingsplanens effekt på det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Socialstyrelsens tidigare och pågående uppdrag inom patientsäkerhet utgör grunden i arbetet. Att genomföra insatser och åtgärder inom ramen för den nationella handlingsplanen och följa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet är exempel på centrala områden.

Samverkan kring genomförandet av de nationella åtgärderna i handlingsplanen sker i ett nationellt råd för patientsäkerhet. Rådet har representanter från berörda myndigheter, organisationer och huvudmän [3]. För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter ingått partnerskap med kommuner respektive regioner. Socialstyrelsen arbetar i både Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och inom socialtjänsten. Under 2018 etablerade regionerna ett nationellt system för kunskapsstyrning. Systemet består i dagsläget av 26 nationella programområden (NPO) som representerar olika delar av vården. Dessutom finns det

åtta nationella samverkansområden (NSG), där NSG patientsäkerhet är en [4]. Socialstyrelsen har samverkat med NSG patientsäkerhet i framtagandet av rapporten. NSG patientsäkerhet samordnar, stödjer, följer och driver på utvecklingen av regionernas arbete med patientsäkerhet samt samverkar med andra nationella grupperingar inom patientsäkerhetsområdet.

Kopplingen till handlingsplanen, de fyra grundförutsättningarna och de fem fokusområdena innebär en perspektivförskjutning från redovisning av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är i ännu större utsträckning. Utvecklingen och perspektivförskjutningen påbörjades till viss del i rapporten *Säker vård* som Socialstyrelsen publicerade 2017 [5]. Flera av de indikatorer som redovisades i rapporten finns även med i den här uppföljningen (se bilaga 4).

Figurerna som redovisar resultaten för merparten av indikator redovisas både för riket samt som jämförelse mellan regionerna och utfallet sorteras utifrån önskvärd riktning dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet. Utfall som redovisas för riket som trend över tid kan indikera områden som särskilt behöver uppmärksammas på nationell nivå.

Här redovisas, i den mån det är möjligt utifrån datakällan, patientpopulationen uppdelat utifrån sociodemografiska variabler som kön eller utbildning. På regional nivå redovisas utfallet oftast för patientpopulationen som helhet vilket kan vara av intresse för olika vårdgivare, verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga. Rapporten redovisar utfallet som en jämförelse dels med andra regioner, dels som två mätperioder för den egna regionen. Analyser för att identifiera orsakerna till dessa skillnader och variationer görs inte i den här rapporten, men den avser att vara ett underlag för alla aktörer att identifiera analysområden som kan vara av särskild vikt i specifika regioner eller kommuner.

En osäkerhet eller reservation i denna uppföljning är oklarheten av hur mycket covid-19 påverkat utfallen som redovisas från 2020. Pandemin har påverkat samhällets alla sektorer och inte minst hälso- och sjukvården.

Uppföljningen behöver svara på frågan – *Hur säker är vården?*

För att bidra till en ökad patientsäkerhet och stödja det systematiska patientsäkerhetsarbetet behöver uppföljning, analys och återkoppling av resultat utvecklas och stärkas på flera organisatoriska nivåer. Tillgängliga faktaunderlag och resurser för analys kan möjliggöra situationsanpassning på kort och lång sikt. Uppföljning och analys behöver synliggöra patientsäkerhetsläget inom hälso- och sjukvården och vara ett kunskapsunderlag i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i syfte att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården. Ett arbete som ska genomföras i samverkan och dialog med regioner och kommuner.

I uppföljningen behövs en redovisning av både det som har inträffat och nuläget. Både skillnader i utfall och utvecklingen över tid behöver synliggöras. Den nationella uppföljningen behöver därmed följa handlingsplanens

struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet och utgå från de fyra grundläggande förutsättningarna och de fem prioriterade fokusområdena.

Grundläggande förutsättningar

- Engagerad och tydlig ledning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

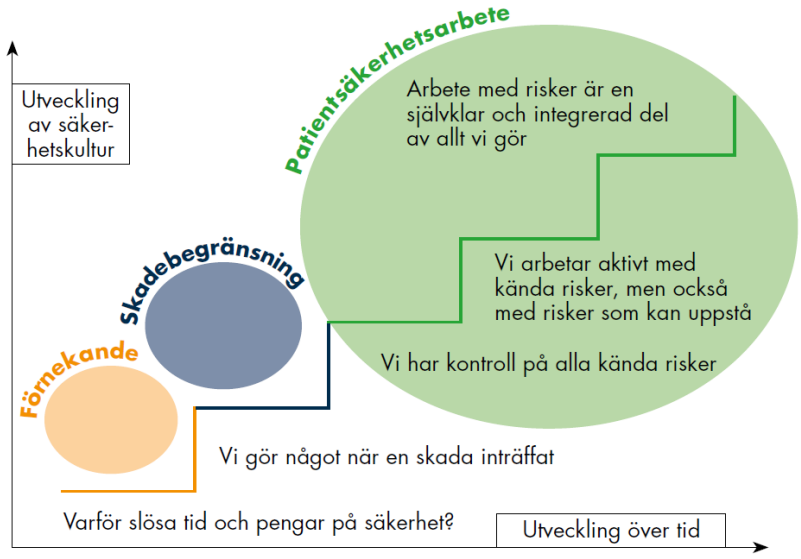
Prioriterade fokusområden

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Uppföljningen behöver återspegla utvecklingen i patientsäkerhetsarbetet

Handlingsplanen ska bidra till att ge förutsättningar för en gemensam syn på patientsäkerhet och vad som ingår i patientsäkerhetsarbetet. Det innebär en förflyttning av synen på och arbetet med patientsäkerhet uppåt i modellen i figur 1.

Figur 1. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg.



Källa: Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Den utveckling som eftersträvas i patientsäkerhetsarbetet med den nationella handlingsplanen har riktning från det reaktiva till ett mer proaktivt förhållningssätt. Uppföljningen ska spegla frånvaro av skada och närvaro av säkerhet och därför behöver uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet förändras jämfört med tidigare rapporter.

Flera perspektiv behöver speglas i uppföljningen

En stor del av dagens indikatorer och mått belyser aspekter av patientsäkerhet ur vårdgivarens och professionens perspektiv. Indikatorer som beskriver patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är saknas till stor del. Möjligheterna till uppföljning av patientsäkerheten inom andra verksamhetsområden än den somatiska slutenvården för vuxna har hittills varit begränsade. Det vill säga uppföljning som mäter förekomst av skador, vårdskador eller att de aktivt förebyggs samt patienter eller närståendes upplevelse av hur säker vården är. Den pågående omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder för att följa upp hur säker vården är.

I uppföljningen behöver flera olika perspektiv beaktas för att ytterligare balansera den indikatorbaserade uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet, se tabell 1. I flera av dessa områden saknas idag uppföljning eller datakällor och alla perspektiv kan därför inte återspeglas i denna rapport.

Tabell 1. Exempel på perspektiv för en balanserad indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

Verksamhetsperspektiv	Vårdperspektiv	Patientperspektiv	Resursperspektiv
Utöver områden som hittills följts upp lyfts i handlingsplanen också följande verksamheter som angelägna att följa upp: • Barnsjukvård • Kommunal hälso- och sjukvård • Primärvård • Psykiatrisk vård • Tandvård Ytterligare verksamheter som behöver beaktas: • Akutsjukvård • Hemsjukvård • Palliativ vård • Prehospital vård • Rehabilitering • Vissa delar av somatisk öppen och sluten vård • Vård och omsorg om äldre.	• Behandling • Diagnostik • Digitalisering och teknisk utveckling • Omvårdnad • Sjukdomsförebyggande insatser • Strukturer för samverkan och informationsöverföring.	• God vård: jämlik, effektiv, säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och individanpassad. • Patientrapporterade mått; PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures). • Personcentrering och patientdelaktighet. • Sammanhållen vård • Sjukdomsperspektiv: – inte bli sjuk – bli bättre – leva med sjukdom och funktionsnedsättning – vård i livets slutskede. • Åldersgrupper: – barn (0–17 år) – vuxna (18–67 år) – äldre (68 år och äldre).	• Arbetsmiljö och kompetensförsörjning • Dygn-, vecko- och årsvariation. • Effekter av strukturförändringar, t ex. omställningen till nära vård, prioriteringar, nya nationella direktiv och överenskommelser. • Ledning och styrning • Tillgång till exempelvis läkemedel, bemanning, kompetens m.m.

Struktur och ramverk för indikatorbaserad uppföljning

I rapporten ingår de befintliga indikatorer som har bedömts vara relevanta för patientsäkerhetsområdet. De ingår med data som tidigare redovisats i olika uppföljningar. Urvalet har gjorts utifrån ett antal principer för hur uppföljningen kan struktureras utifrån handlingsplanens fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden, dvs. ett uppföljningsramverk. Figur 2 är en del av uppföljningsramverket som utgår från de fyra grundförutsättningarna samt de fem prioriterade fokusområdena i handlingsplanen.

Figur 2. Ramverk för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet med indikatorer.

Styrande principer för uppföljningen

Handlingsplanen framhåller att indikatorer och mått som används för uppföljningen behöver spegla

- påverkbara omständigheter som inverkar på processer och som kan förändras för att göra vården säkrare, till exempel bemanning, kompetens och vårdplatser
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken omfattning det sker utveckling av riskmedvetenhet, analys, lärande och proaktivt arbete för säkerhet
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.

För att välja vilka indikatorer som kan ingå i indikatorbaserad uppföljning av säker vård utifrån syftet och inriktningen med den nationella handlingsplanen, har Socialstyrelsen formulerat styrande principer på en övergripande nivå för varje fokusområde. Dessa är ett stöd i urvalet av de mest relevanta indikatorerna. Den indikatorbaserade uppföljningen tar sin utgångspunkt i tre frågeställningar kopplat till ett tidsperspektiv.

- Har vården varit säker?
- Är vården säker här och nu?
- Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Indikatorerna i rapporten har bedömts med hänsyn till att de återspeglar säker vård kopplat till uppföljningsramverket. Rapporten ska ses som en första baslinjemätning med det urval av dagens befintliga indikatorer som bedöms bäst kunna belysa det systematiska patientsäkerhetsarbete som behöver uppnås för en god och säker vård överallt och alltid så att ingen patient behöver drabbas av vårdskador.

I tabellerna 2,3 och 4 illustreras kopplingen mellan de tre huvudfrågorna, de fem prioriterade fokusområdena och övergripande styrande principer som kan ge stöd i arbetet med att identifiera lämpliga indikatorer. Det urval av indikatorer som ingår i denna baslinjemätning har koppling till handlingsplanens mål och syfte. Under respektive fokusområde i rapportens resultatdel beskrivs de styrande principerna mer fördjupat, se även bilaga 2.

Tabell 2: Har vården varit säker?

Fokusområde	Övergripande principer för urval av indikatorer
Fokusområde 1 Öka kunskap om inträffade vårdskador	Indikatorer som mäter i vilken utsträckning patienter har drabbats av oönskade händelser, vårdskador och skador, av vilken typ dessa är och vilka konsekvenser de haft för patienterna. Här ingår också patienters, närståendes och involverade medarbetares upplevelse och erfarenheter av vårdskador och skador.

Tabell 3: Är vården säker här och nu?

Fokusområde	Övergripande principer för urval av indikatorer
Fokusområde 2 Tillförlitliga och säkra system och processer	Indikatorer som mäter i vilken utsträckning ett etablerat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns och tillämpas för en sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett var vården sker. Här ingår att mäta i vilken utsträckning rekommenderade rutiner och processer tillämpas i vården.
Fokusområde 3 Säker vård här och nu	Indikatorer som mäter organisationens förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den pågående verksamheten. Det handlar till exempel om att spegla organisationens förmåga till att göra situationsanpassningar vid händelser som ger förändrade förutsättningar.

Tabell 4: Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde	Övergripande principer för urval av indikatorer
Fokusområde 4 Stärka analys. lärande och utveckling	Indikatorer som avser att mäta faktorer som bidrar och stimulerar kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande och därmed öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården.
Fokusområde 5 Öka riskmedvetenhet och beredskap	Indikatorer som mäter hur långsiktiga risker identifieras, analyseras och bidrar till beredskap att hantera olika typer av framtida risker och proaktiv utveckling av organisationens strukturer och processer för en anpassningsbar, resilient och robust verksamhet och säker vård.

Om utvecklingsbehoven och att spegla den önskvärda förflyttningen i patientsäkerhetsarbetet

I kartläggningen av befintliga indikatorer har ett utvecklingsbehov av nya indikatorer identifierats. Indikatorer som än bättre ska kunna spegla de fyra grundförutsättningarna och förflyttningen i hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete mot ett mer aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete behövs.

En förutsättning för en behovsbaserad utveckling av uppföljningen av säker vård, med en strävan att verka för att vårdens administrativa börda inte ökar, är en bred samverkan och dialog mellan relevanta myndigheter, nationella aktörer och huvudmän. Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen. Det pågår också flera nationella satsningar och initiativ för att utveckla uppföljningen och redovisningen av data för hälso- och sjukvården och som är viktiga att beakta så att det skapas synergier och inte dubbelarbete.

Utöver de utvecklingsområden som beskrivs är denna rapport också ett stöd för att identifiera områden där fördjupade analyser behöver genomföras. Analyser som exempelvis kan förklara orsakssammanhang och variationerna mellan regioner och mellan kommuner samt identifiera behov av kunskapsstöd.

Metod

Ramverket som beskrivits ovan har varit ett underlag i kartläggningen och sedan vid urvalet av indikator som ingår i uppföljningen utifrån de tre huvudfrågeställningarna och de styrande principerna. Initialt har befintliga indikatorer kartlagts och en bedömning har gjorts av vilka som är relevanta utifrån ramverket att ingå i baslinjemätningen. Indikatorer som tidigare redovisats med data i olika uppföljningar återkommande har granskats. Till viss del har

även andra mått och mätningar som används för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet kartlagts, även om det inte finns fastställda indikatorer.

Kartläggningen har omfattat indikatorer som ingår inom befintlig indikatorproduktion 2019 till och med våren 2021. Indikatorerna redovisas och benämns vanligen som indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvården. Det finns flera versioner av indikatorerna och ibland olika datakällor med liknande indikatorer. I samband med urvalet av indikatorer fastställdes vilken version som skulle användas. Drygt 300 indikatorer har kartlagts, granskats och bedömts. Bedömningen innebar att identifiera de indikatorer som tydligast bidrar till att ge en bild av patientsäkerhetsområdet i nuläget baserat på innehållet i den nationella handlingsplanen. Indikatorer som kartlagts ingår vanligen i följande typ av rapportering:

- Öppna jämförelser
- Utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer
- Socialstyrelsens regeringsuppdrag, exempelvis Uppföljning av omställningen till en mer nära vård
- Socialstyrelsens årliga lägesrapporter
- Vården i siffror

Indikatorer inom de nationella kvalitetsregistren har inte kartlagts mer än att de som redovisas med data i Vården i siffror har granskats. Datakällor och indikatorer som ingått i kartläggningen framgår i bilaga 2.

Därefter har indikatorerna bedömts utifrån relevans inom uppföljningen av patientsäkerhetsområdet samt i relation till den nationella handlingsplanen, dvs. utifrån de tre huvudfrågorna, grundförutsättningar och fokusområdena. Dessutom identifierades områden där det finns behov av utveckling av nya indikatorer.

Denna indikatorbaserade uppföljning (se mer om metod i bilaga 3) är beskrivande till sin karaktär och fokuserar på att redovisa variationer i utfallet på nationell nivå, oftast med flerårig trend om möjligt, i regionerna respektive i kommunerna. Analyser för att identifiera orsakerna till dessa skillnader och variationer görs inte i den här rapporten, men den ger ett underlag för att identifiera sådana analysområden som kan vara av särskild vikt i regioner eller kommuner.

Socialstyrelsen har samverkat med NSG patientsäkerhet som samordnar och stödjer regionernas arbete med patientsäkerhet. Deras uppdrag omfattar bland annat att följa utvecklingen inom hälso-och sjukvården, att bevaka och driva utvecklingen inom patientsäkerhetsfrågor samt att samverka med andra nationella grupperingar inom patientsäkerhetsområdet. NSG patientsäkerhet ska bidra till kompetens inom patientsäkerhet för nationella programområden (NPO), och ge NPO ett underlag för hur de kan arbeta med patientsäkerhet i sitt område för att säkerställa att patientsäkra arbetssätt genomsyrar samtliga programområden.

God vård och omsorg för hela befolkningen

Principerna för urval av indikatorer för att spegla den önskvärda utvecklingen av patientsäkerhet, utifrån inriktningen i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, skiljer sig från andra indikatorbaserade uppföljningar

där i regel Socialstyrelsens samlingsbegrepp god vård och omsorg för hela befolkningen tillämpas utifrån följande sex dimensioner:

1. Vården och omsorgen ska vara *kunskapsbaserad* och baseras på bästa tillgängliga kunskap, och den ska bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
2. Vården och omsorgen ska vara *säker*. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
3. Vården och omsorgen ska vara *individanpassad* och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ha möjlighet att vara delaktig.
4. Vården och omsorgen ska vara *effektiv* och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
5. Vården och omsorgen ska vara *jämlik* och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
6. Vården och omsorgen ska vara *tillgänglig* och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Samlingsbegreppet god vård och omsorg, med de sex dimensionerna ovan som Socialstyrelsen använder i olika uppföljningssammanhang [6], baseras på internationella erfarenheter och har koppling till OECD:s ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet. Sedan 2006 har Socialstyrelsen årligen presenterat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Öppna jämförelser ska vara ett stöd för beslutsfattande på olika nivåer, för politiker och professionen, och är ett underlag i diskussionen om den gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdens framtida utformning och utveckling. Som kunskapssamordnande myndighet tar Socialstyrelsen även fram nationella riktlinjer som baseras på aktuell kunskap samt utvärderingar av följsamheten till de nationella riktlinjerna. Kunskapsstyrningen inom Socialstyrelsens rapportering i olika uppföljningar och utvärderingar ska säkerställa att den bästa tillgängliga kunskapen tillämpas.

Den här rapporten utgår från det uppföljningsramverk som har tagits fram och speglar dimensionen säker vård.

Kriterier vid bedömning av indikatorer

En indikatorbaserad uppföljning inom Socialstyrelsens uppföljningar och utvärderingar innebär att det sker en bedömning och urval av indikatorer utifrån följande sex kriterier:

1. Indikatorn ska ange riktning, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.
2. Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.
3. Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.

4. Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
5. Indikatorn ska vara påverkbar så att huvudman eller utförare kan påverka indikatorns utfall.
6. Indikatorn ska vara mätbar och den ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Av dessa kriterier är det av särskild vikt att indikatorn kan bidra med att identifiera en uttalad riktning, det vill säga, att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet och/eller effektivitet.

Typer av indikatorer

Det finns olika typer av indikatorer som belyser olika aspekter inom olika verksamhetsområden. I synnerhet finns det tre typer av indikatorer som förekommer i uppföljningar: resultat, process och struktur. Tillsammans kan de bidra med att ge en inblick i vårdens resultat, processer och strukturella förutsättningar och förklara och identifiera orsaker till den lägesbild som kan ses.

Resultatindikatorer ska spegla utfall för en patientgrupp utifrån uppställda mål, dvs. summan av allt som genomförts i vården och som utmynnar i ett resultat som är ändamålsenligt för patientgruppen.

Processindikatorer ska spegla aktiviteter som utförs. Det kan vara relevant att följa upp en specifik behandling som har god evidens och enligt rekommendationer är baserad på kunskap eller forskning. De nationella kvalitetsregistrens uppbyggnad och utveckling har medfört att fler rekommendationer kan följas över tid. Följsamhet till rekommendationer som också kan innebära belysning av vårdprocesser som innebär att patienterna ges en säker vård.

Strukturindikatorer ska spegla påverkbara förutsättningar som exempelvis lokaler, personal och kompetens. Dessa olika förutsättningar kan påverka vårdprocesserna, resultaten och hur säker vården därmed blir. Det kan handla om kvaliteten i hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning, tillgången till vårdplatser och personal samt journalsystemens funktionalitet.

Vårdens innehåll och inriktning styrs av regionernas respektive kommunernas politiska mål under mandatperioderna, prioriteringar på olika nivåer och fördelning av resurser på kort och lång sikt. Många faktorer påverkar variationerna i de utfall vi ser som till exempel befolkningsstruktur, ålderssammansättning, folkhälsa, sjukdomsbörda och förändringar av organisation och behandlingsformer.

Indikatorer skiljer sig från andra typer av bakgrundsmått eller nyckeltal på grund av de krav eller kriterier som ställs på en indikator. Mått eller nyckeltal har oftast inte någon angiven riktning men kan vara viktiga att följa upp och bevaka över tid. Befolkningsstruktur och andra geografiska förutsättningar är exempel på bakgrundsmått, och gemensamt för dessa mått kan vara att de är svåra att påverka. De kan i vissa fall användas för att ge ytterligare förklaring till en indikators utfall och variationer som kan ses i utfallet. I rapporten ingår ett antal bakgrundsmått.

Översikt av indikatorer som ingår i rapporten

De 55 indikatorer och mått som ingår i den här baslinjemätningen kan ses i tabellerna 5-9 utifrån de övergripande frågeställningarna, vilket fokusområde som berörs, typ av indikator samt datakälla.

Översikten avser att ge en lägesbild av urvalet baserat på kartläggningen i den här baslinjemätningen. Med en baslinjemätning menas inte att den utgår från en bestämd tidsperiod för alla indikatorer men ambitionen är att alltid eftersträva att redovisa det senaste utfallet för alla datakällor. Omfattningen varierar mellan fokusområdena och visar på en avsaknad av befintliga indikatorer inom vissa fokusområden. Syftet är även att översikten ska vara ett underlag i den fortsatta uppbyggnaden av det långsiktiga systematiska uppföljningsarbetet kopplat till uppföljningsramverket som beskrivits ovan.

I översikten blir det även tydligt att det finns behov av att utveckla nya indikatorer och datakällor inom patientsäkerhetsområdet utifrån den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som är önskvärd utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Med datakällor menas här de som tillhandahåller och förvaltar data som kan användas i olika uppföljningssammanhang. Det kan vara olika nationella kvalitetsregister men även myndigheter eller organisationer som också förvaltar register.

Denna rapport redovisar data på riks-, region- och kommunnivå samt data uppdelat på kön och utbildningsnivå när så är möjligt. Rapporten ska inte ses som ett sammanfattande betyg av hur säker vården är utan som en ansats att genom ett balanserat urval av indikatorer belysa några aspekter av regionernas och kommunernas arbete för en säker vård.

Tabell 5: Har vården varit säker?

Fokusområde 1		
Indikatorer och bakgrundsmått	**Typ av indikator**	**Datakälla**
Vårdskador, skador och oönskade händelser		
1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård	Bakgrundsmått	Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner.
2. Vårdtillfällen medskador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri	Bakgrundsmått	Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner.
3. Neonatal dödlighet	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgarpoäng)	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
7. Återinläggning efter förlossning	Resultat	Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom	Resultat	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Fokusområde 1		
9. Oönskade händelser efter höftprotesoperation (reviderad)	Resultat	Svenska höftprotesregistret, Patientregistret, Socialstyrelsen
10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder (vuxna)	Resultat	Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
Oplanerade återinskrivningar		
11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre, bland multisjuka äldre samt bland de mest sjuka (äldre 65 år och äldre)	Resultat	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Dödsorsaksregistret, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen
12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning	Resultat	Svenska Intensivvårdsregistret (Öppna data från Vården i siffror.)
Trycksår		
13. Patienter med förekomst av trycksår i slutenvård	Resultat	Punktprevalensmätning, Sveriges Kommuner och Regioner. (Öppna data från Vården i siffror.)
14. Trycksår hos riskpatienter	Resultat	Punktprevalensmätning, Sveriges Kommuner och Regioner. (Öppna data från Vården i siffror.)
15. Patienter med förekomst av trycksår inom vård och omsorg samt hemsjukvård	Resultat	Punktprevalensmätning, Senior alert
Vårdrelaterad infektion		
16. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård	Resultat	Punktprevalensmätning, Sveriges Kommuner och Regioner. (Öppna data från Vården i siffror.)
17. Patienter med vårdrelaterad infektion genom journalgranskning	Resultat	Markörbaserad journalgranskning, Sveriges Kommuner och Regioner.
18. Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård	Resultat	Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ) (Öppna data från Vården i siffror.)
19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre	Resultat	Senior alert, Folkhälsomyndigheten

Tabell 6: Är vården säker här och nu?

Fokusområde 2		
Indikatorer och bakgrundsmått	**Typ av indikator**	**Datakälla**
Förebyggande arbetssätt		
20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning
21. Fallprevention	Resultat	Patientregistret, Registret för insatser inom kommunal hälso-

Fokusområde 2		
		och sjukvård, registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, registret över insatser enligt lagen om stöd till vissa funktionshindrade
22. Förebyggande åtgärder (fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa)	Process	Senior alert
23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	Struktur	Punktprevalensmätning, Sveriges Kommuner och Regioner.
24. Rutin för att förebygga försämrat allmäntillstånd - hemtjänst	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans	Process	AmbuReg – kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård. (Öppna data från Vården i siffror.)
Läkemedelsgenomgång		
26. Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
27. Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång	Struktur	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019
28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre	Bakgrundsmått	Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Teambaserad vård		
29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada	Process	Patientregistret, Socialstyrelsen
30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer	Process	Nationella lungcancerregistret. (Öppna data från Vården i siffror.)
31. Brytpunktssamtal	Process	Svenska palliativregistret. (Öppna data från Vården i siffror samt Öppna jämförelser. Vård och omsorg. 2020. Socialstyrelsen)
32. Användning av checklista för säker kirurgi	Process	Svenskt perioperativt register (SPOR). (Öppna data från Vården i siffror.)
33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke (Öppna data från Vården i siffror.)
34. Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke. (Öppna data från Vården i siffror.)
Antibiotikaanvändning		
35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
36. Antibiotikaanvändning i tandvården	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Patientrapporterade erfarenheter		
37. Kontinuitet och koordinering	Process	Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner
38. Delaktighet och involvering	Resultat	Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Tabell 7: Är vården säker här och nu?

Fokusområde 3		
Indikatorer	**Typ av indikator**	**Datakälla**
Överbeläggningar och utlokaliseringar		
39. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård	Struktur	Sveriges Kommuner och Regioner.
40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i allmän psykiatrisk slutenvård	Struktur	Sveriges Kommuner och Regioner.
41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist	Struktur	Svenska Intensivvårdsregistret
Vård inom rätt tidsintervall		
42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök	Process	Patientregistret, Socialstyrelsen
43. Tid till operation vid höftfraktur	Process	Rikshöft. (Öppna data från Vården i siffror.)
44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke	Process	Riksstroke – Nationella kvalitetsregistret för stroke. (Öppna data från Vården i siffror.)
45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – barn och ungdomspsykiatrin (bup)	Process	Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner. (Öppna data från Vården i siffror.)
46. Responstid för ambulans	Process	SOS Alarm (Öppna data från Vården i siffror.)
Kompetens		
47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning

Tabell 8: Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde 4		
Indikatorer	**Typ av indikator**	**Datakälla**
Uppföljning och analys i samverkan		
48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning
49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete	Struktur	Öppna jämförelser 2020. Enkät till kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten, kommunundersökning

Tabell 9: Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde 5		
Indikatorer	**Typ av indikator**	**Datakälla**
Riskfylld läkemedelsbehandling		
50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion.	Bakgrundsmått	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion	Bakgrundsmått	PrimärvårdsKvalitet (Öppna data från Vården i siffror.)
52. Äldre med läkemedel som bör undvikas	Resultat	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre	Process	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela åk 9	Resultat	Läkemedelsregistret och Registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen
Kompetens		
55. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Bakgrundsmått	Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen

Rapportens disposition och bilagor

Rapporten består att fem delar. En inledning del som beskriver förutsättningar och bakgrund till uppdraget samt beskrivningar och definitioner av centrala begrepp. Resultatdelen är indelad i tre delar utifrån frågeställningarna och som därefter följs av en sammanfattande diskussions del.

Varje indikator och mått redovisas med data i en eller flera figurer tillsammans med en förklarande text om utfall och variationer.

Till rapporten hör fem bilagor varav bilaga 4 och 5 delges i elektronisk form på Socialstyrelsens hemsida.

- Bilaga 1. Förkortningar.
- Bilaga 2. PM med styrande principer.
- Bilaga 3. Metodbeskrivning.
- Bilaga 4. Indikatorbilaga med indikatorbeskrivningar som berör data som redovisas i denna rapport.
- Bilaga 5. Indikatorbilaga med indikatorer relevanta inom patientsäkerhet.

Har vården varit säker?

Fokusområde 1: Förekomst av skador och vårdskador

Fokusområdet syftar till att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador och ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå och därmed förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder. En del i detta är att vårdgivare efterfrågar och använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter. För att uppnå detta krävs adekvata metoder för identifiering och mätning av vårdskador, eller risk för sådana händelser, med metoder som är anpassade utifrån verksamhetens förutsättningar.

I fokusområde 1 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning patienter har drabbats av oönskade händelser, vårdskador och skador, av vilken typ dessa är och vilka konsekvenser de haft för patienterna. Här ingår också patienters, närståendes och involverade medarbetares upplevelser och erfarenheter av vårdskador och skador.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta vårdskador avser mätning av skador som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits (för definition av vårdskada se 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL).
- Att mäta skada avser mätning av något som varit negativt eller medfört en negativ effekt för patienten men där bedömning inte gjorts om det var undvikbart. Ibland kan det inte fastställas om vården hade kunnat påverka utfallet. Det innefattar även det som benämns komplikationer och oönskade händelser (med ett engelskt uttryck adverse events).
- Att mäta patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av komplikationer, oönskade händelser och skador samt hur klagomål och synpunkter dokumenteras och tillvaratas.
- Att mäta personalen uppfattning och erfarenhet av konsekvenser och stöd i samband med oönskade händelser och inträffade vårdskador.

Utvecklingsområden

Kartläggningen av indikatorer visar att det saknas indikatorer för vissa punkter som ingår i principer för urval och där möjlighet till uppföljning är angelägen. Det pekar på ett utvecklingsbehov. Nedanstående punkter är identifierade utvecklingsområden:

- Utveckla metoder och datakvalitet för att identifiera och mäta vårdskador och skador inom alla typer av vårdverksamhet och diagnosområden liksom inom diagnostik, omvårdnad och rehabilitering.
- Utveckla uppföljningen av patienters och närståendes upplevelse, som kan vara klagomål och synpunkter, och av insatser för stöd och återkoppling i samband med att vårdskador och skador inträffat.
- Utveckla uppföljningen av personalens upplevelse av, och insatser för, stöd i samband med oönskade händelser och vårdskador.

Om redovisningen för fokusområdet

I avsnittet redovisas indikatorer som visar utfall av vårdskador, skador och oönskade händelser. Utifrån genomförd kartläggning av befintliga indikatorer så speglas till stor del somatisk sjukhusvård i indikatorurvalet.

Vårdskador, skador och oönskade händelser

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård
2. Vårdtillfällen medskador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri
3. Neonatal dödlighet
4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)
5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor
6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1
7. Återinläggning efter förlossning
8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom
9. Oönskade händelser efter höftprotesoperation
10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder (vuxna)

1. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk sluten vård

Grunden för allt förbättringsarbete är att identifiera och analysera oönskade utfall i syfte att finna orsakerna, vidta åtgärder och att utvärdera effekten. Ett sätt att identifiera vårdskador och att utvärdera effekten av åtgärder är att använda strukturerad journalgranskning.

En metod för strukturerad journalgranskning på sjukhus- och kliniknivå i Sverige är markörbaserad journalgranskning (MJG), som är en svensk anpassning av en metod från USA [7, 8]. Vid MJG granskas slumpvis utvalda

journaler från vård för vuxna patienter. Skador som identifieras vid granskningen klassificeras avseende allvarlighetsgrad, typ av skada och undvikbarhet, dvs. hur sannolikt det är att skadan hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Dessa bedömningar görs av sjukhusens granskningsteam som består av särskilt utbildade sjuksköterskor och läkare. Många faktorer påverkar förekomsten av skador och vårdskador, vilket innebär att jämförelser mellan regioner ska göras med viss försiktighet. Omfattningen av journaldokumentationen påverkar möjligheten att identifiera skador och vårdskador och även om handboken ger metodstöd så är bedömningen av skador kvalitativ, vilket kan ge viss variation i granskningsteamens bedömningar.

Granskning med MJG av journaler från slumpvis utvalda sjukhusvårdtillfällen i somatisk vård för vuxna patienter visar att skador och vårdskador är vanligare inom kirurgisk verksamhet än inom medicinsk verksamhet och vanligare hos män än hos kvinnor. Förekomsten av skador och vårdskador ökar med stigande ålder hos patienterna och med vårdtidens längd [9].

Mellan 2013 och 2019 minskade andelen vårdtillfällen med skada från 13,1 till 11,7 procent och andelen vårdtillfällen med vårdskador från 8,7 till 7,1 procent. Vårdrelaterad infektion, skada i samband med kirurgi, överfylld urinblåsa, läkemedelsorsakad skada och trycksår är de vanligaste skadetyperna. Årliga rapporter om skadeförekomst kan, tillsammans med ökande uppmärksamhet på patientsäkerhetsfrågor, ha bidragit till minskande skadeförekomst.

Frekvensen vårdskador är cirka 60 procent högre för patienter som vårdas på utlokaliserad vårdplats. Andelen vårdtillfällen på utlokaliserad vårdplats vid universitetssjukhus, där patienten får en vårdskada, var 17 procent 2019, vilket var en ökning från 11 procent 2016. Andelen vårdtillfällen på utlokaliserad vårdplats vid övriga sjukhus har minskat från 16 procent 2015 till 9 procent 2019. Andelen av alla vårdtillfällen som sker på utlokaliserad vårdplats har successivt ökat på universitetssjukhusen, vilket kan innebära att en större andel av patienterna som utlokaliseras har medicinska behov som inte fullt ut kan tillgodoses på utlokaliserade vårdplatser. Skadefrekvensen är högre på universitetssjukhus än på andra typer av sjukhus, vilket bland annat kan bero på större andel av kirurgisk vård på dessa sjukhus. Variationen mellan universitetssjukhusen är dock stor. Vårdtiden för patienter som fått en vårdskada är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon vårdskada. Av de patienter som 2018 återinskrivs i somatisk slutenvård inom 30 dagar från ett annat slutenvårdstillfälle, hade 14 procent en vårdskada medan andelen patienter med vårdskada av de som inte återinskrivs var 6 procent. Den vanligaste skadan är VRI. 75 procent av de patienter som återinskrivs är över 65 år och andelen återinskrivningar ökar med stigande ålder [9].

I 0,1 procent av vårdtillfällena har en vårdskada bidragit till att patienten avlidit. Vårdrelaterade infektioner, svikt i vitala funktioner, läkemedelsorsakad skada och skada som en följd av kirurgisk åtgärd är de skadetyper som oftast bidrar till dödsfall [10].

I figuren nedan (1.1) redovisas skador respektive vårdskador under åren 2013–2019. Skador består av summan undvikbara och icke-undvikbara skador. Vårdskador (dvs. undvikbara skador) är en delmängd av det totala antalet skador [9]. Sammanlagt 98 679 vårdtillfällen inom sluten somatisk vård för vuxna har granskats under perioden januari 2013–december 2019.

Efter gemensamt beslut vid SKR halverades från 2015 antalet granskade vårdtillfällen per sjukhus. Det totala antalet granskade vårdtillfällen per år visas i figuren. För perioden 2013-2019 kan en liten minskning ses avseende andel vårdtillfällen med undvikbara skador, dvs. vårdskador. Med tanke på att utfallet för 2019 inte redovisar alla regioner så ska utfallet för det året tolkas med viss försiktighet.

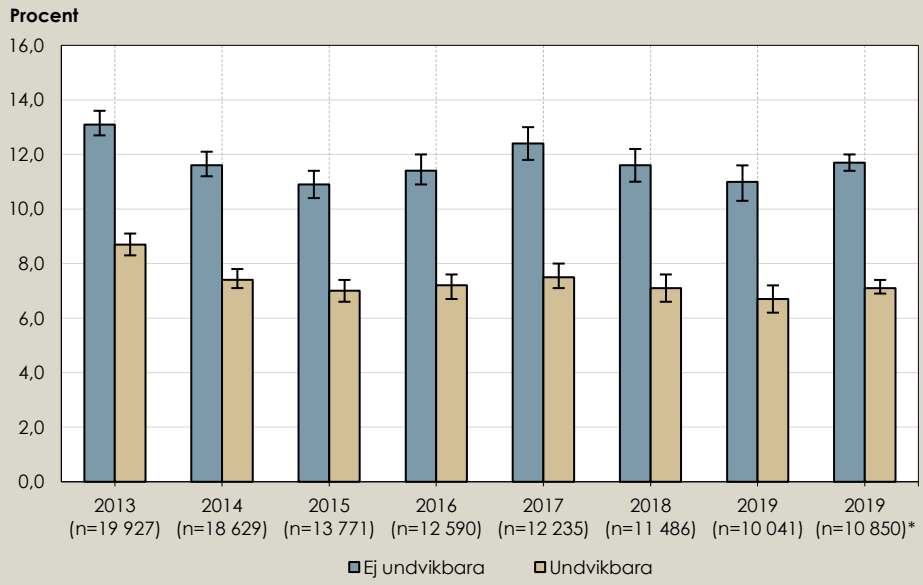
I figuren nedan (1.2) visar fördelningen mellan olika skadetyper samt vad som utgör skador samt hur stor andel av skadorna som är vårdskador. Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste typen av skada. De skadetyper där störst andel av skadorna har bedömts vara vårdskador är trycksår, överfylld urinblåsa och fallskada.

I figuren nedan (1.3) redovisas andelen vårdtillfällen med vårdskada vid vård på utlokaliserad vårdplats respektive på ej utlokaliserad vårdplats för åren 2013–2019. Vårdskadorna bland utlokaliserade patienter har minskat något i omfattning mellan åren 2015 till 2019.

I figuren nedan (1.4) redovisas andelen vårdtillfällen med vårdskada vid vård på utlokaliserad vårdplats fördelat på universitetssjukhus samt övriga sjukhus. En ökning kan ses på universitetssjukhusen över tid från 2016 och framåt.

Figur 1.1. Skador respektive vårdskador inom somatisk slutenvård

Andel vårdtillfällen med skador (ej undvikbara) respektive vårdskador (undvikbara) fördelat över år.

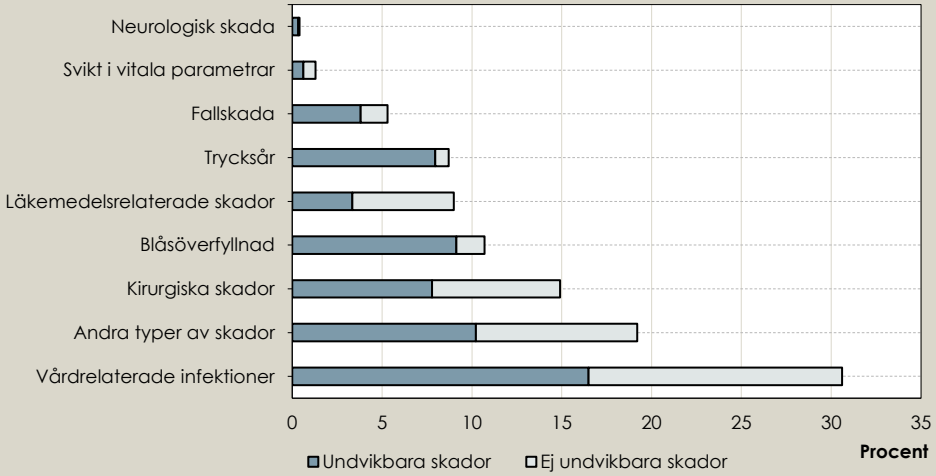


* Region Västernorrland och Region Östergötland ingår med 2018 års siffror

Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 1.2. Olika skadetyper inom somatisk slutenvård

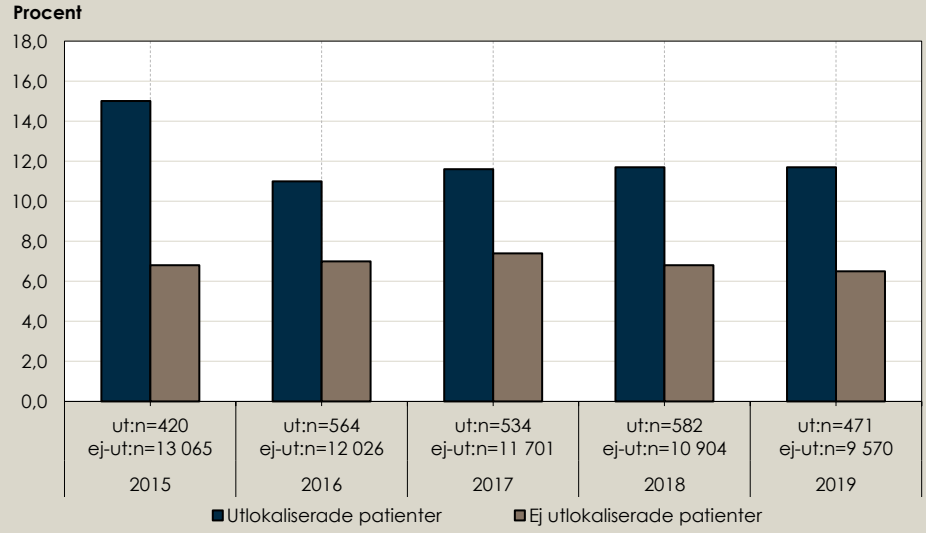
Andel skador fördelat på skadetyp och andel skadetyp som utgör vårdskada av alla skador, 2019.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 1.3. Vårdskador och utlokalisering inom somatisk slutenvård

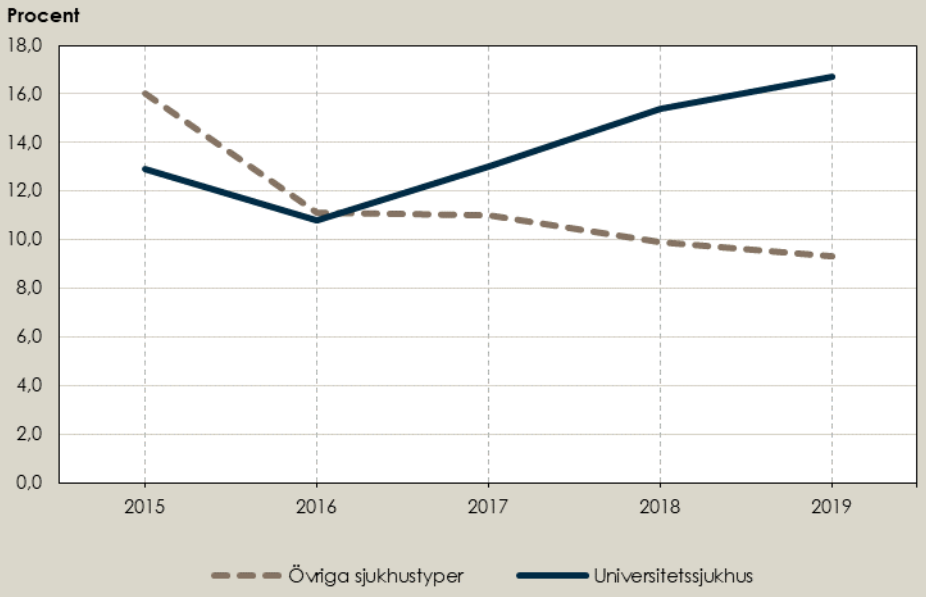
Andel vårdtillfällen med vårdskador hos utlokaliserade respektive ej utlokaliserade patienter under perioden 2015–2019.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 1.4. Vårdskador och utlokalisering utifrån sjukhustyp

Andel vårdtillfällen med vårdskador för utlokaliserade patienter per år och sjukhustyp



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

2. Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri

Under ett halvår 2017 och fortlöpande sedan 2018 har journalgranskning med MJG anpassad för psykiatri genomförts i 20–21 regioner. Vid MJG i psykiatri granskas patientens öppen- och slutenvård under en sammanhängande 3-månadersperiod.

I 15,5 procent av granskade journaler inom allmänpsykiatrisk vård för vuxna identifierades skador. Av skadorna bedömdes 37 procent vara undvikbara eller sannolikt undvikbara.

Fördelningen av diagnoser i psykiatrisk vård skiljer sig mellan könen, liksom typen av skador och vårdskador som inträffar. Avsiktligt självdestruktiv handling förekommer betydligt oftare hos unga kvinnor. Skadetypen bedöms vara undvikbar i 20 procent, vilket är en lägre andel av undvikbarhet än för övriga skadetyper. Sammantaget hade kvinnor skador i 18,3 procent av granskade journaler. För män var motsvarande siffra 12,6 procent. Av samtliga skador bedömdes 37 procent ha varit undvikbara. För kvinnor sågs vårdskador i 8,2 procent av journalerna och hos män i 4,9 procent. Avsiktligt självdestruktiv handling, förlängt sjukdomsförlopp, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada var de vanligaste skadetyperna.

Inom rättspsykiatrisk vård identifierades skador i 25 procent av journalerna, vilket är ungefär samma mönster som kan ses nedan i det här avsnittet som berör skador och vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri. Av skadorna bedömdes 33 procent som undvikbara. Läkemedelsrelaterad skada, avsiktligt självdestruktiv handling och psykisk skada var vanliga skadetyper [11, 12].

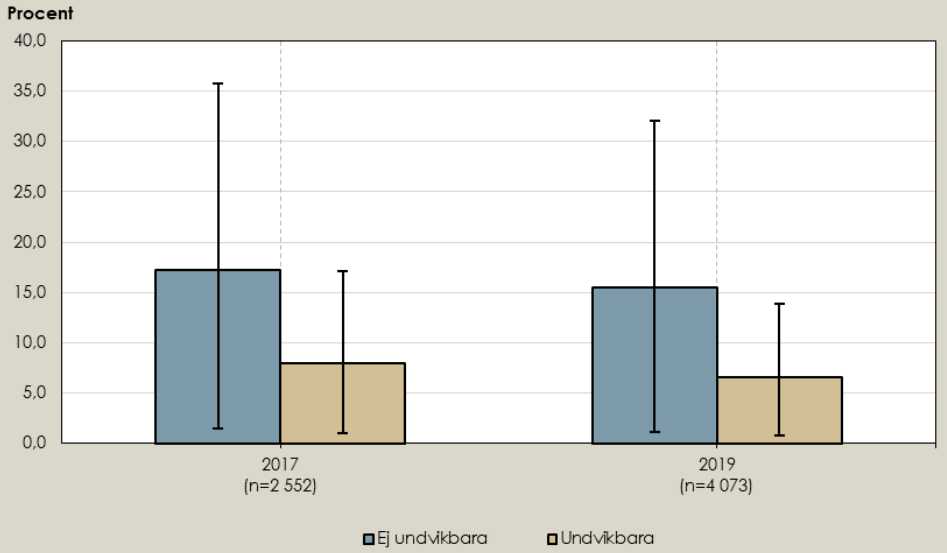
I figuren nedan (2.1) redovisas andelen granskade journaler med skador respektive vårdskador under 2017 samt 2019 inom allmän vuxen psykiatrisk vård. Skador består av summan undvikbara och icke-undvikbara skador. Vårdskador (dvs. undvikbara skador) är en delmängd av det totala antalet skador. Med tanke på de stora konfidensintervallen ska utfallen tolkas och analyseras med försiktighet. Totalt antal granskade vårdtillfällen för 2017 var 2 552 och för år 2019 var antalet 4 073. Inom allmänpsykiatri i öppen- och slutenvården identifierades 6,6 procent under 2019 som vårdskador. En liten minskning från 8,0 procent 2017.

I figuren nedan (2.2) redovisas andel vårdtillfällen i allmän psykiatrisk vård för vuxna med skada (ej undvikbar skada) respektive vårdskada (undvikbar skada) fördelat på åldersgrupper och kön. Kvinnor har något högre andel både skador och vårdskador, i synnerhet i de yngre åldrarna.

I figuren nedan (2.3) redovisas fördelningen mellan olika skadetyper inom allmän psykiatrisk vård för vuxna, dvs. med skador totalt (dvs. både undvikbara och ej undvikbara skador) fördelat på åldersgrupper och kön. Kvinnor har ett något högre utfall av skador inom flera skadetyper och speciellt vad gäller avsiktligt självdestruktiv handling.

Figur 2.1. Skador respektive vårdskador inom inom allmän vuxenpsykiatri

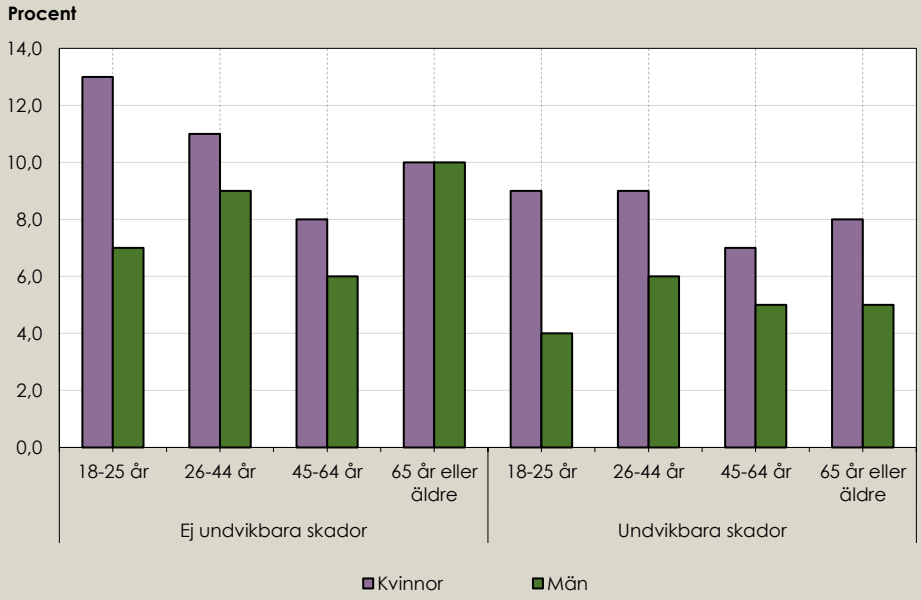
Andel vårdtillfällen med skador (ej undvikbara) respektive vårdskador (undvikbara) fördelat över år.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 2.2. Skador respektive vårdskador inom allmän vuxenpsykiatri

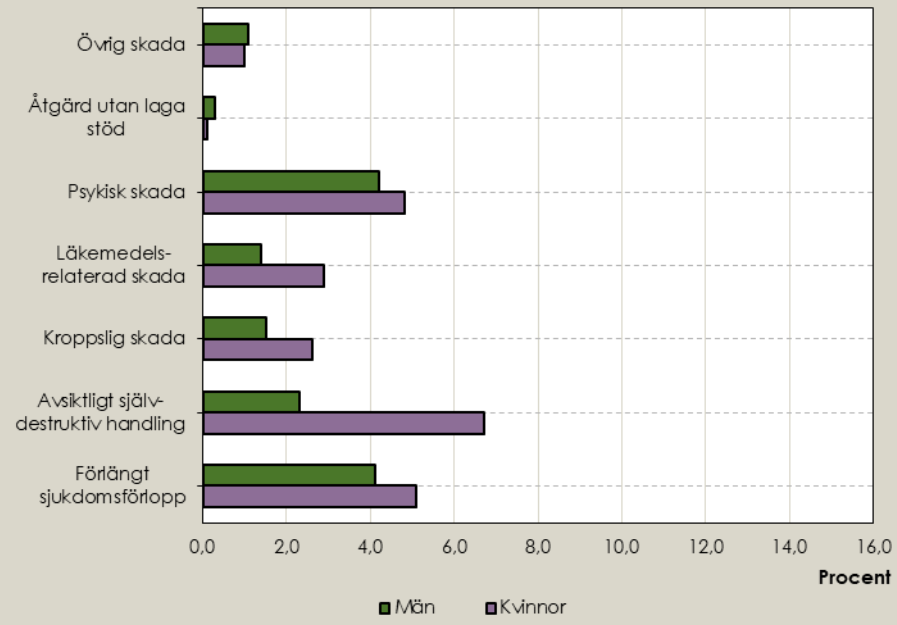
Andel vårdtillfällen med skador respektive vårdskador (undvikbara skador) fördelat på kön och ålder, 2019.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 2.3. Olika skadetyper inom allmän vuxenpsykiatri

Andel skador fördelat på skadeområde och kön, 2019.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

3. Neonatal dödlighet

Om ett barn lever vid födelsen men avlider inom 28 dagar efter förlossningen definieras det som neonatal död. En vanlig orsak till neonatal död är att barnet är för tidigt fött. Ofta har de barn som dör under neonatalperioden en sjukdom eller missbildning.

Förekomsten av neonatal dödlighet har stadigt minskat i omfattning i Sverige de senaste decennierna. Från att ha legat på nivåer om cirka 5 neonatalt döda per 1 000 levande födda barn i början av 1980-talet har den neonatala dödligheten stadigt minskat. Sedan år 2005 har den legat stabilt på en nivå med färre än 2 neonatalt döda per 1 000 levande födda varje år. Den neonatala dödligheten är låg i Sverige jämfört med övriga Europa. Även vid större internationella jämförelser hamnar Sverige bland de länder som har den lägsta neonatala dödligheten [13-15].

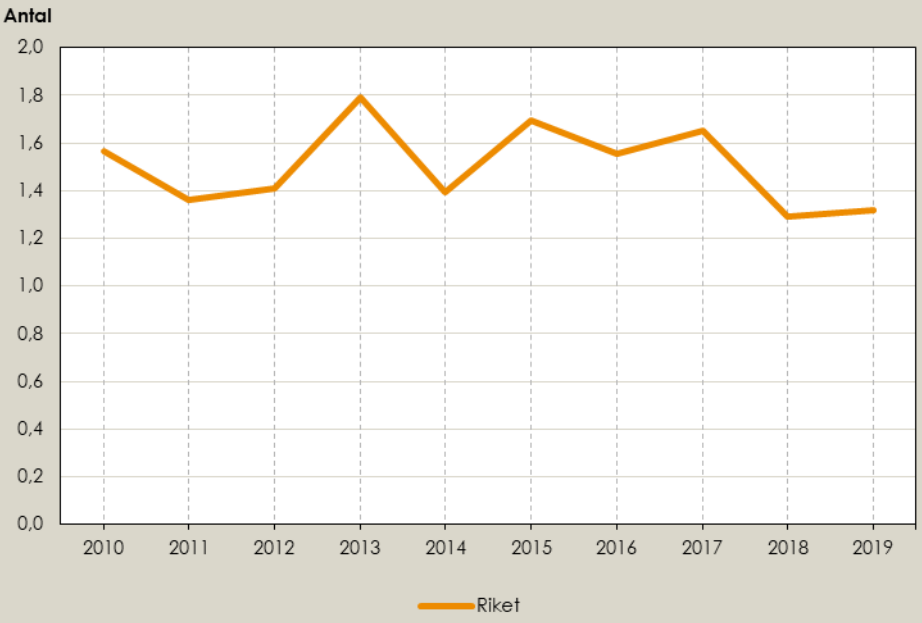
Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet. Omhändertagandet vid förlossning kan i större utsträckning än tidigare anpassas efter behov, eftersom riskpatienter allt oftare kan identifieras före förlossningen genom prenatal diagnostik. Detta resulterar i en minskad neonatal dödlighet [16].

Vidare har framsteg inom peripartal- och neonatalvården (bland annat användande av antenatala steroider, surfaktantbehandling, förbättrad teknik vid ventilering samt vid förlossning av extremprematurer och centraliserad vård för extremprematurer) resulterat i en minskad dödlighet bland även mycket tidigt födda barn i Sverige [15, 17].

Indikatorn redovisar antalet neonatalt döda barn per 1 000 levande födda under perioden 2015–2019. I figuren nedan (3.1) för riket som helhet uppgick den neonatala dödligheten till 1,3 barn per 1 000 levande födda 2019, vilket motsvarar 150 barn. Mellan regionerna (figur 3.2) varierade antalet från 0,9 till 2,8 per 1 000 levande födda, vilket endast skiljer sig marginellt från föregående mätperiod. Den statistiska osäkerheten är stor, eftersom de faktiska värdena är mycket små. Detta är också skälet till att siffrorna redovisas för fem år sammantaget. Ingen tydlig trend kan ses på riksnivå när det gäller antalet neonatalt döda barn.

Figur 3.1. Neonatal dödlighet

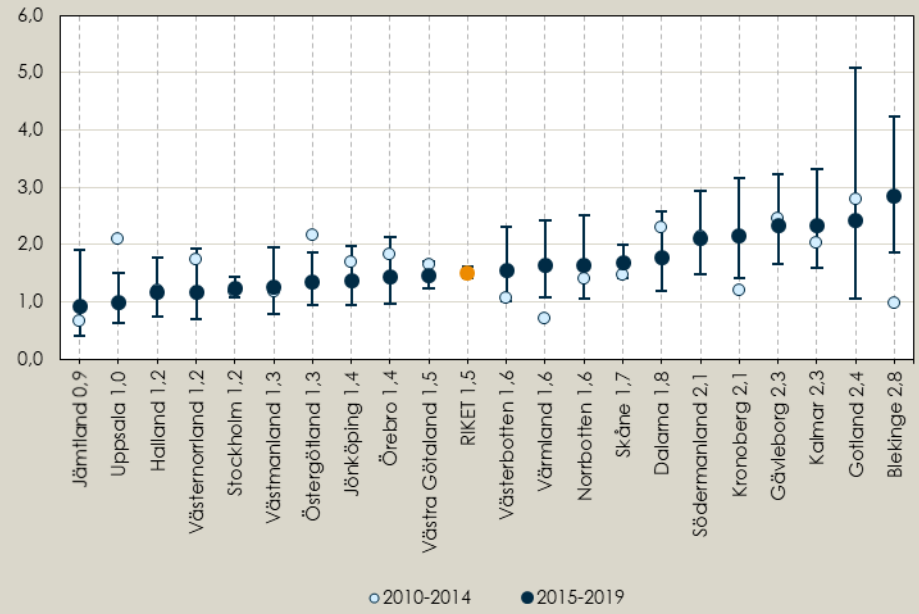
Antal döda barn inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden. Mätperioden är fem år, där det redovisade årtalet är det sista av dessa.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 3.2. Neonatal dödlighet

Antal döda barn inom 28 dygn per 1 000 levande födda barn. Åldersstandardiserade värden. Mätperioden är fem år, där det redovisade årtalet är det sista av dessa.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

På senare tid har konstaterats att kunskaperna är begränsade när det gäller såväl förekomsten som risken för undvikbara skador i samband med neonatal vård. Studier visar att det inom neonatalvården har varit vanligare att tala om

”komplikationer”, vilket i regel inte väcker samma tankar kring riskreducering och undvikbarhet [18]. Enligt två rapporter (från Svenskt Neonatalt kvalitetsregister samt SKR) riskerar otillräckliga kunskapsunderlag och en relativt svag kunskapsstyrning att bidra till skillnader i neonatalvården i olika delar av landet [18, 19].

Förbättringsmöjligheterna är stora och flera initiativ har tagits på området. Tidigare har Socialstyrelsen noterat att det finns generell förbättringspotential avseende de neonatala transporterna samt regionala skillnader i utfall i form av vissa komplikationer [20]. SKR har publicerat en metodbeskrivning för markörbaserad journalgranskning (MJG) i barnsjukvården i syfte att bättre kunna identifiera och mäta skador i vården [21]. Användning av den metoden skulle kunna ge värdefull kunskap om förekomst av vårdskador. Neonatalregistret bedriver även viss forskning på vårdskadeområdet [18, 19]. Det har även konstaterats att det finns ett behov av att se över nuvarande kunskapsstöd för området samt att genomföra sådana insatser som stärker implementeringen av kunskapsstöd [22].

4. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Apgar är ett poängsystem som används för att bedöma hälsotillståndet hos nyfödda. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier: hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng. Bedömningen görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Lägsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är 0 och högsta möjliga poäng är 10. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under 4 poäng eller under 7 poäng vid fem minuters ålder.

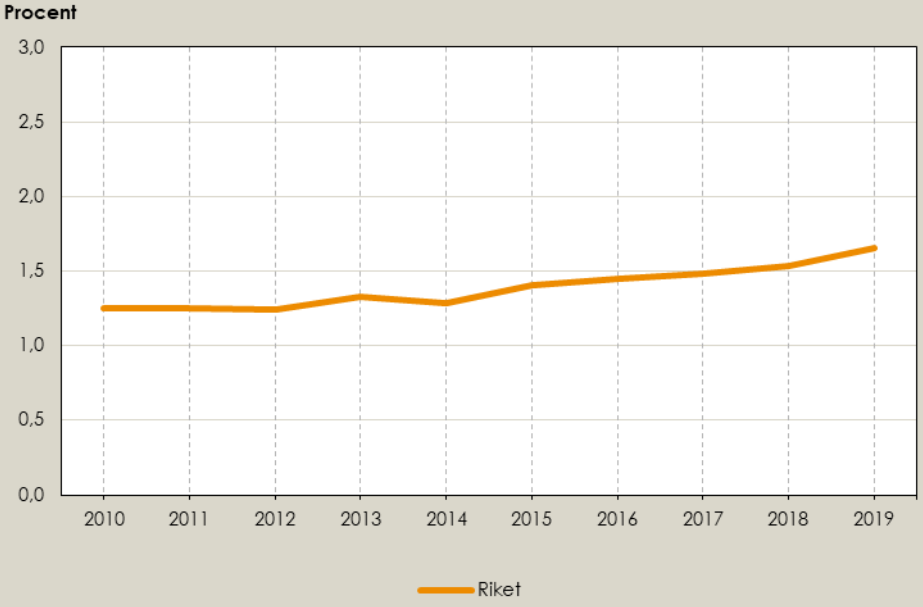
Flera faktorer kan leda till låg Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Apgarbedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Syrebristen kan vara orsakad av komplikationer i moderkakan, navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning [23]. Orsaken kan också vara att barnet påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga poäng. Studier visar bland annat att ju lägre Apgar-poäng hos barnet vid fem respektive tio minuter efter födseln, desto större är risken att drabbas av epilepsi och cerebral pares (CP-skada) [24-27]. Att arbeta aktivt med ett barn som inte har full Apgar-poäng efter fem minuter, kan dock förbättra barnets utsikter betydligt [28]. Tillgänglig kompetens och välfungerande teamarbete har avgörande betydelse för utgången vid livräddande insatser för nyfödda.

Indikatorn redovisar andelen barn som fem minuter efter födelsen har en Apgar-poäng under 7. Då de faktiska värdena är mycket små redovisas data i form av femårsperioder för att få en större säkerhet i siffrorna. I figur 4.1 redovisas utfallet per år för riket och en svag uppgång kan ses. Dessutom redovisas andelen barn med en Apgar-poäng lägre än 7 vid fem minuters ålder, för riket i figur 4.2 och uppgick till knappt 1,5 procent för den studerade perioden 2015–2019 sammantaget, vilket innebär en ökning sedan föregående

mätperiod (figur 4.2). Mellan regionerna varierade andelen från 1,2 till 2,5 procent (figur 4.2). Att andelen barn med låg Apgar-poäng har ökat något de senaste åren framgår även av rikstrenden.

Figur 4.1. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

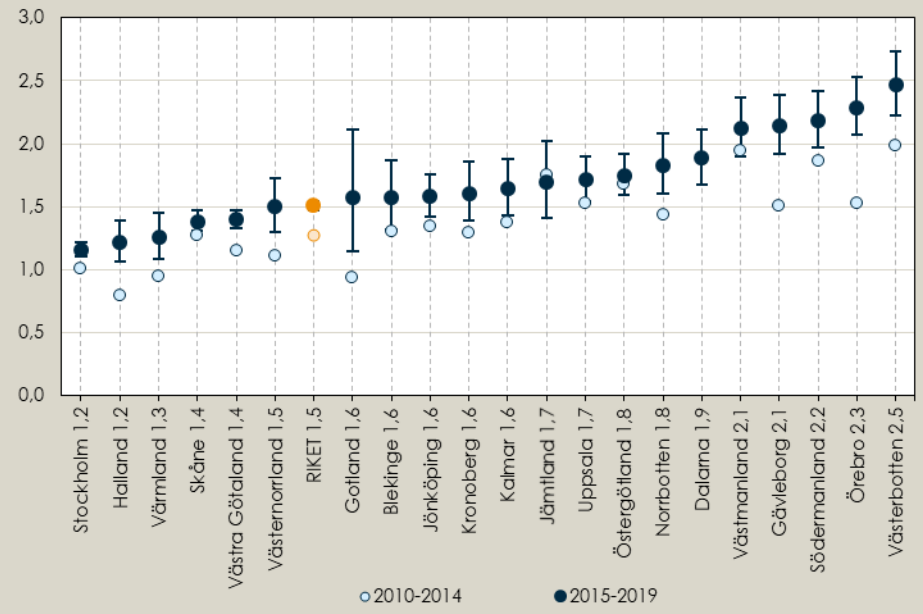
Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 4.2. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Det är vanligt att kvinnor drabbas av bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar. Ofta sker detta i förlossningens slutskede när barnets huvud står i kröningsläge och kvinnans vävnader är som mest utspända. Förstföderskor drabbas i högre grad av bristningar än omföderskor.

Perinealbristningar indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel (sfinktermuskeln). Fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan. Kända riskfaktorer för grad III- och IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med sugklocka eller tång [29]. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning. Könsstympade kvinnor tenderar att ha en ökad risk för sfinkterrupturer [30].

De flesta bristningar läker bra och kvinnan får inga bestående men. Bristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade kan dock medföra allvarliga problem för de drabbade kvinnorna. Skadan kan orsaka nedsatt psykologiskt och emotionellt välbefinnande, inkontinens, sexuell dysfunktion och oro för framtida graviditeter. De komplikationer som kan vara bestående är till exempel underlivssmärtor och avföringsinkontinens [31]. En korrekt identifiering är avgörande för att bristningarna ska behandlas rätt och för att förhindra långsiktiga komplikationer och skador. Det saknas idag nationella rekommendationer kring förebyggande, diagnostik, behandling och uppföljning av förlossningsbristningar i Sverige [32]. År 2017 infördes dock ett nationellt utbildningsprogram i syfte att bättre förebygga, hitta och behandla förlossningsbristningar [33]. Socialstyrelsen har i juni 2021 fått i uppdrag av regeringen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården (Dnr S2021/05135) då kunskapsstöd för förlossningsvården inklusive mödrahälsovården och eftervården ska arbetas fram [34].

Indikatorn redovisar andelen bristningar av grad III och IV vid vaginala förlossningar bland förstföderskor.

I riket som helhet medförde totalt 4,5 procent (dvs. hos 1 745 kvinnor) av de vaginala förlossningarna bland förstföderskor bristningar av grad III och IV år 2019, vilket innebär att en klar minskning skett de senaste åren. Minskningen av bristningar märks både bland instrumentella och icke-instrumentella förlossningar (figur 5.1). Utvecklingen med en tydligt nedåtgående trend av allvarliga bristningar i riket som helhet de senaste åren, kan bland annat förklaras av förlossningsvårdens ökade resurser och arbete mot att aktivt förhindra uppkomsten av allvarliga bristningar. Vid sidan av nya utbildningsprogram arbetar man med åtgärder som långsammare framfödande och olika handgrepp och förlossningsställningar [35].

Tidigare studier har visat att kvinnor i åldern 40 år och äldre löper en ökad risk för att drabbas av allvarliga bristningar [33], något som dock inte framgår av resultaten här. Av figur 5.2 framgår också att bristningar bland förstföderskor vid vaginal förlossning minskat under 2015–2019 i jämförelse med

föregående mätperiod. Detta gäller kvinnor i samtliga åldersgrupper med undantag för de allra yngsta.

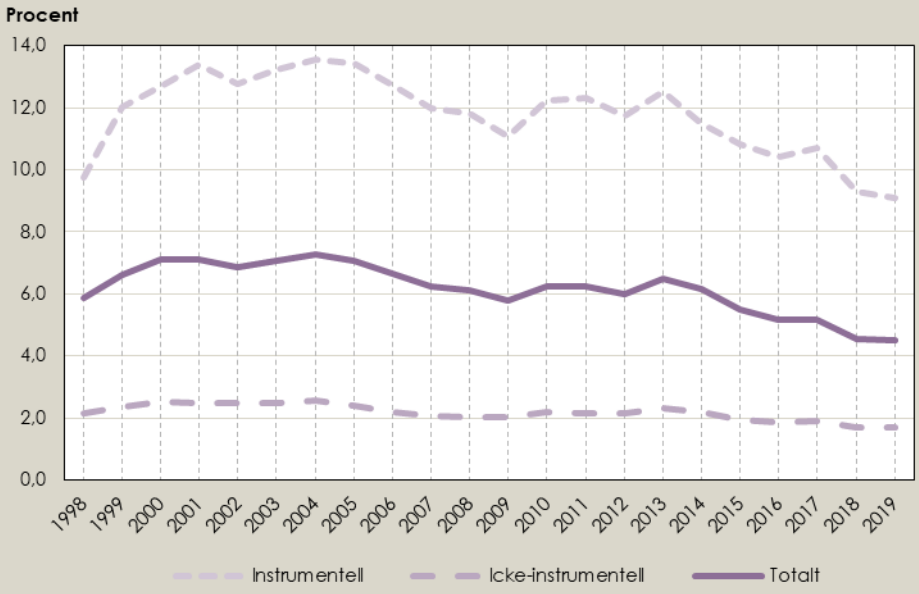
Bristningar bland förstföderskor har i tidigare studier visat sig vara vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning [36, 37]. Så är fallet även här för perioden 2015–2019 då andelen grad III- och IV-bristningar vid instrumentella förlossningar uppgick till 10,9 procent bland mödrar med eftergymnasial utbildning jämfört med 9,2 respektive 8,9 procent hos dem med lägre utbildningsnivå (figur 5.3). Även vid icke-instrumentella förlossningar är bristningar något mer vanligt förekommande bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (figur 5.3). Det är endast förstföderskor i åldern 30–40 år som omfattas i denna delanalys. Förhållandet mellan bristningar och kvinnors utbildningsnivå har även undersökts av Socialstyrelsen i en separat studie, där olika samvarierande faktorer kontrollerades. Detta har dock inte kunnat förklara sambandet, vilket ökar sannolikheten för att det kan ha att göra med att diagnostisering av svåra bristningar, snarare än den faktiska förekomsten, ökar med kvinnans utbildningsnivå [38].

Den totala andelen grad III- och IV-bristningar varierade från 3,1 till 6,4 procent mellan regionerna under den studerade perioden (figur 5.4). Mellan sjukhus varierade andelen från 1,8 till 7,5 procent (figur 5.5). Variationerna mellan regioner och mellan sjukhus tyder på att frekvensen för grad III- och IV-bristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas. I samband med jämförelser mellan regioner och sjukhus så ska dock hänsyn tas till skillnader i patientsammansättningen. För att minska andelen allvarliga bristningar ytterligare, är det av yttersta vikt att aktivt arbeta vidare med detta, bland annat genom fortsatta satsningar på utbildning och nya arbetssätt [35].

Staten och SKR har sedan flera år en överenskommelse om att satsa på en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa [39]. Det nationella tvärprofessionella patientsäkerhetsprojektet *Säker Förlossningsvård* som drivits av yrkesorganisationer och Landstingens ömsesidiga försäkringbolag (Löf) i omgångar mellan 2007–2017 kan också ha bidragit till förbättringen. Projektet har jobbat med att minska förlossningsskador på barn, riskgraviditeter och skador på mamman (främst bäckenbottenskador). Projektet har även mynnat ut i webbutbildningar (CTG- och fosterövervakning, Neonatal HLR och Bäckenbottenutbildning) som används både i praktisk sjukvård och på lärosäten [40].

Figur 5.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

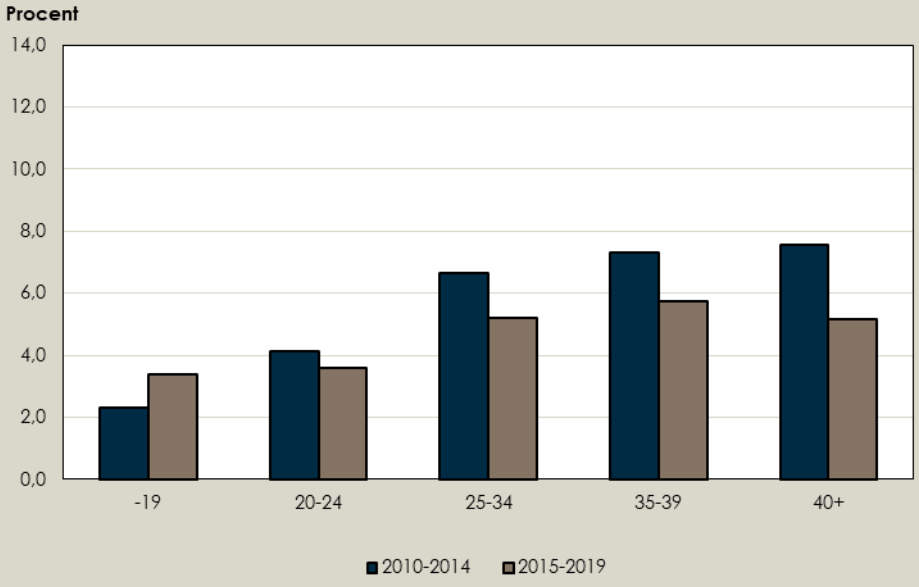
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 5.2. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

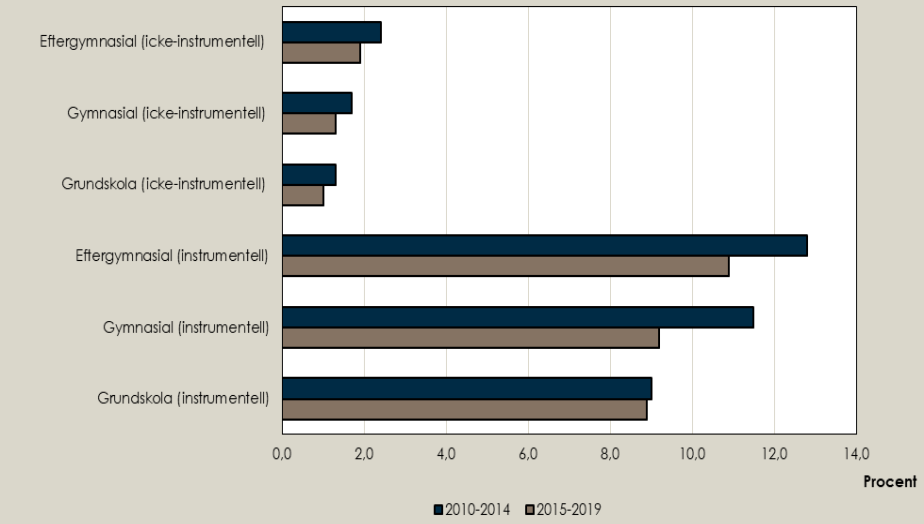
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning (totalt) bland förstföderskor, utifrån åldersgrupper.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 5.3. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

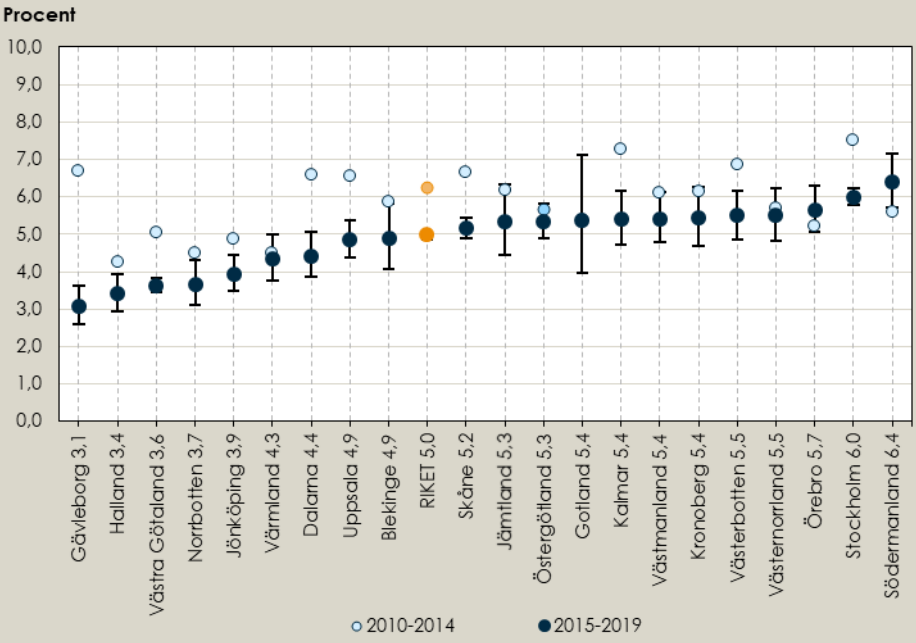
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor i åldern 30-40 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 5.4. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

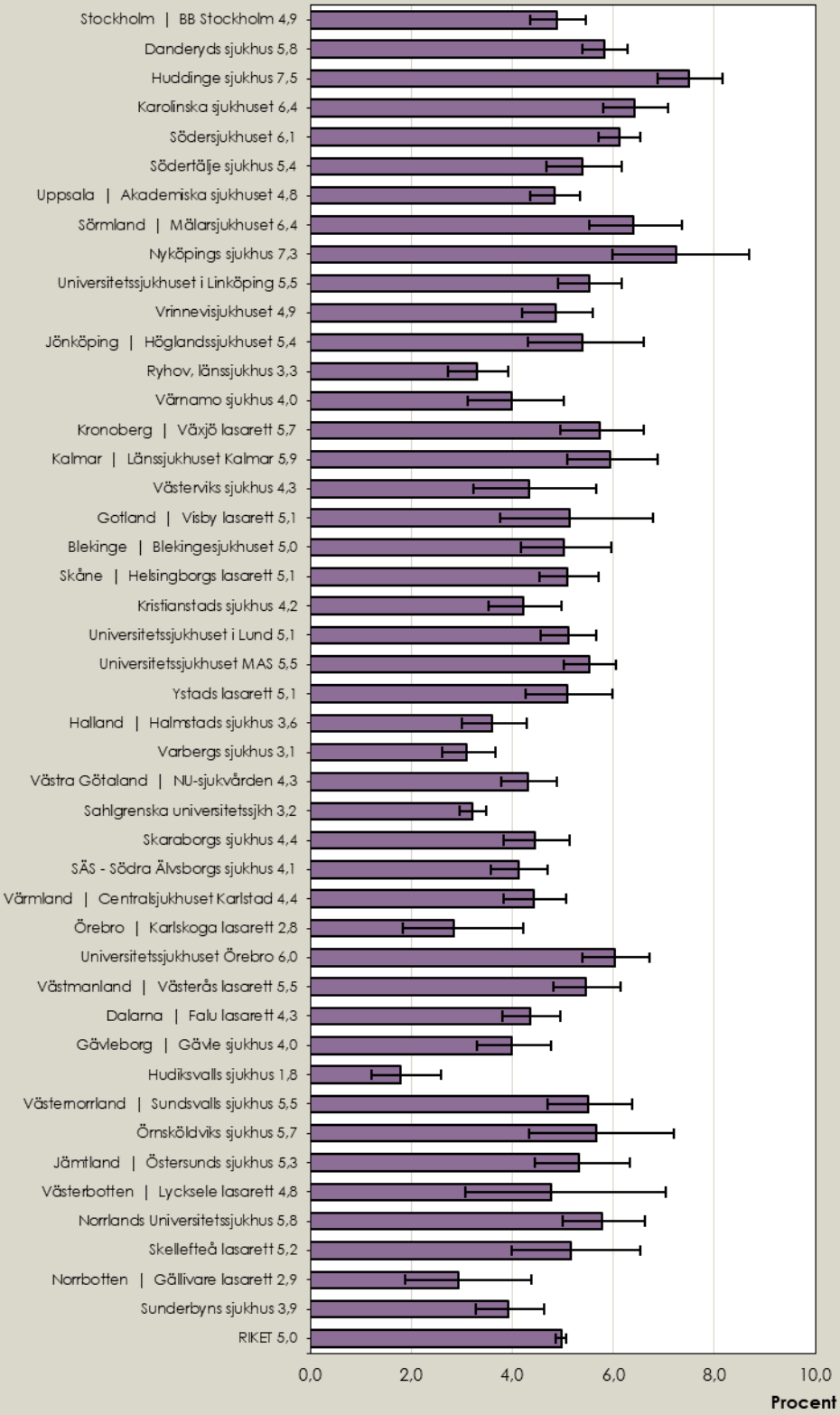
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning (totalt) bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 5.5. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning (totalt) bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden. Avser sammantaget utfall för perioden 2015-2019.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

6. Akuta kejsarsnitt vid förlossning (enligt Robson 1)

Andelen kvinnor som förlöses med kejsarsnitt har stadigt ökat i Sverige. År 1973 uppgick den totala andelen kejsarsnitt till 5,3 procent. Fyrtiofem år senare, år 2018, hade andelen ökat till 17,3 procent. En del av ökningen antas bero på sociodemografiska faktorer, såsom högre genomsnittsålder hos blivande mödrar och ökat kroppsmasseindex (BMI). Andra bidragande faktorer är att barnen i genomsnitt väger mer idag än tidigare samt att antalet flerbördsgraviditeter är fler, vilka oftare resulterar i kejsarsnitt [41].

Planerade och akuta kejsarsnitt har tidigare varit ungefär lika vanligt förekommande, men på senare tid har akuta kejsarsnitt minskat något, samtidigt som det gjorts fler planerade ingrepp. Under de senaste åren har nya riskgrupper identifierats, exempelvis sätesbjudning, där det är visat att riskerna för barnet minskas vid planerat kejsarsnitt. En alltmer effektiv identifiering av risksituationer kommer sannolikt att medverka till att de planerade ingreppen ökar ytterligare. De allra flesta kejsarsnitt görs utifrån medicinska orsaker, men studier visar att närmare en tiondel av alla kejsarsnitt som utförs är ett resultat av kvinnans önskemål [42, 43].

Ur medicinsk synvinkel är det dock framför allt förlossningar som sker med akut kejsarsnitt där det är önskvärt att andelen var låg. Närmare hälften av alla kejsarsnitt sker akut och de vanligaste orsakerna är att kvinnan varit i förlossning för lång tid eller drabbats av kraftiga blödningar. Det kan också bero på barnets hjärtrytm [44]. Om tillståndet är livshotande, är det viktigt att få ut barnet snabbt. Vid akut kejsarsnitt får kvinnan vanligtvis ryggbedövning eller sövs med narkos.

Kejsarsnitt är ett stort kirurgiskt ingrepp och risken för att modern och barnet drabbas av allvarligare komplikationer är högre jämfört med vid vaginal förlossning. För modern ökar kejsarsnitt bland annat risken för blödningar, livmoderinfektioner, sårinfektioner, bröstinfektioner och blodproppar. Allra störst är risken efter akuta kejsarsnitt. Vid en eventuell efterföljande graviditet har kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt tidigare en förhöjd risk för problem med moderkakans läge och att livmodern brister vid förlossningen. Vissa av komplikationerna är ovanliga, men de kan vara livshotande [41, 45].

För barnet är de främsta kortsiktiga riskerna med kejsarsnitt jämfört med vaginal förlossning neonatal andningsstörning, hypoglykemi (för låg blodsockerhalt) och hypotermi (sänkt kroppstemperatur). Vidare finns det studier som pekar på att det på lång sikt kan finnas ökad risk för astma, gastroenterit, glutenintolerans, typ 1-diabetes och eventuellt vissa tumörsjukdomar. Riskerna tycks dock vara större om barnet fötts med planerat kejsarsnitt [42, 43].

Indikatorn visar andelen akuta kejsarsnitt bland förstföderskor med fullgången graviditetslängd (≥ 37 veckor), enkelbörd med huvudbjudning samt spontan förlossningsstart (Robson 1).

Av figuren som redovisar rikstrenden (6.1) totalt framgår att de akuta kejsarsnitten totalt sett minskat något över tid.

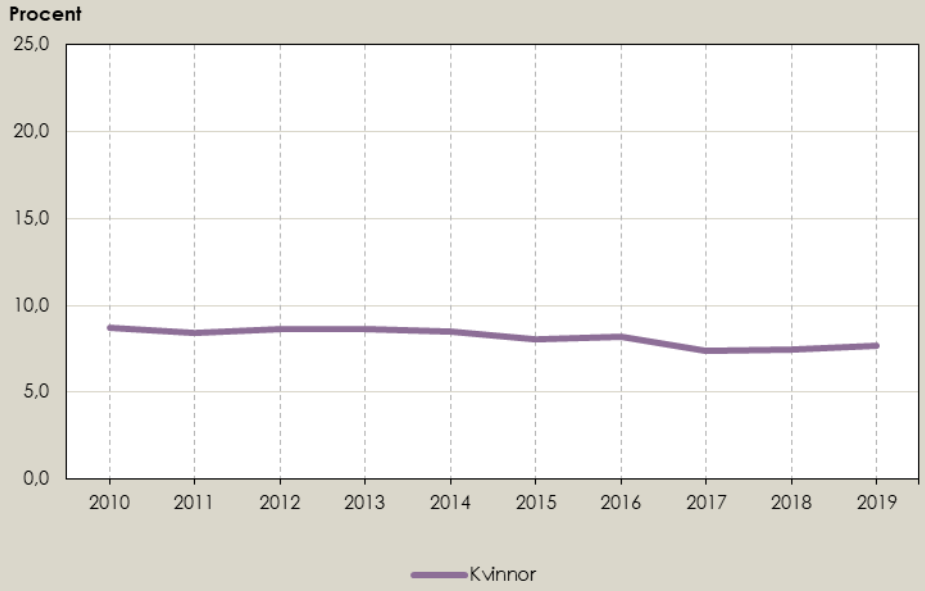
Indikatorn har även studerats i förhållande till mödrarnas ålder för riket som helhet (figur 6.2). Resultatet visar att akut kejsarsnitt är betydligt mer vanligt förekommande bland förstföderskor i åldern 40 år och äldre, i jämförelse med yngre åldersgrupper. Detta överensstämmer med tidigare studier

som visat att risken för akut kejsarsnitt bland förstföderskor ökar markant med stigande ålder [41].

Av figur 6.3 framgår att andelen akuta kejsarsnitt uppgick till 7,8 procent i riket som helhet under perioden 2015–2019, vilket är en minskning sedan föregående mätperiod. I figuren (6.3) redovisas även regionernas utfall som varierade mellan 5,0 och 10,1 procent. Variationsvidden är något mindre sedan föregående mätperiod. Trots att kriterierna för akuta kejsarsnitt torde vara tämligen likartade, varierar således frekvensen akut kejsarsnitt markant mellan regionerna. I samband med jämförelser mellan regioner så ska dock viss hänsyn tas till skillnader i patientsammansättningen, då denna kan påverka kejsarsnittsfrekvensen.

Figur 6.1. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1

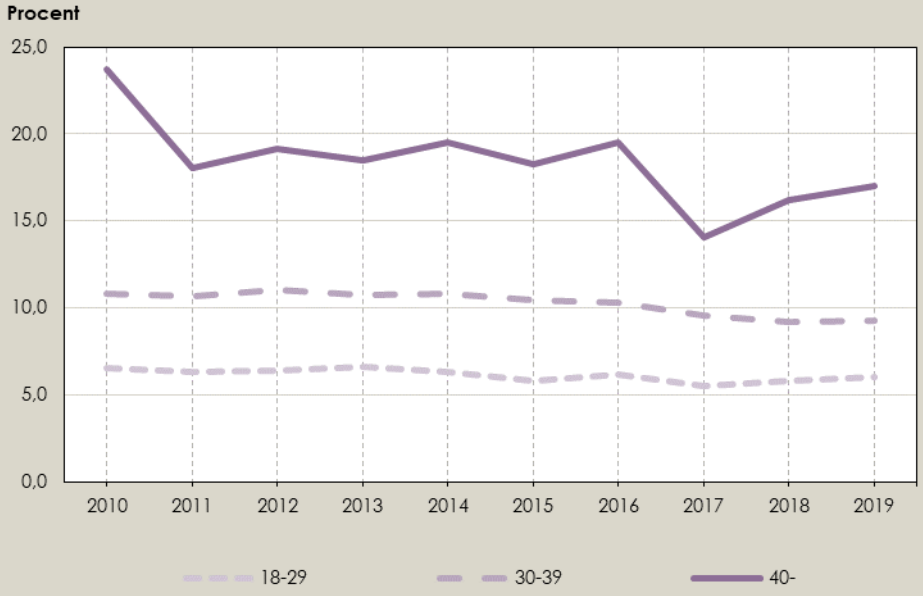
Andel akuta kejsarsnitt vid fullgången graviditet. Förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning samt spontan förlossningsstart. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 6.2. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1

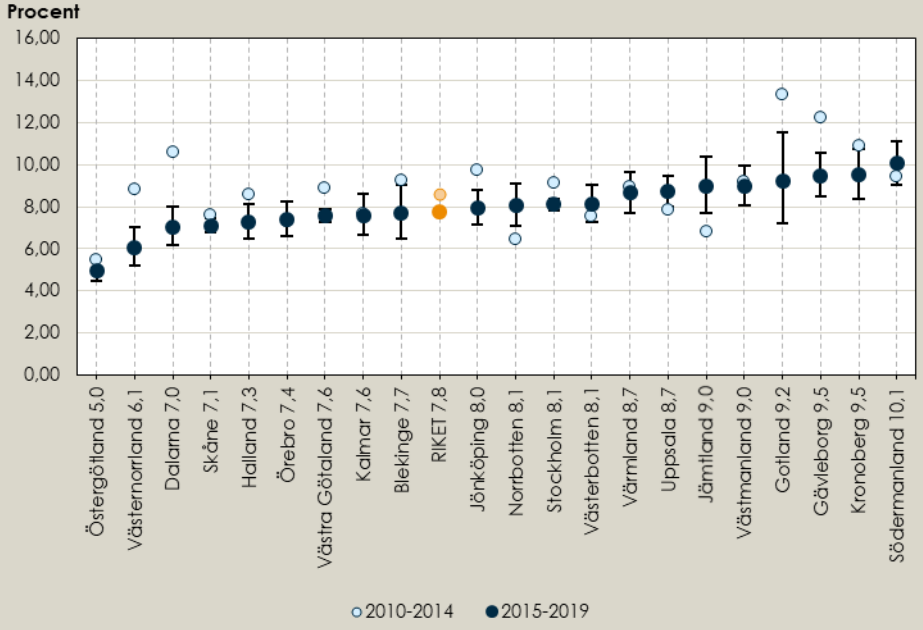
Andel akuta kejsarsnitt vid fullgången graviditet. Förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning samt spontan förlossningsstart. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 6.3. Akuta kejsarsnitt vid förlossning enligt Robson 1

Andel akuta kejsarsnitt vid fullgången graviditet. Förstföderskor, graviditetslängd ≥ 37 veckor, enkelbörd, huvudbjudning samt spontan förlossningsstart. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

7. Återinläggning efter förlossning

I Sverige föds mellan 115 000 och 120 000 barn per år, och ungefär 70 procent av förlossningarna är okomplicerade. Vanligtvis föder kvinnan sitt barn på sjukhus och vårdas därefter på en vårdavdelning för nyförlösta under en tid [35].

Vårdtiden på sjukhus för nyförlösta mödrar har förkortats kraftigt de senaste decennierna. År 2015 var exempelvis den genomsnittliga vårdtiden under 2 dygn vid vaginal förlossning och 3 dygn vid kejsarsnitt. Detta kan jämföras med den genomsnittliga vårdtiden år 1990, som då var 4 dygn vid vaginal förlossning respektive 6,5 dygn vid kejsarsnitt [46]. De allt kortare vårdtiderna innebär att en stor del av den fortsatta vården och uppföljningen sker hemifrån [47].

I samband med utskrivning och hemgång efter en förlossning ska dock vissa vårdkriterier vara uppfyllda. Vid sidan av att det nyfödda barnet ska ha genomgått minst en läkarundersökning, ska en barnmorska ha utfört kontroller av både barnet och modern. Dessa kontroller innebär bland annat undersökning av kvinnans blödning och kontraktion av livmoder, observation av amning samt att säkerställa att modern upplever att moder och barn må bra [48].

Som argument för de kortare vårdtiderna har bland annat anförts att onödig hospitalisering undviks, att partnerns roll förstärks tidigare samt att föräldrarnas anknytning till barnet sker snabbare. En av invändningarna mot korta vårdtider är att den medicinska säkerheten kan äventyras då det finns risk för att missa komplikationer eller sjukdomar hos barnet [49]. Resultat från studier på området har dock inte indikerat att tidig hemgång efter förlossning skulle vara förenat med ökade hälsorisker, varken för moder eller barn [50, 51].

Socialstyrelsen har även gjort bedömningen att det behövs kunskapsstöd med tydliga rekommendationer för vården efter förlossning, såväl på sjukhuset som efter hemgång [48]. Ett sådant arbete har nyligen inletts vid myndigheten.

Indikatorn visar andelen mödrar som återinskrivs på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossning. Bland återinskrivningarna ingår endast de som har en registrerad graviditets- eller förlossningsdiagnos och där återinskrivningen dokumenterats som oplanerad.

Att bevaka återinskrivningsfrekvensen är viktigt med anledning av att nyblivna mödrar stannar allt kortare tid på sjukhus efter förlossningen. Om de akuta återinskrivningarna ökar kan det vara en indikation på att mödrar skrivs ut för tidigt, det vill säga innan de egentligen är fysiskt och mentalt redo för hemgång, och att vårdplaneringen brister.

Av figuren (7.1) med andelen mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen uppgick till 2,0 procent 2019 och återinskrivningarna har totalt sett ökat något över tid.

Återinskrivningar är vanligare bland mödrar i åldern 40 år och äldre (figur 7.2). Utfallet har även studerats i relation till mödrarnas utbildningsnivå och ålder (figur 7.3). Resultatet visar att återinläggningar i kopplat till utbildningsbakgrund inte uppvisar några stora skillnader de senare åren, något mer

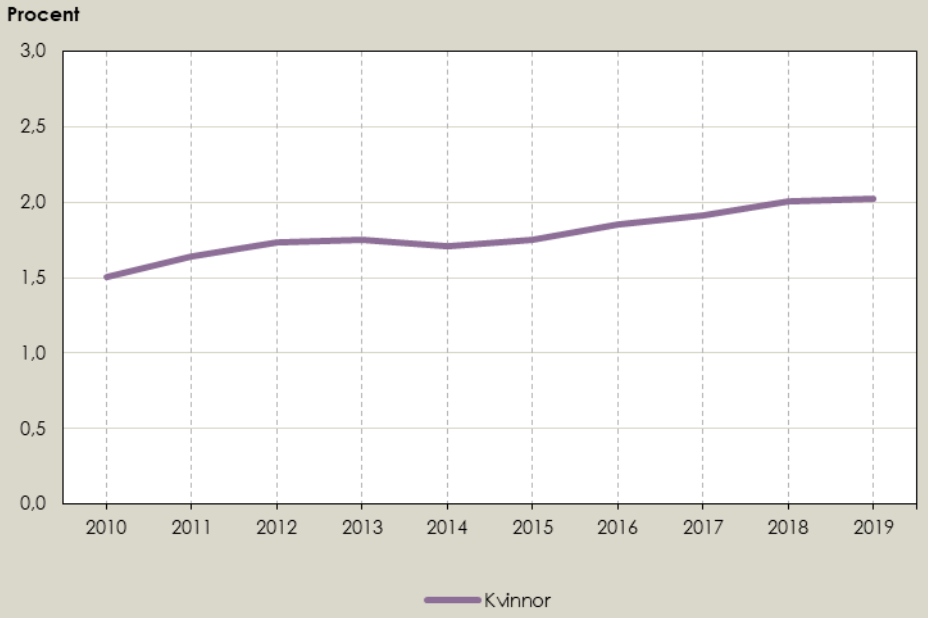
vanligt förekommande bland mödrar med eftergymnasial utbildning i jämförelse med övriga utbildningsgrupper år 2019. Observera att gruppen avgränsats till kvinnor i åldrarna 30-40 år.

Därefter redovisas en figur med andelen mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen uppgick till 1,9 procent i riket som helhet under den studerade perioden 2015–2019 (figur 7.4), vilket är en svag ökning sedan föregående mätperiod. I regionerna varierade andelen återinskrivningar mellan 1,0 och 4,0 procent. Konfidensintervallen visar att man med viss säkerhet kan uttala sig om skillnaderna mellan regioner med minst och störst andelar. Av figuren för regionerna framgår att återinskrivningarna ökat i drygt hälften av regionerna sedan föregående mätperiod.

Data på sjukhusnivå visar även på en variation mellan sjukhus i andelen återinskrivningar (figur 7.5). Resultaten måste dock tolkas med viss försiktighet. Skillnader i redovisade data kan påverkas av skiftande kvalitet i inrapportering och journalföring.

Figur 7.1. Återinläggning efter förlossning

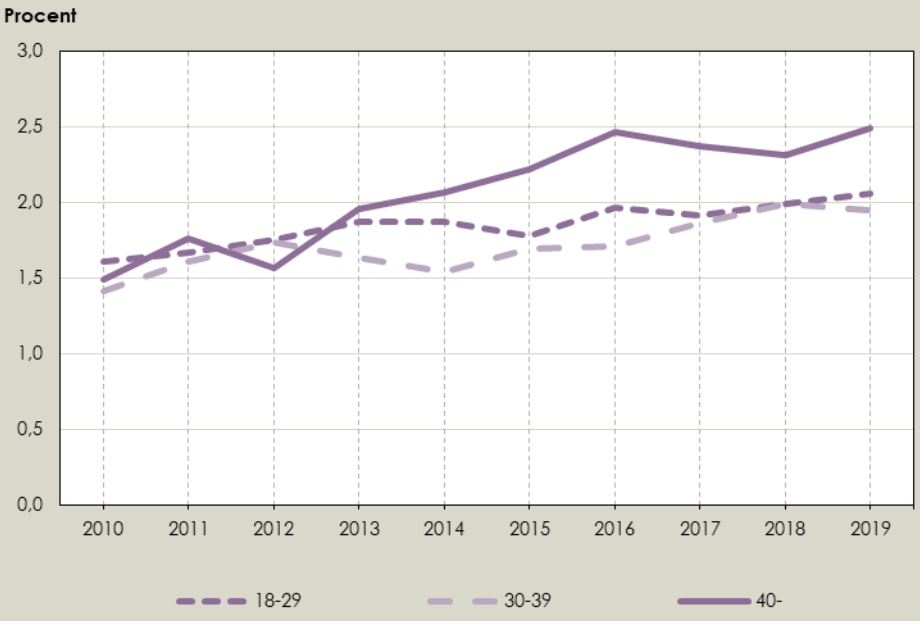
Andel mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser sluten och ej planerad vård.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7.2. Återinläggning efter förlossning

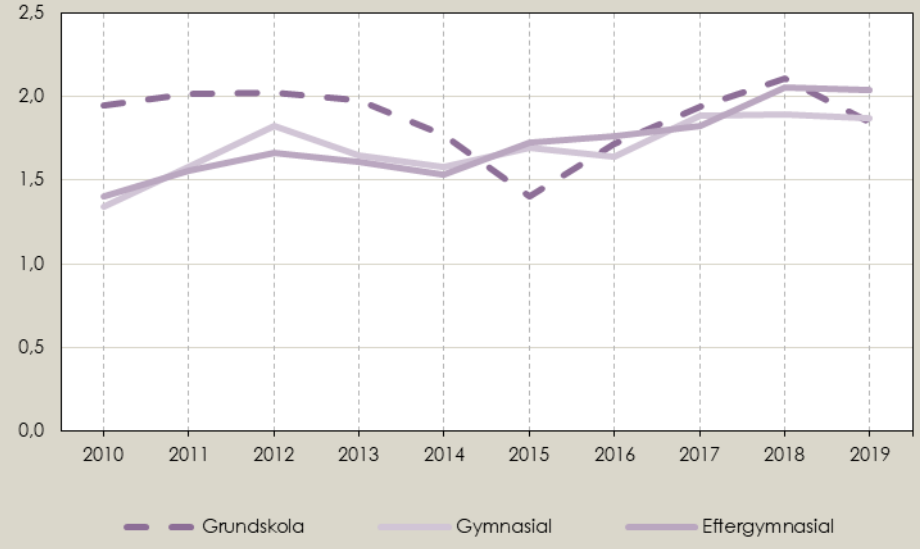
Andel mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser sluten och ej planerad vård.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7.3. Återinläggning efter förlossning

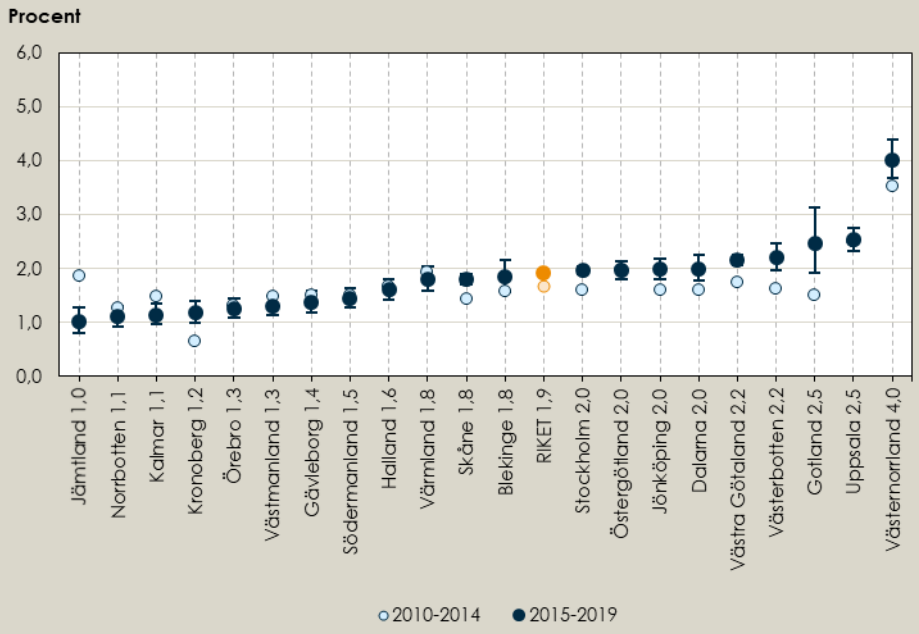
Andel mödrar i åldern 30- 40 år som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser sluten och ej planerad vård. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7.4. Återinläggning efter förlossning

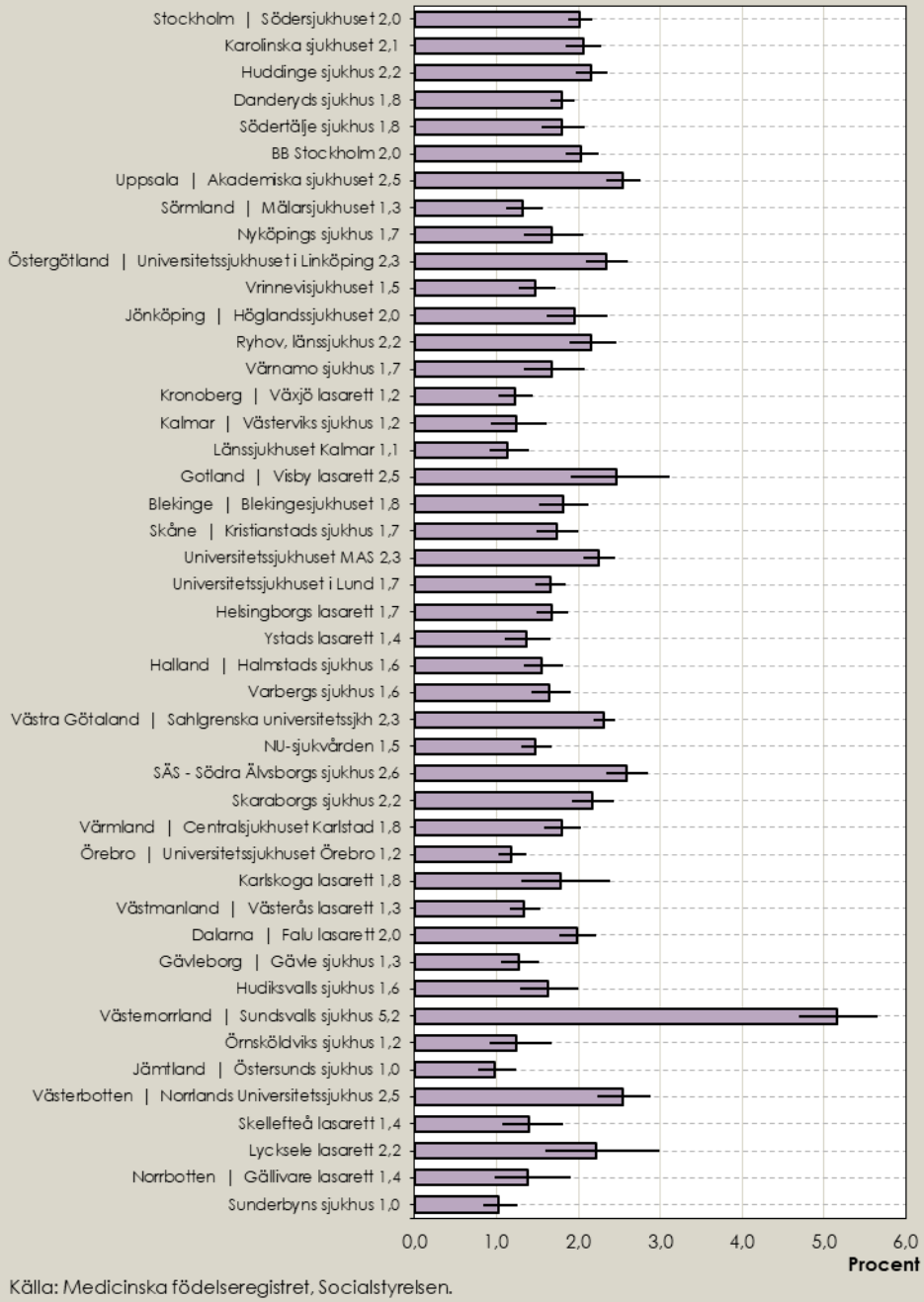
Andel mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser sluten och ej planerad vård. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Figur 7.5. Återinläggning efter förlossning

Andel mödrar som återinlagts på vårdavdelning inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom ICD10: O00-O99. Avser sluten och ej planerad vård. Mätperiod är åren 2015-2019. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

8. Överdödlighet bland vuxna med bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad förtida dödlighet till följd av olika somatiska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt cerebrovaskulära (sjukdomar i hjärnans blodkärl) och endokrina störningar (hormonsjukdomar) [52].

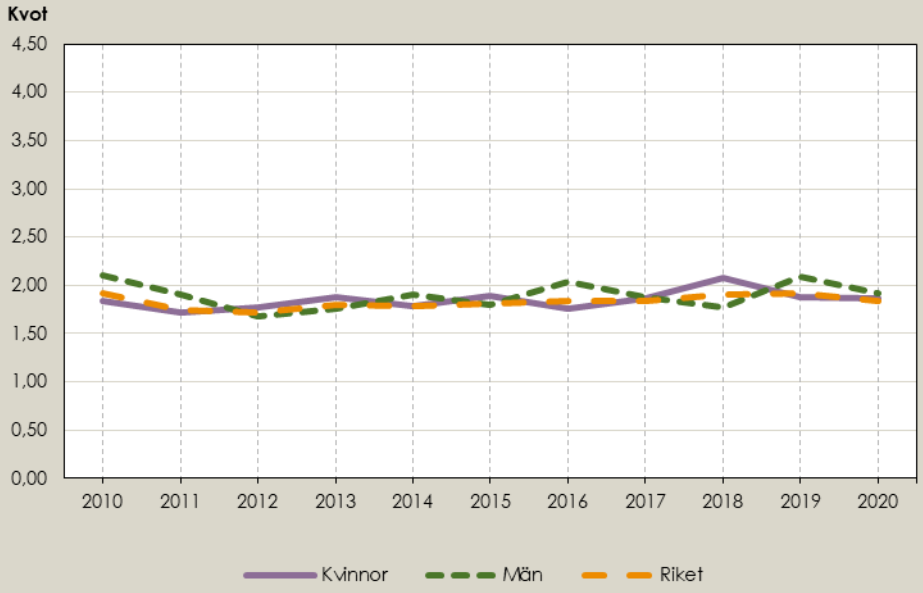
Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal självmord och olyckor. Idag behandlas många personer med bipolär sjukdom med stämningsstabiliserande läkemedel som i stället kan ge en ökad risk för fetma och metabola syndrom. Alltså har orsakerna till den ökade dödligheten förändrats. Metabola syndrom är samlingsnamnet för ett antal faktorer som ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Indikatorn visar dödligheten bland personer, 20 år och äldre, med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Överdödligheten kan tyda på brister inom vård och behandling som till viss del kan undvikas.

Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. I riket som helhet är överdödligheten 1,8 bland personer med bipolär sjukdom under 2020 och har gått ned något men ytterst lite sett över åren (figur 8.1). Det är inga skillnader mellan könen. Utfallet i relation till utbildningsbakgrund var högre för personer med eftergymnasial utbildning under 2016–2017 (figur 8.2). Dock har utfallet jämnats ut mellan grupperna fram till 2020. Yngre personer i vuxen ålder (18–67 år) har en högre överdödlighet jämfört med äldre personer (68 år och äldre) (figur 8.3). Samtliga regioner har en överdödlighet och den varierar mellan 1,4 till 2,4 (figur 8.4).

Figur 8.1 Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

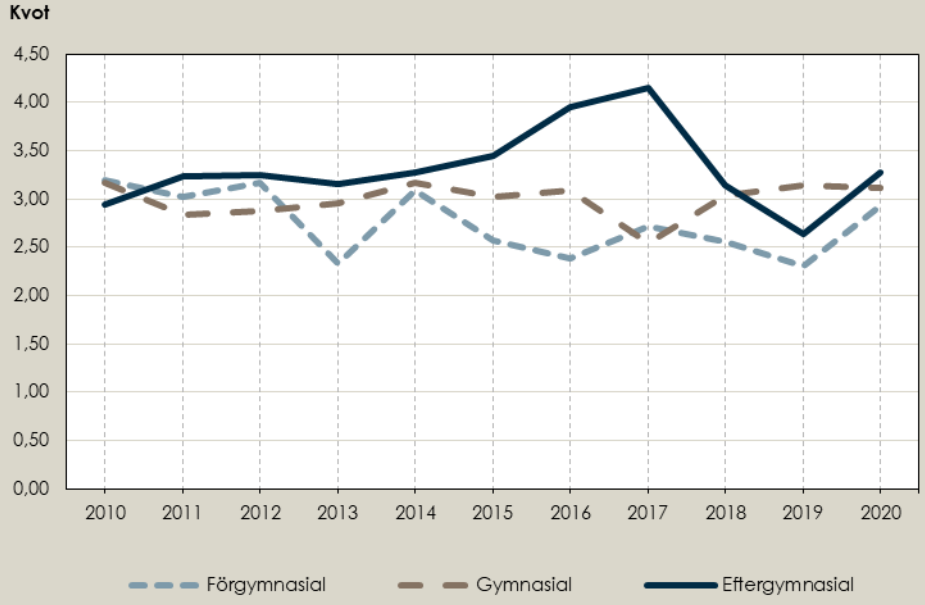
Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 8.2. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

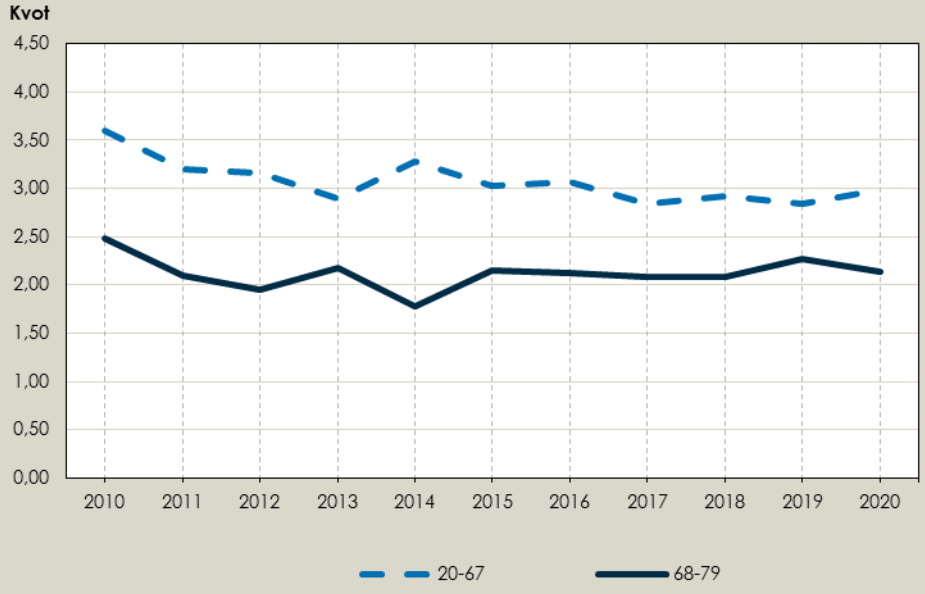
Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns, 35-67 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 8.3 Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

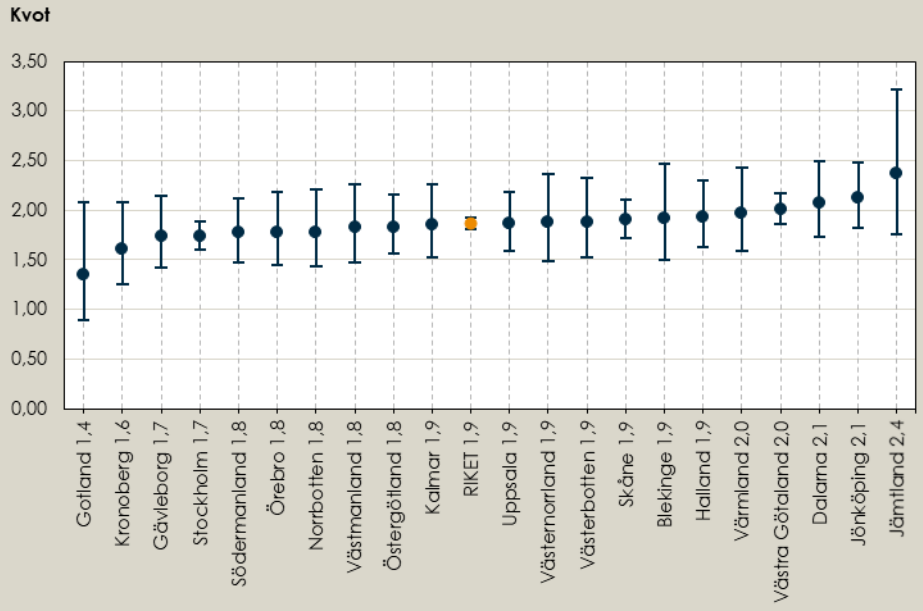
Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Figur 8.4. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. 2016–2020. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

9. Oönskade händelser efter höftprotesoperation

I Sverige utfördes sammanlagt 25 556 höftprotesoperationer under 2019. Merparten var så kallade primära totala höftprotesoperationer, varav 2 399 reoperationer. Incidensen för total höftprotesoperation har ökat stadigt i Sverige och vid en internationell jämförelse så har Sverige bland den högsta incidensen, vilket även kan förklaras av den ökande andelen äldre i befolkningen. Vårdtiden i samband med planerad totalprotesoperation av höftled har dessutom mer än halverats under det senaste decenniet [53].

Även om ingreppen idag är att betrakta som rutinkirurgi gäller det stora kirurgiska ingrepp, som inte är helt riskfria för patienten. För att minska komplikationerna och dödligheten är det viktigt med modern anestesiologi, noggrann medicinsk utredning före operationen, infektions- och blodproppsförebyggande åtgärder samt rehabilitering.

Återinskrivning för komplikationer samt död efter operation är en vanlig typ av kvalitetsindikator i internationella sammanhang (så kallade adverse events på engelska). Återinskrivning och död kan bero på komplikationer efter kirurgin men det kan också ha andra medicinska orsaker. Orsakerna till återinskrivningen är i dessa mätningar bland annat proteskomplikationer och hjärt-kärlsjukdomar som hjärtinfarkt, kärlkramp, hjärtsvikt och stroke. För höftprotesoperation dominerar proteskomplikationerna bland återinskrivningarna. En del skador är undvikbara, andra är det inte, men samtliga påverkar patienten negativt. Därtill kommer omoperationer och revisionsoperationer, där protesen byts ut. Dessa vanligtvis planerade ingrepp utgör en stor del av den icke-akuta ortopediska verksamheten.

Indikatorn oönskade händelser efter höftprotesoperation avser alla former av återinskrivningar som kan förmodas ha samband med det genomförda ingreppet, lokala komplikationer, allmänna komplikationer och död. Dessa delas upp i kirurgiska, kardiovaskulära och medicinska komplikationer. De bygger på diagnos- och åtgärdskoder som förekommer i samband med vårdtillfällen och som rapporterats till Patientregistret (PAR). De kirurgiska komplikationerna är vidare uppdelade i åtgärds- och diagnoskoder som indikerar komplikation samt diagnoskoder för höftåkommor som sannolikt är en komplikation efter operationen [53].

Svenska ledprotesregistret (tidigare Svenska höftprotesregistret) redovisar nu resultaten utifrån fyra analysgrupper:

1. elektiva totala höftproteser (exkl. akut fraktur, resttillstånd efter höftfraktur samt tumör)
2. frakturpatienter (total- och halvprotes pga. akut fraktur eller resttillstånd efter höftfraktur)
3. den vanlige patienten (man eller kvinna 55–85 år med primär artros, ASA klass I–II och BMI mindre än 30 som opererats med primär total höftprotes)
4. patienter som genomgår en första reoperation (öppna ingrepp).

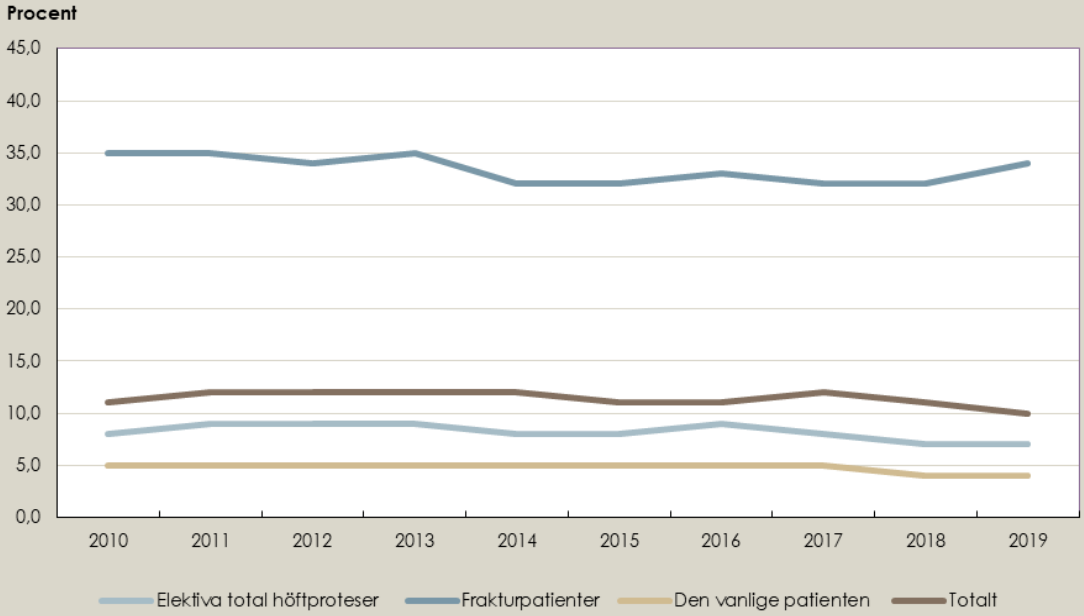
Genom samkörning med PAR skapas en viktig kvalitetsindikator som ger vägledning om tidiga oönskade händelser, vilket är ett viktigt komplement till de reoperationer och den mortalitet som registret länge redovisat. Registret bedömer att den nya uppsättningen koder för definition av oönskad händelse bättre fångar händelser som sannolikt har samband med operationen och som potentiellt kan undvikas eller förebyggas.

Begränsningar i redovisningen är att bara oönskade händelser som inträffar under det primära vårdtillfället eller vid återinskrivningen inkluderats. Öppenvårdsbesök inkluderas inte. En patient med en luxation som reponeras på en akutmottagning och återgår till hemmet fångas inte. Det gäller även till exempel ventrombos, vilket oftast inte leder till inneliggande vård. Vidare skiljer sig kodningsrutiner mellan regioner och enheter.

Nedan redovisas oönskade händelser inom 30 dagar efter primäroperation utifrån de fyra olika analysgrupperna i två figurer för riket som helhet uppdelat på kön över tid. De oönskade händelserna inom 30 dagar är ganska oförändrade över tid. Oönskade händelser inom 30 dagar inträffar betydligt oftare bland frakturpatienter, dvs. patienter som genomgår total- och halvprotes pga. akut fraktur eller resttillstånd efter höftfraktur. Mellan åren 2018–2019 har det skett en liten ökning för både kvinnor (figur 9.1) från 32 till 34 procent) och män (figur 9.2) från 35 till 36 procent. Enligt en avhandling som redovisas i registrets senaste årsrapport undersöktes om oönskade händelser och död inom 90 dagar efter primär höftprotesoperation efter artros var associerade med operatörens årliga operationsvolym. Det konstaterades att en hög årlig operationsvolym per operatör är associerad med en reducerad risk för oönskade händelser inom 90 dagar [53].

Figur 9.1. Oönskade händelser efter primäroperation

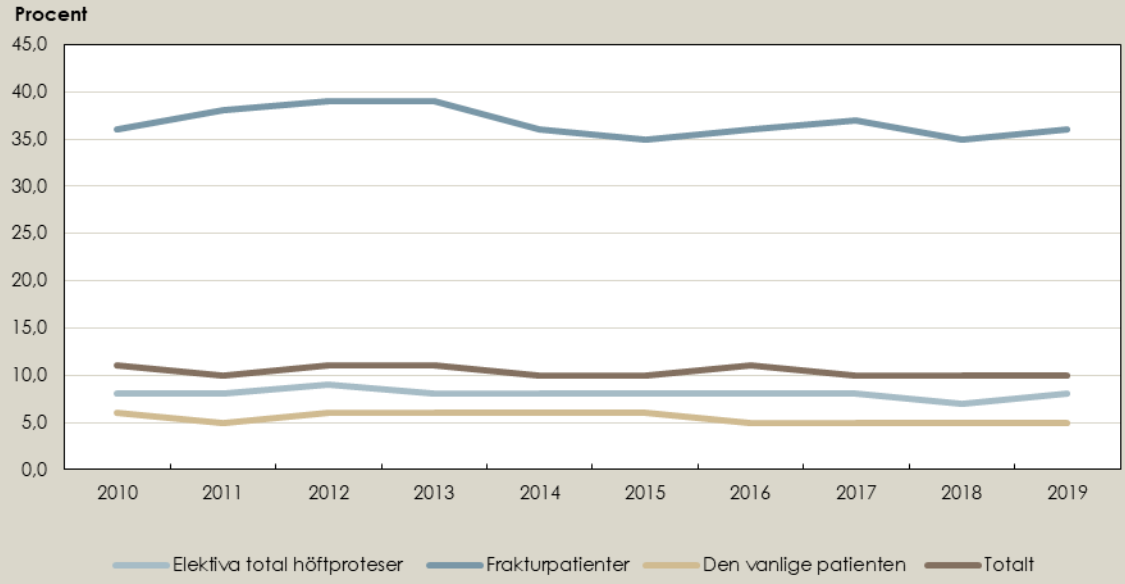
Andel oönskade händelse inom 30 dagar efter primäroperation bland kvinnor .



Källa: Svenska ledprotesregistret. Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 9.2. Oönskade händelser efter primäroperation

Andel oönskade händelse inom 30 dagar efter primäroperation bland män.



Källa: Svenska ledprotesregistret. Patientregistret, Socialstyrelsen.

10. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/protetiska åtgärder

En tand som måste restaureras på nytt med reparativa eller protetiska åtgärder är en oönskad händelse för individen men även för samhället i form av ökade kostnader. Orsakerna till varför en tidigare åtgärdad tand måste åtgärdas på nytt kan vara flera och av varierande slag, till exempel att restaurationen har gått sönder, bristande funktion eller karies i anslutning till tidigare restauration, så kallad sekundärkaries. Tandhälsoregistret kan användas som datakälla för att följa om samma tand åtgärdas ytterligare en gång eller flera gånger under en definierad tidsperiod. Genom att selektera ut specifika tillstånd då den nya åtgärden utförs får man fram åtgärder som visar på att det är en åtgärd som gjorts om, dvs. restauration som gjorts om.

Indikatorn mäter andel tänder som inom en 3–årsperiod behöver restaureras på nytt och följer således upp kvaliteten och hållbarheten av tidigare utförda restaurationer. Resultatet av sjukdomsbehandlande samt sjukdomsförebyggande åtgärder påverkar även indikatorns utfall. Att under en viss tidsperiod studera hur stor del av tandvården som utgörs av just reparativa eller protetiska åtgärder på tidigare restaurerade tänder ger en bild av hur kunskapsbaserad och ändamålsenlig tandvården är utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård [54].

Statistik från Socialstyrelsens tandhälsoregister innehåller tandvård som har utförts inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Alla som är försäkrade i Sverige har rätt till statligt tandvårdsstöd från det år de fyller 24 år. Det statliga tandvårdsstödet ger ekonomiskt stöd till patienter som behöver tandvård och för att skydda mot höga kostnader. Tandvårdsstödet består av allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd.

NPO tandvård arbetar med frågan om patientsäkerhet (NAG) [55] har identifierat andra områden för en övergripande handlingsplan för tandvården. Dessa perspektiv ligger nära den nationella handlingsplanen och det kan vara intressant att identifiera indikatorer inom följande perspektiv.

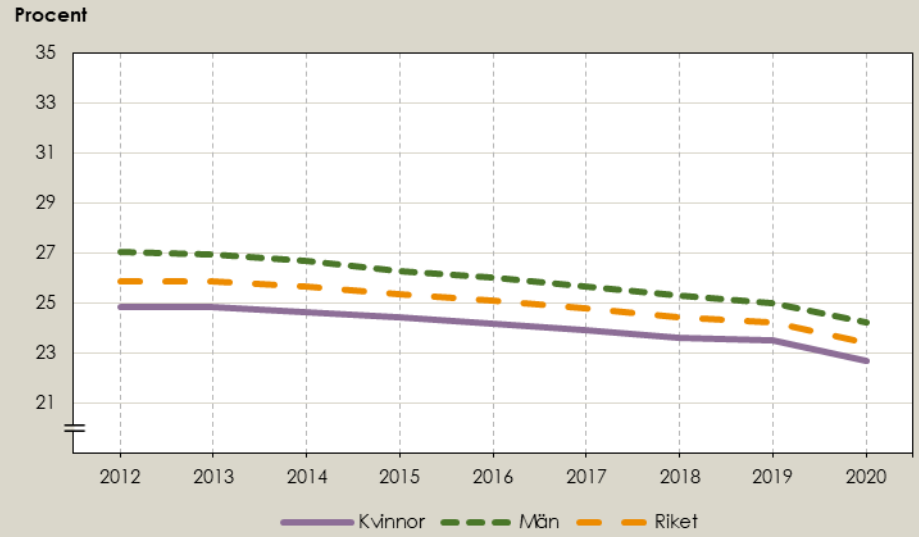
- Patientmedverkan
- Samverkan mellan olika vårdgivare
- Riskanalys

I riket som helhet hade 23 procent en tand som behövde åtgärdas på nytt inom en 3-års period, dvs. som fått en ny fyllning eller krona på samma tand som åtgärdats sedan tidigare av totalt 879 000 vuxna (24 år och äldre) som besökt tandvården 2020 i riket som helhet, utfallet har minskat något över tid (figur 10.1). Antalet personer som kom för en basundersökning har minskat 2020 jämfört 2019. På grund av pandemin sköts många besök upp antingen på tandvårdsmottagningens initiativ eller på patientens eget initiativ, vilket förklarar minskningen under 2020. Det förekommer mer hos män än hos kvinnor.

Det är något mer vanligt förekommande hos personer med förgymnasial och gymnasial utbildning än hos personer med eftergymnasial utbildning (figur 10.2). Det är i synnerhet äldre vuxna som har tänder som behöver åtgärdas på nytt (figur 10.3). Regionernas utfall varierar mellan 20,3 till 26,4 procent (figur 10.4).

Figur 10.1. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/ protetiska åtgärder

Andel vuxna som fått ny åtgärd på tidigare restaurerade tänder inom 3 år. Avser 24 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.

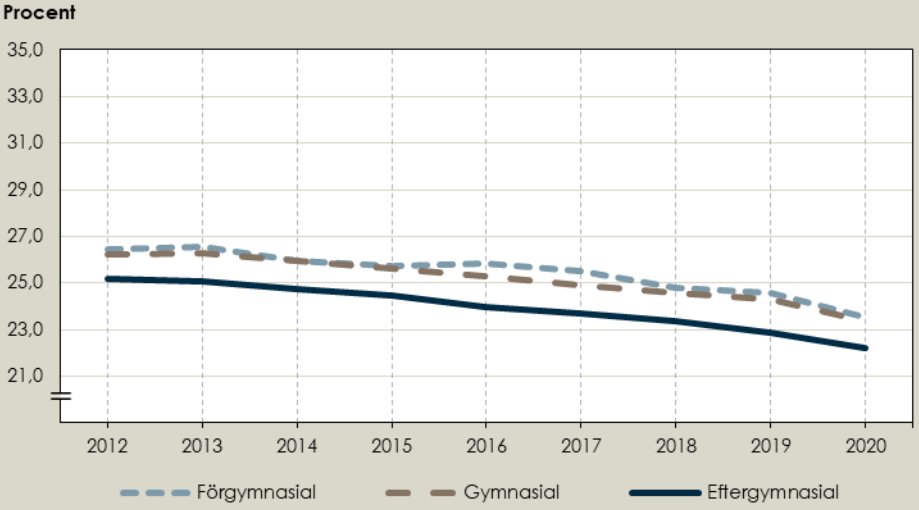


* Statligt tandvårdsstöd, tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt nödvändig tandvård.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 10.2. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/ protetiska åtgärder

Andel vuxna som fått ny åtgärd på tidigare restaurerade tänder inom 3 år. Avser 24 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.

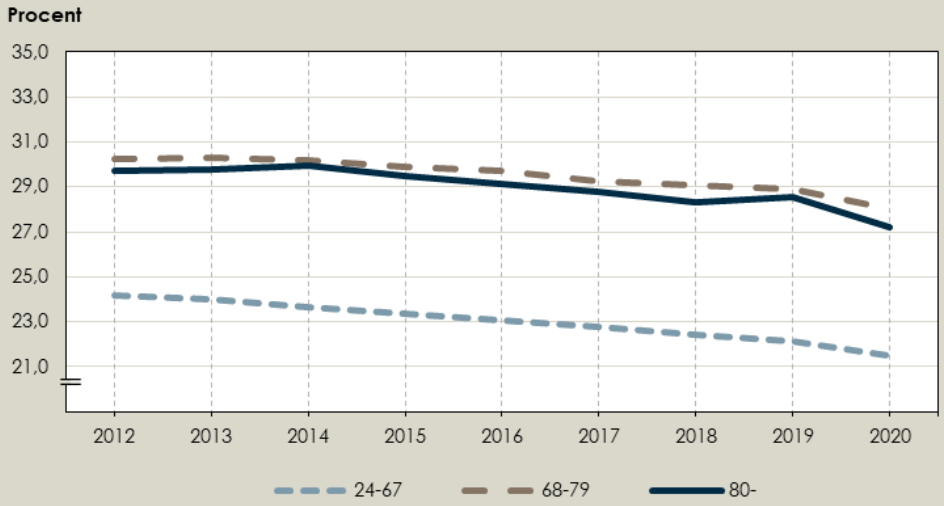


* Statligt tandvårdsstöd, tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt nödvändig tandvård.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 10.3. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/ protetiska åtgärder

Andel vuxna som fått ny åtgärd på tidigare restaurerade tänder inom 3 år. Avser 24 år och äldre.

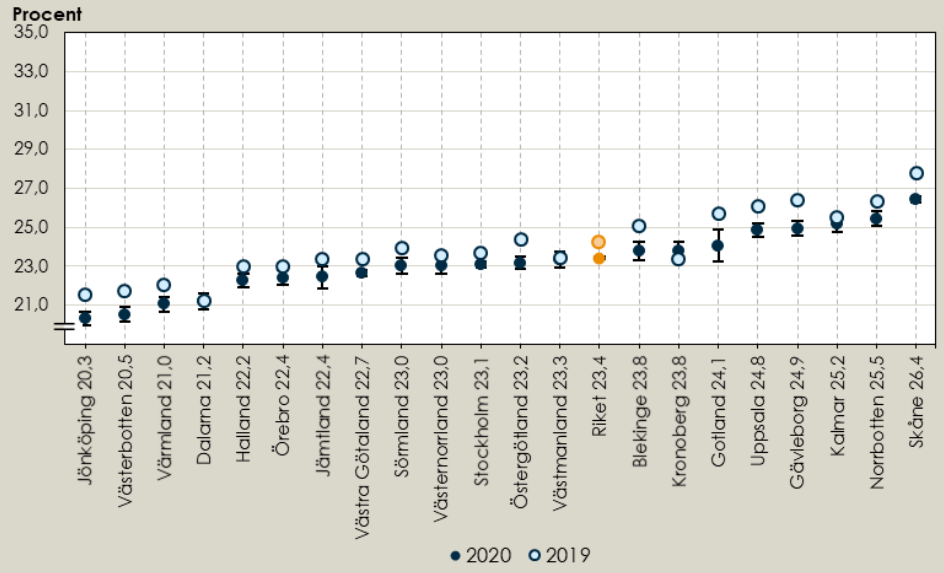


* Statligt tandvårdsstöd, tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt nödvändig tandvård.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Figur 10.4. Tand som måste åtgärdas på nytt med reparativa/ protetiska åtgärder

Andel vuxna som fått ny åtgärd på tidigare restaurerade tänder inom 3 år. Avser 24 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.



* Statligt tandvårdsstöd, tandvård för personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt nödvändig tandvård.

Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Oplanerade återinskrivningar

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre, bland multisjuka äldre samt bland de mest sjuka äldre (65 år och äldre)
12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning

11. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Indikatorn oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter ett vårdtillfälle i slutenvård syftar till att spegla hur väl samarbetet mellan huvudmännen fungerar, inom vården och omsorgen av de äldre. Indikatorn har ingått i många uppföljningssammanhang tidigare. Socialstyrelsen har under många år regelbundet analyserat vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar, bland personer 65 år och äldre, baserat på uppgifter i patientregistret. Denna redovisning baseras på Socialstyrelsens rapport *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre* [56], som redovisar omfattningen av återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre, hur detta hanteras i olika regioner, hur uppföljningen sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende samt om det finns behov av mer insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinskrivningar.

I denna redovisning är patientpopulationen, personer 65 år och äldre som vårdats i slutenvård minst en gång under året, indelad i tre delpopulationer: alla äldre, multisjuka äldre samt mest sjuka äldre.

Andelen vårdtillfällen för *alla patienter 65 år och äldre*, där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård redovisas i tabell 10, dvs. både andel patienter och andel vårdtillfällen redovisas för två år.

Tabell 10. Oplanerade återinskrivningar bland personer 65 år och äldre

Återinskrivningar en eller fler gånger (n=2010: 58 782; 2019: 60 518).

	2010		2019	
Återinskrivningar	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**
En	70,1	45,7	70,8	46,9
Två eller fler	29,9	54,3	29,2	53,1
Tre eller fler	11,4	30,1	11,1	29,2
Fyra eller fler	5,1	17,7	4,9	16,8
Fem eller fler	2,6	11,2	2,4	10,1

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen vårdtillfällen för *multisjuka äldre 65 år och äldre*, där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård visas i tabell 11 nedan, dvs. både andel patienter och andel vårdtillfällen redovisas för två år. Identifieringen av multisjuka personer utgår ifrån Socialstyrelsens definition [56]: personer 65 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande tre eller fler gånger inom

slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10 och redovisas i tabell 11.

Tabell 11. Oplanerade återinskrivningar bland multisjuka äldre

Återinskrivningar en eller fler gånger (n=2010: 29 283; 2019: 31 563).

	2010		2019	
Återinskrivningar	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**
En	58,2	32,3	59,3	33,8
Två eller fler	41,8	67,7	40,7	66,2
Tre eller fler	18,0	41,2	17,3	39,5
Fyra eller fler	8,4	25,3	7,9	23,6
Fem eller fler	4,4	16,2	3,9	14,3

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Slutligen andelen vårdtillfällen för patienter *mest sjuka äldre, 65 år och äldre*, där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle i slutenvård visas i tabell 12 nedan, dvs. både andel patienter och andel vårdtillfällen redovisas för två år. Här tillämpades, för att identifiera ”multisjuka och sköra äldre”, Socialstyrelsens definition av "mest sjuka äldre"[56]: personer ska då uppfylla ett antal kriterier som beskrivs närmare i indikatorbeskrivningen, som berör hur omfattande *sjukvård* och *omsorg* individen har per år.

Tabell 12. Oplanerade återinskrivningar bland mest sjuka äldre.

Återinskrivning skett en eller fler gånger (n=2010: 12 537; 2019: 22 510).

	2010		2019	
Återinskrivningar	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**	**Andel patienter**	**Andel återinskrivningar**
En	63,4	37,9	62,5	37,3
Två eller fler	36,6	62,1	37,5	62,7
Tre eller fler	15,1	36,4	15,2	36,1
Fyra eller fler	6,8	21,6	6,8	20,9
Fem eller fler	3,4	13,4	3,2	12,4

Källa: Patientregistret, Register över insatser till äldre och personer med funktions-nedsättning (enligt SoL), Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (enligt LSS), Socialstyrelsen.

Resultaten från Socialstyrelsens rapport 2021 uppger att andelen återinskrivningar inte minskat mellan åren 2010 och 2019. De vanligaste diagnoser som föregår en återinskrivning är desamma 2019 som 2010: kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtinsufficiens, andra sjukdomar i urinorganen, pneumoni samt fraktur på lårben. Några diagnoser ökade dock i förekomst mellan dessa år, främst akut njursvikt, akut tubulointerstitiell nefrit samt psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol [56].

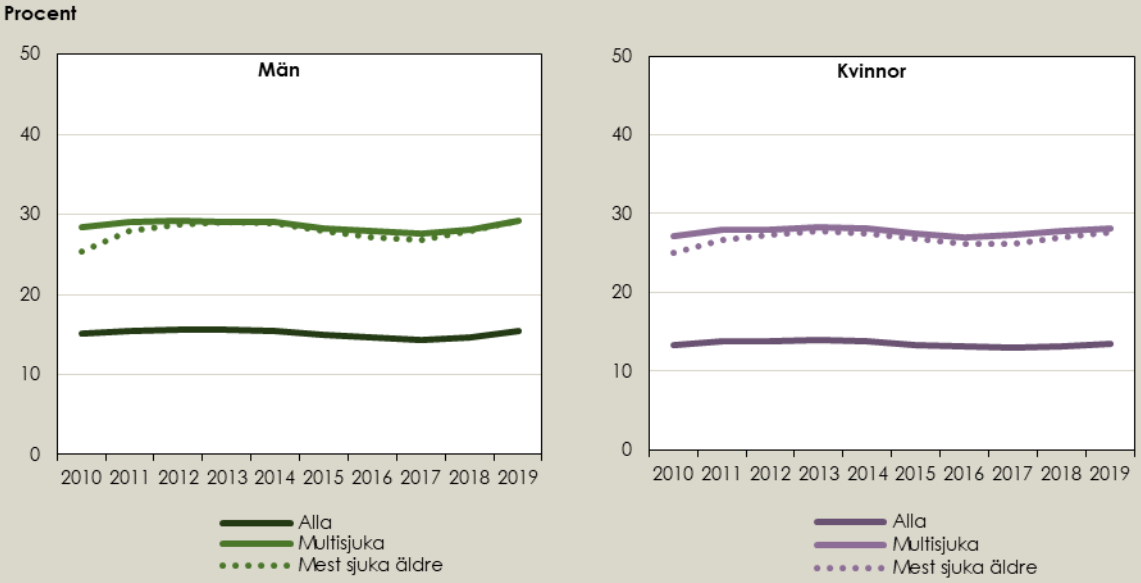
Figuren nedan (11.1) visar hur andelen vårdtillfällen av oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar förändrats över tid uppdelat på de tre olika patientpopulationerna samt kön. Uppgifter från patientregistret berör åren 2010–2019. För båda könen sågs ett likartat mönster, med en högre förekomst av återinskrivningar bland *multisjuka* och *mest sjuka äldre* jämfört med *alla personer 65 år äldre*, och med ringa förändringar över tid.

I figuren nedan (11.2) visas andelen vårdtillfällen av oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för gruppen *mest sjuka äldre* i regionerna över tid. Varje år redovisar spridningen mellan regionernas olika utfall. Vissa år är spridningen mellan regionerna något mindre, medan andra år är spridningen något större och några regioner har under vissa år ett markant lägre utfall än övriga regioner.

Andelen vårdtillfällen av oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar för *mest sjuka äldre* baserat på ett sammanslaget utfall för åren 2018–2019 i kommunerna per län. Vissa län har en större spridning mellan kommuner än andra län (figur 11.3).

Figur 11.1. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar (vårdtillfällen) inom 1-30 dagar . Uppdelat efter multisjuka, mest sjuka äldre, alla 65 år och äldre samt uppdelat på kön. Åldersstandardiserade värden.

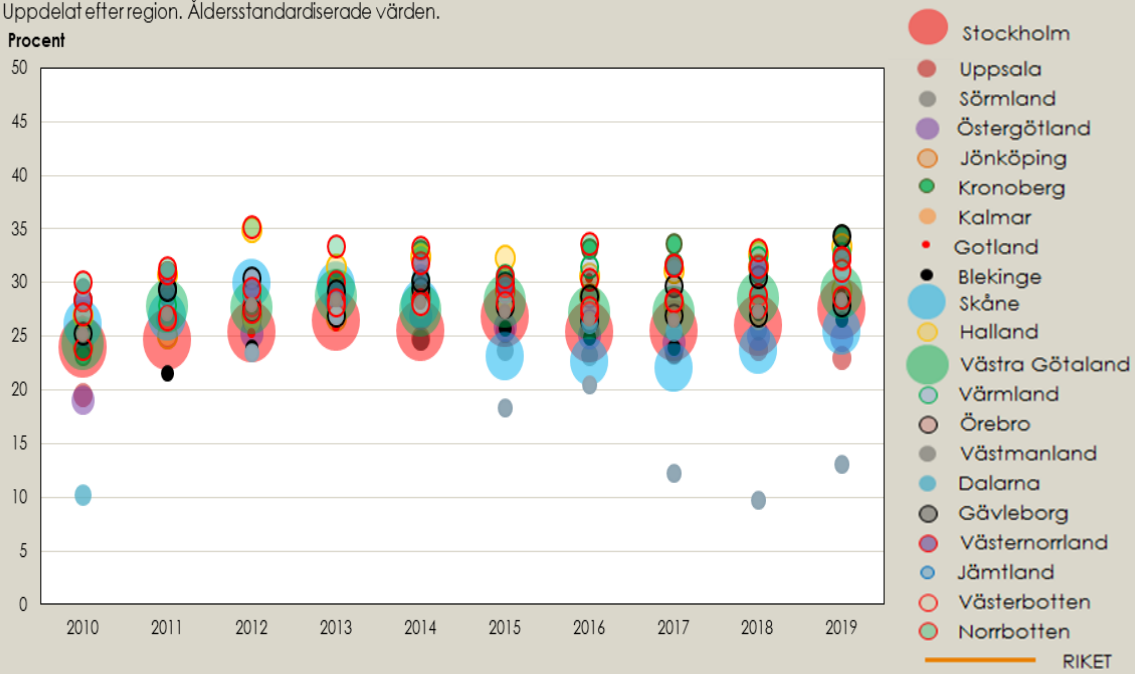


* För SoL (kommunal omsorg enligt socialtjänstlagen) 2010-2012 gäller beslutade insatser och från 2013 är det verkställda insatser. För 2013 saknas många kommuner och redovisningen av några insatser är därför mer osäkra.

Källa: Patientregistret, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

Figur 11.2. Region. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland mest sjuka äldre

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland mest sjuka äldre 65 år och äldre med omfattande vård och omsorg, 2010-2019. Uppdelat efter region. Åldersstandardiserade värden.

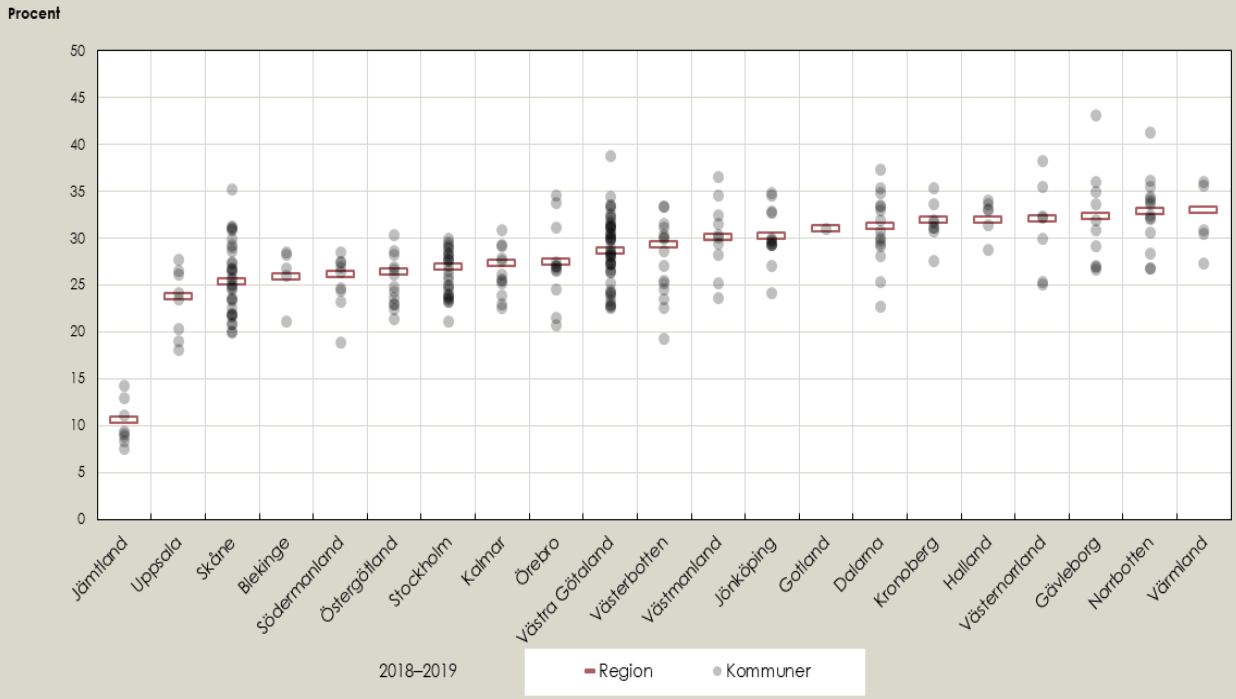


* För SoL (kommunal omsorg enligt socialtjänstlagen) 2010-2012 gäller beslutade insatser och från 2013 är det verkställda insatser. För 2013 saknas många kommuner och redovisningen av några insatser är därför mer osäkra.

Källa: Patientregistret, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

Fig 11.3. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland mest sjuka äldre

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar bland mest sjuka äldre i åldern 65 år och äldre. Avser åren 2018–2019 sammanslaget. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen.

12. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning

Indikatorn speglar oplanerad återinläggning på samma intensivvårdsavdelning (IVA) inom 72 timmar.

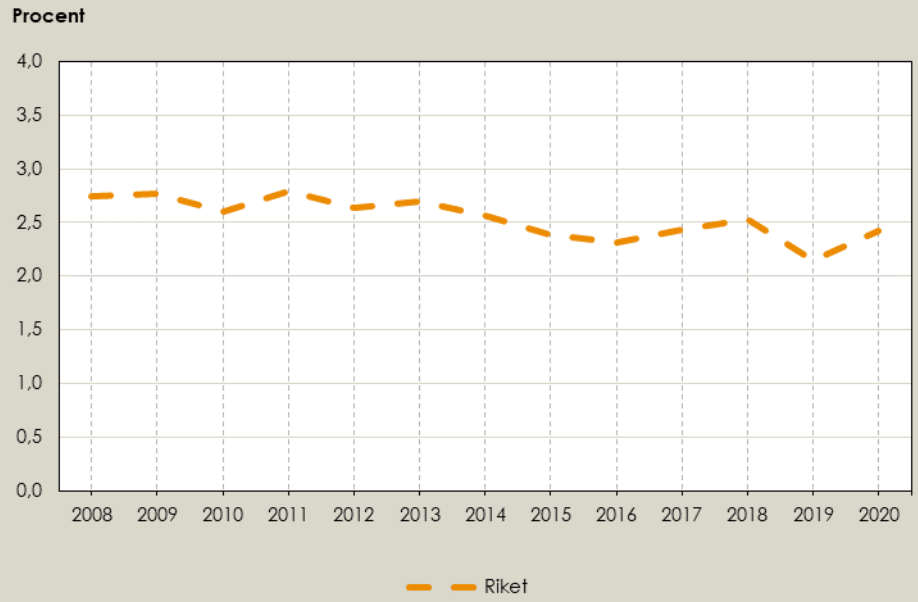
Patienter som återinläggs på IVA kort tid efter utskrivning har en ökad risk för kort överlevnad. Det är dock inte visat huruvida en förlängd initial intensivvårdsperiod är associerad med bättre överlevnad [57]. Återinläggning på IVA kort tid efter att ett tidigare vårdtillfälle avslutats kan återspegla flera faktorer. För den specifika patienten kan tidig återinläggning tyda på för tidig utskrivning. Återinskrivning kan påverkas av tillgängliga resurser hos den enhet som vårdar patienten efter intensivvård. Det kan till exempel vara tillgänglig adekvat kompetens, medicinsk utrustning eller arbetsbelastning. Patientens tillstånd kan efter intensivvård fortfarande kräva täta observationer och behandling. I sin tur kräver det kompetens att bedöma resultat och vidta adekvata åtgärder vid eventuella förändringar i hälsotillståndet. Om ett försämrat hälsotillstånd inte uppmärksammas, bedöms och åtgärdas i tid kan det till slut innebära att patientens försämrade tillstånd åter kräver intensivvård. En tidig återinläggning kan även reflektera en försämring i patientens tillstånd som inte gick att bedöma i förväg.

Figur 12.1 visar att det i riket som helhet var 2,4 procent oplanerade återinläggningar inom 72 timmar på IVA av totalt cirka 44 000 vårdtillfällen på

IVA år 2020. Det är något högre utfall än 2019 som låg på 2,2 procent. Andelen återinläggningar har varit väsentligen stabil under den senaste 10-årsperioden i rikstrenden. Variationen mellan regionerna var från 0,8 till 3,5 procent (figur 12.2).

Figur 12.1. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning

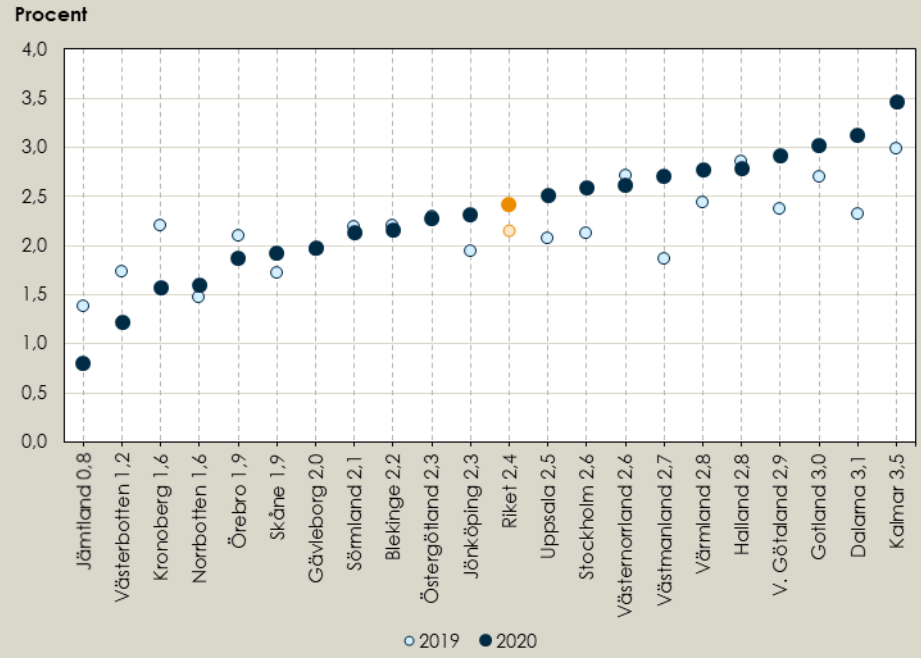
Andel patienter som oplanerat återinlades på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.



Källa: Svenska Intensivvårdsregistret.

Figur 12.2. Oplanerad återinläggning på intensivvårdsavdelning

Andel patienter som oplanerat återinlades på samma intensivvårdsavdelning inom 72 timmar.



Källa: Svenska Intensivvårdsregistret.

Trycksår

Ett trycksår är en lokal skada i huden eller den underliggande vävnaden. Skadan uppstår när närings- och syretillförseln försämras på grund av ett tryck eller tryck i kombination med att huden förskjuts mot den underliggande vävnaden, så kallat skjuv. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget och kroppsdelar där ben ligger nära hud, till exempel ryggslut, höfter och hälar, är speciellt utsatta. Trycksår kan också förekomma på ställen där vävnad utsätts för långvarigt tryck, till exempel på näsvingarna när patienten har sond. Trycksår orsakar ett stort fysiskt, känslomässigt och socialt lidande för den som drabbas och innebär dessutom stora kostnader för samhället.

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador. I de allra flesta fall går det att förhindra att trycksår uppstår. I datakällan markörbaserad journalgranskning (MJG) bedöms trycksår (kategori 2-4) gå att undvika till 92 procent [9]. I ett systematiskt arbete för att minska risken för trycksår i samband med vård ingår bland annat riskbedömningar med hjälp av ett adekvat riskbedömningsinstrument, att dokumentera de åtgärder som genomförs, följa upp och utvärdera åtgärderna samt involvera patient och närstående i det förebyggande arbetet [58].

Trycksår identifieras och klassificeras utifrån sårdjup enligt kategori 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4 [59]. Förekomst av trycksår mäts bland annat genom punktprevalensmätningar. Nationella punktmätningar (PPM) av trycksårsförekomst har genomförts sedan 2011. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll [60, 61]. PPM ge-

nomförs vid en given tidpunkt och omfattar normalt alla patienter i den aktuella verksamheten vid tidpunkten för mätningen. Observationerna baseras på bedömningar, vilket kan påverka resultatet. Om granskarna är ambitiösa kan de antagligen hitta fler trycksår än andra. PPM är också känsligt för tillfälliga händelser på enheten och säsongsvariationer.

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

13. Patienter med förekomst av trycksår inom slutenvården
14. Trycksår hos riskpatienter
15. Patienter med förekomst av trycksår inom vård och omsorg samt hemsjukvård

13. Patienter med förekomst av trycksår inom slutenvården

Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i sluten vård vid tidpunkten för mätningen. PPM i slutenvården görs under en dag på varje avdelning under en vecka på våren. Samtliga patienter över 18 år som är inskrivna i sluten vård den aktuella mätdagen ingår i rapporteringen. Punktprevalensmätning (PPM) innebär att patientgrupper med långa vårdtider blir överrepresenterade jämfört med andelen av vårdtillfällena. Enligt MJG har vårdtillfällen med trycksår grad 2–4 cirka dubbelt så lång vårdtid jämfört med genomsnittet. Det innebär att förekomsten av trycksår grad 2–4 uttryckt som andel av vårdtillfällena är betydligt lägre än de som uppmäts vid prevalensmätning hos inskrivna patienter en viss dag.

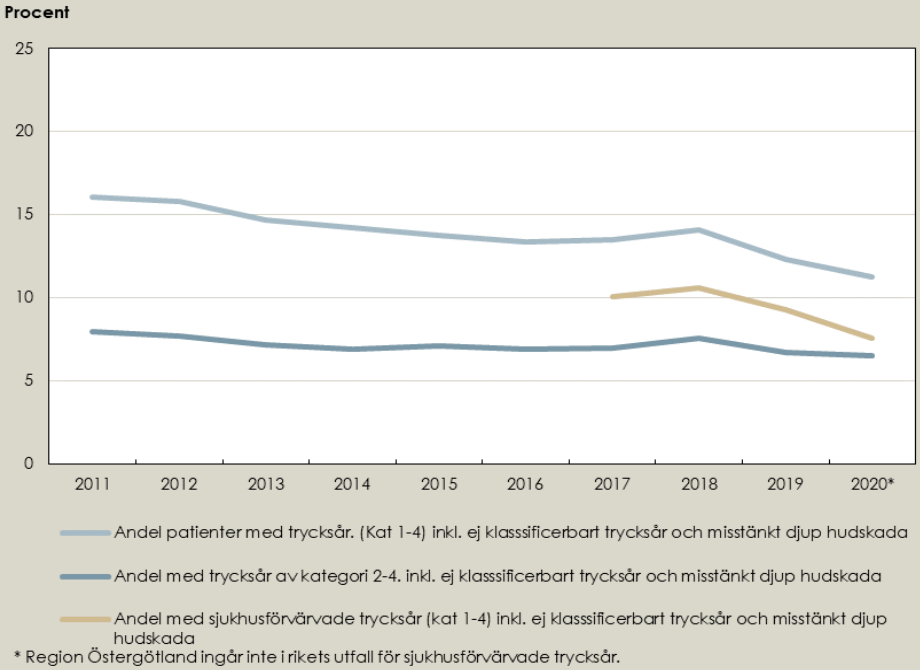
PPM i slutenvården består av observation, riskbedömning, hudbedömning, insatta förebyggande åtgärder samt journalgranskning. Utöver trycksårskategorierna 1–4 ingår sedan 2019 ytterligare två kategorier: Icke klassificerbart trycksår och Misstänkt djup hudskada. För båda dessa kategorier är sårdjupet omöjligt att ta ställning till och därmed möjligheten att bedöma kategorin [60]. Sedan 2017 mäts också andelen sjukhusförvärvade trycksår.

Mätningen i slutenvården våren 2020 omfattade drygt 12 800 patienter. I figur 13.1 redovisas andel patienter med trycksår för kategori 1–4, kategori 2–4 samt sjukhusförvärvade trycksår. Förekomsten av trycksår kategori 1–4 har sedan år 2011 gått ned från 16,1 procent till 11,3 procent. Resultatet är det lägsta värdet för hela den redovisade tidsperioden. De mer allvarliga trycksåren (kategori 2–4) har också minskat men här ses en betydligt lägre minskning. Minskningen över tid kan tolkas som att det förebyggande arbetet förbättras över tid. Flera regioner genomför lokala och regionala mätningar flera gånger per år. Data från vissa lokala mätningar som genomförts i egen regi ingår i värdet för riket.

I figur 13.2 redovisas andel patienter med minst ett trycksår inom slutenvården för åren 2020 och 2019 i regionerna. Utfallet för 2020 varierar mycket mellan regionerna från 4,0 procent till 16,2 procent.

Figur 13.1. Förekomst av trycksår i slutenvård

Andel patienter med olika grad av trycksår samt sjukhusförvärvade trycksår över tid.

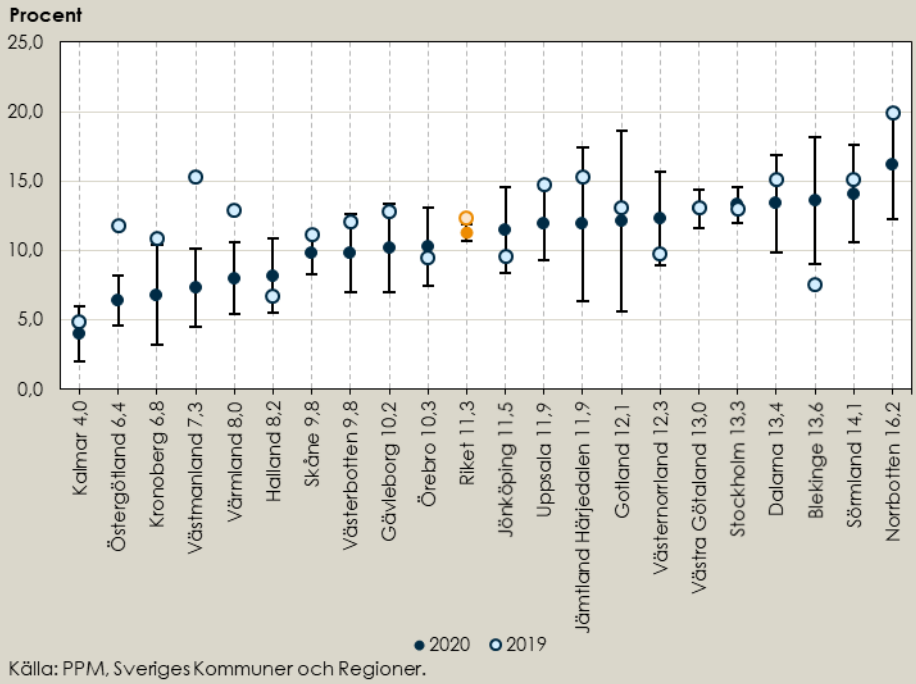


* Region Östergötland ingår inte i rikets utfall för sjukhusförvärvade trycksår.

Källa:PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 13.2. Förekomst av trycksår i slutenvård

Andel patienter i slutenvård som har minst ett trycksår.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

14. Trycksår hos riskpatienter

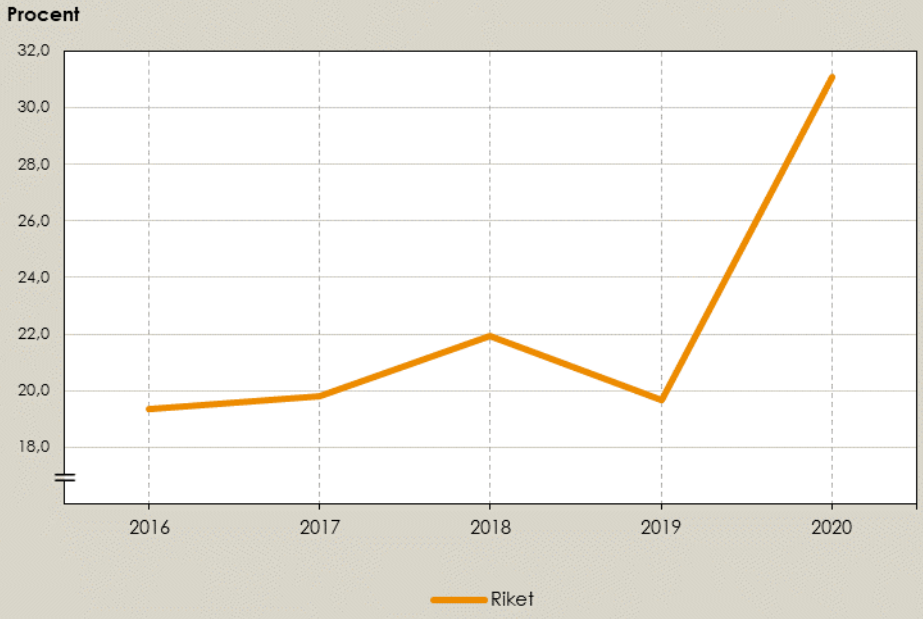
Vid punktprevalensmätningen registreras en riskbedömning gjord av personalen med hjälp av Nortonskalan, vars resultat ger personalen en uppskattning av om patienten är i riskzonen för trycksår eller inte. Minsta möjliga summa är 7 och den högsta är 28. En patient med 20 eller färre poäng är en så kallad riskpatient [60].

Indikatorn visar andel patienter i sluten vård med ökad risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 1–4, inkl. icke klassificerbart trycksår. I mätningen 2020 bedömdes en femtedel av patienterna ha risk för att få trycksår, vilket har varit relativt konstant de senaste årens mätningar. Östergötland ingår inte i redovisning för åren 2019 samt 2020. Medelåldern hos riskpatienterna var 78 år. Det var 31,1 procent av riskpatienterna som hade trycksår (kategori 1–4). Det är en markant ökning jämfört med 2019 (figur 14.1) då andelen riskpatienter med trycksår var 19,7 procent och det resultatet var i nivå med mätningarna sedan 2016. I figur 14.2 redovisas andel riskpatienter med minst ett trycksår inom slutenvården för åren 2020 och 2019 i regionerna. Utfallet för 2020 varierar mycket mellan regionerna, från 5,5 procent till 42,5 procent. Utfallet ska dock tolkas med försiktighet. Det var störst förekomst av trycksår hos riskpatienterna i åldersgruppen 65–74 år, 34 procent.

En stor andel av trycksåren går att undvika med förebyggande åtgärder och en tidig riskbedömning är viktig så att förebyggande åtgärder snabbt kan sättas in. Hos drygt hälften av riskpatienterna fanns en dokumenterad riskbedömning inom det första dygnet, men det är stora variationer mellan regionerna. Det fanns en dokumenterad hudbedömning inom 24 timmar hos nästan 70 procent av riskpatienterna. De förebyggande åtgärder som mäts i PPM är lägesändring i säng respektive stol, behandlande madrass, förebyggande madrass, tryckreducerande dyna i stol, glidlakan eller annan utrustning och hälavlastning. Målet behöver inte alltid vara hundra procent eftersom valet av förebyggande insats baseras på individens behov. Det var 96,3 procent av riskpatienterna som hade förebyggande eller behandlande madrass. Det är en utveckling jämfört med 2014 då siffran var 86 procent. Det var 37,4 procent av riskpatienterna som hade hälavlastning, 58,2 procent hade planerad lägesändring och 34,7 procent hade glidlakan [62].

Figur 14.1. Trycksår hos riskpatienter

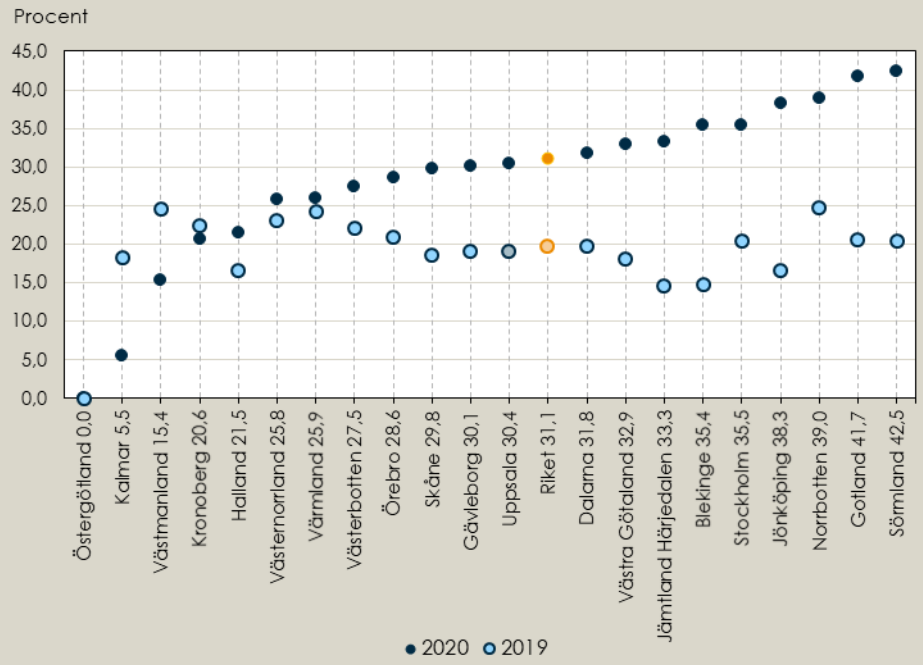
Andel patienter med ökad risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 1–4, inkl icke klassificerbart trycksår.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 14.2 Trycksår hos riskpatienter

Andel patienter med ökad risk för trycksår som har minst ett trycksår inom kategori 1 – 4, inkl icke klassificerbart trycksår.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner

15. Patienter med förekomst av trycksår inom vård och omsorg samt hemsjukvård

Indikatorn visar andelen patienter med förekomst av minst ett trycksår inom hemsjukvård och vård och omsorg.

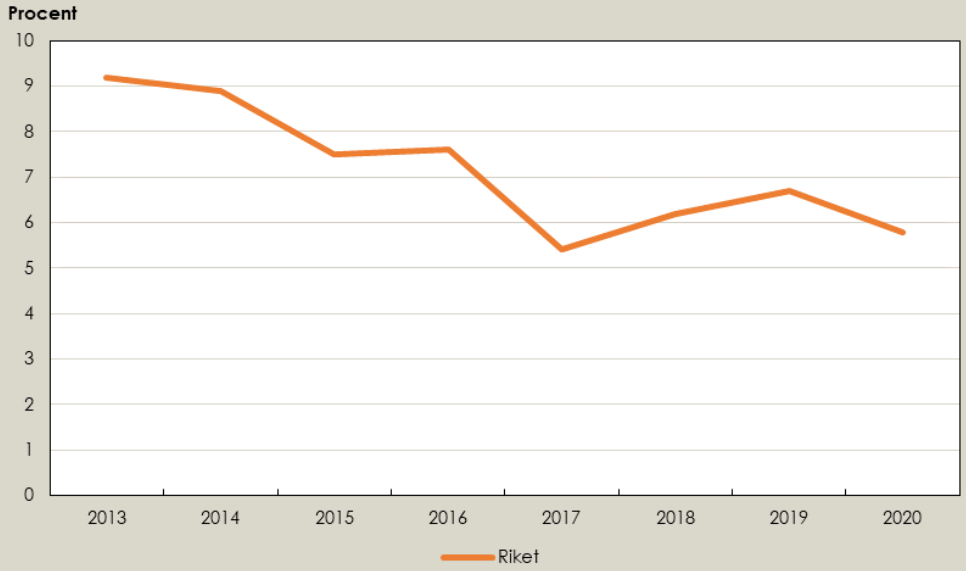
Punktprevalensmätningen i hemsjukvård och vård och omsorg innebär att kvalitetsregistret Senior alert gör ett datauttag som baseras på antal inskrivna personer för samtliga enhetstyper inom verksamheter i kommunerna och verksamheter i regionerna för samtliga juridiska vårdgivare. Från och med mätningen 2017 används en annan metod, så resultat från tidigare mätningar är därmed inte helt jämförbara. Datauttaget görs på riskbedömningar, planerade och utförda åtgärder samt pågående trycksår. Observationer och hudbedömning genomförs på alla personer som är inskrivna på enheten på mätdagen [61].

Andel patienter med förekomst av trycksår inom hemsjukvård samt vård och omsorg, (dvs. kommunal verksamhet inklusive kommunala och privata enhetstyper: demens, vård och omsorg, korttidsboende, hemsjukvård, LSS) i PPM 2020 är 5,8 procent och har minskat jämfört med utfallet 9,2 procent 2013. Resultaten för 2020 är i nivå med de senaste tre åren (figur 15.1). Knappt hälften av trycksåren bedömdes som lindriga (kategori 1). Det är vanligast med trycksår på hälarna och i ryggslutet. Förekomsten av trycksår varierade beroende på enhetstyp. Vanligast var förekomsten av trycksår på korttidsboenden i kommunerna (cirka 9 procent) vilket ses i figur 15.2 där utfallet redovisas utifrån enhetstyp.

En fjärdedel av patienterna bedömdes ha risk för att få trycksår. De två vanligaste planerade förebyggande åtgärderna för personer som bedömts ha risk för trycksår var bedömning av huden (60 procent) och hudvård (52 procent). Andelen utförda förebyggande åtgärder låg däremot på en väsentligt lägre nivå: 19 procent för bedömning av huden, och 16 procent för hudvård. Bruk av tryckavlastande hjälpmedel planerades för 49 procent och registrerades som utförda för 15 procent. Andelen planerade respektive utförda förebyggande åtgärder är i nivå med mätningen 2019 [63].

Figur 15.1. Förekomst av trycksår inom hemsjukvård samt vård och omsorg

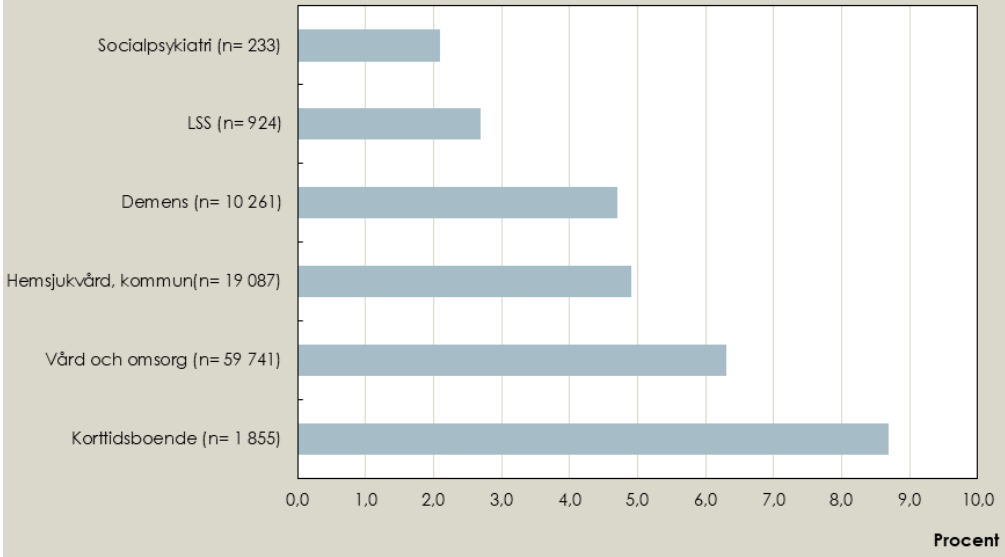
Andel patienter med förekomst av trycksår inom hemsjukvård samt vård och omsorg.



Källa: PPM, Senior alert.

Figur 15.2. Förekomst av trycksår inom hemsjukvård samt vård och omsorg

Andel patienter med förekomst av trycksår per enhetstyp. Avser år 2020.



Källa: PPM, Senior alert.

Om relaterade mått och data

Svenska palliativregistret redovisar uppgifter för trycksår i den palliativa vården. Trycksår kategori 2–4 som uppkommit på sjukhus mäts också inom ramen för markörbaserad journalgranskning i SKR:s regi. Dessutom redovisar regionerna trycksår för hemsjukvården i Senior alert.

Vårdrelaterad infektion

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som ”infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning” [64].

Studier visar att minst 20–30 procent av VRI borde gå att förebygga. I somatisk slutenvård för vuxna bedöms VRI utgöra drygt en tredjedel av alla skador, varav 54 procent bedöms gå att undvika dvs. är vårdskador [9, 65]. I de flesta journalsystem saknas möjlighet att i efterhand fastställa om man i det enskilda fallet följt de riktlinjer som finns i lokala vårdprogram. För att standardisera metoden vid journalgranskning betraktas därför VRI principiellt som undvikbara, vilket även Socialstyrelsen gjorde i sin vårdskadestudie [66]. Detta kan bidra till att graden av undvikbarhet i MJG-undersökningarna generellt har bedömts högre än vid andra typer av undersökningar.

I vården kan smittspridningen minskas genom hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Uppföljning av kvalitetsarbete inom vårdhygien samt utarbetade verktyg för egenkontroll av god hygienisk standard är grundläggande för att förebygga VRI. Andra framgångsfaktorer är ett tätt samarbete mellan funktionen vårdhygien och verksamheten, frekvent och kvalificerad städning och att högsta ledningen har ett tydligt fokus på VRI. Även patienter ska om möjligt göras delaktiga och få kunskap om hygienens betydelse för att minska förekomsten av VRI [67].

Förekomsten av VRI i slutenvården mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM) och med markörbaserad journalgranskning. Nedan redovisas resultat från båda typerna av mätning.

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

16. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård
17. Patienter med vårdrelaterad infektion genom journalgranskning
18. Vårdrelaterade infektioner hos barn i neonatalvård
19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

16. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård

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

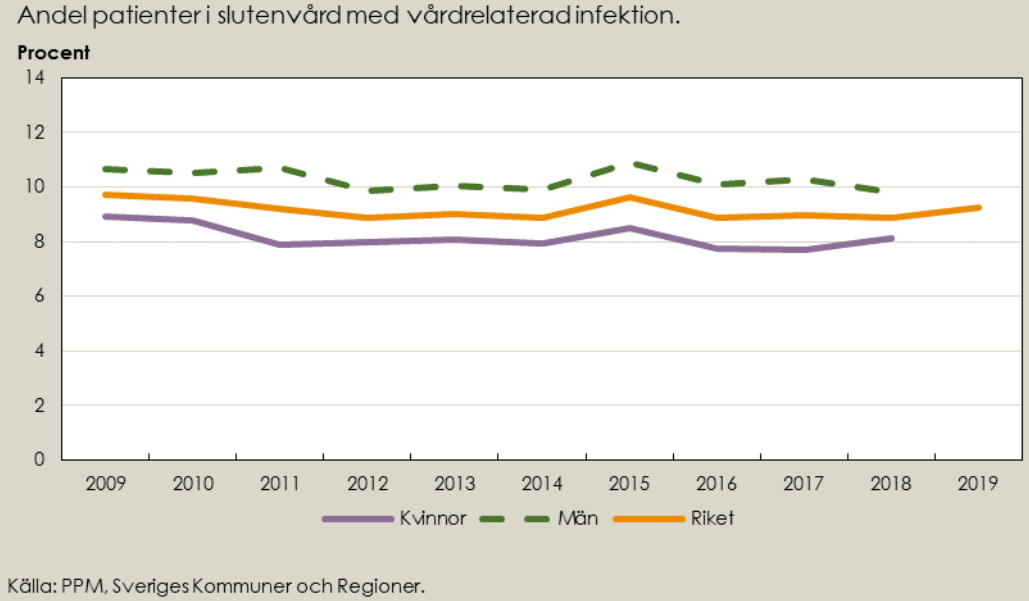
Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården samt ett antal privata sjukhus som har avtal med regionerna deltar i punktprevalensmätning av

VRI. Mätningen genomförs en gång per år under en dag inom ett sjukhus, och samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll [68]. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mätdagen ingår i rapporteringen.

Våren 2019[1] genomfördes den senaste nationella punktprevalensmätningen. Sammanlagt 13 633 patienter ingick i mätningen. I riket hade drygt 9 procent av patienterna i slutenvården drabbats av VRI (figur 16.1). Sedan 2012 har värdena legat kring 9 procent för de flesta mätningarna. För 2019 saknas information om könsuppdelade data, men alla övriga mätningar har visat på en högre förekomst bland män än bland kvinnor.

Spridningen mellan regionerna var stor mellan 5,2 till 12,3 procent, se figur 16.2. I Jämtland hade 3,3 procent av patienterna VRI enligt mätningen 2019 vilket är tydligt under rikets värde. I regionen med högst andel drabbade gällde detta drygt 13 procent av patienterna.

Figur 16.1. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård

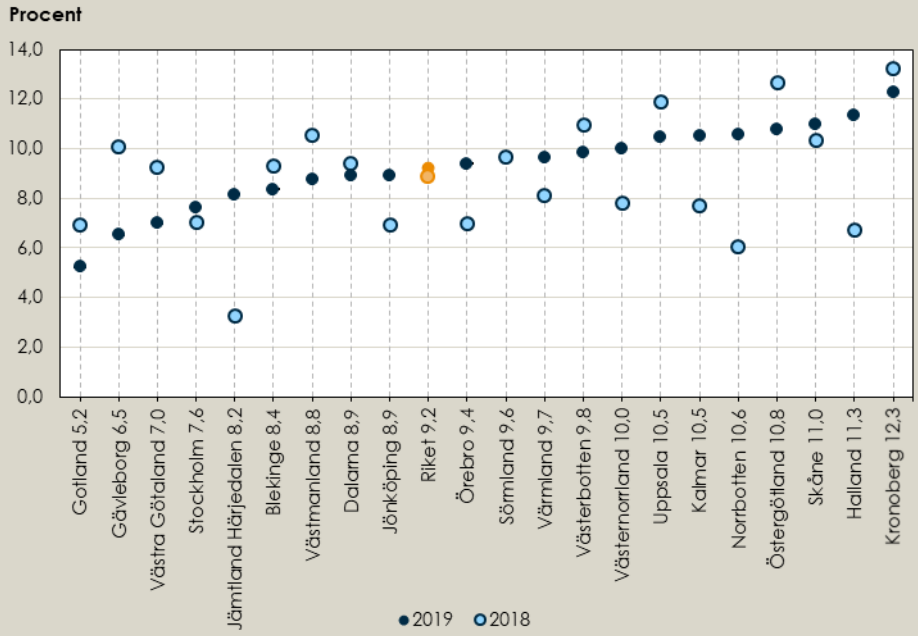


Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

[1]Våren 2020 och 2021 genomfördes ingen mätning med anledning av pågående covid-19 pandemi.

Figur 16.2. Patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård

Andel patienter i slutenvård med vårdrelaterad infektion.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

17. Patienter med vårdrelaterad infektion – journalgranskning

Indikatorn visar andelen vårdtillfällen i somatisk slutenvård för vuxna där patienten fått en eller flera vårdrelaterade infektioner (VRI). Infektionen kan vid markörbaserad journalgranskning bedömas som undvikbar (vårdskada) eller icke undvikbar.

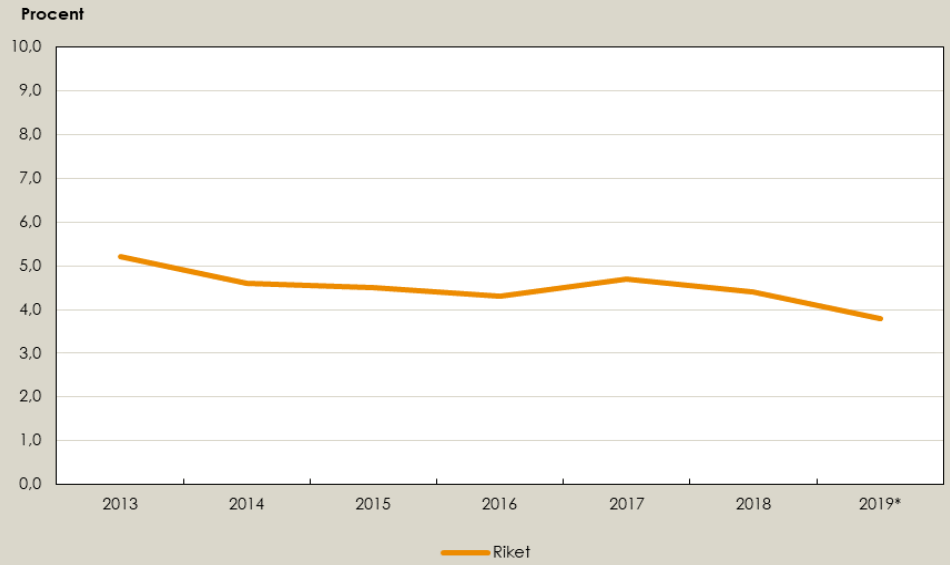
Figur 17.1 visar att förekomsten av andel vårdtillfällen med VRI har minskat under åren 2013 till 2019, från 5,2 procent till 3,8 procent.[2] Minskningen skedde framför allt under perioden 2013–2016. År 2019 var andelen VRI 4,9 procent hos män och 4,3 procent hos kvinnor och skillnaden mellan könen var större för VRI än för andra skadetyper i mätningen vilket framgår i rapporten *Markörbaserad journalgranskning – skador i somatisk vård januari 2013–december 2019* [9].

Figuren nedan (17.2) visar andelen patienter med VRI och att utfallet är genomgående högre för patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp än för de som inte genomgått ett kirurgiskt ingrepp. Dessutom är VRI efter ett kirurgiskt ingrepp högre bland dem som är 65 år eller äldre [9].

[2] Det var 19 regioner som deltog i markörbaserad journalgranskning 2019.

Figur 17.1. Patienter med vårdrelaterad infektion - journalgranskning

Andel vårdtillfällen där patienten fått en eller flera vårdrelaterade infektioner.

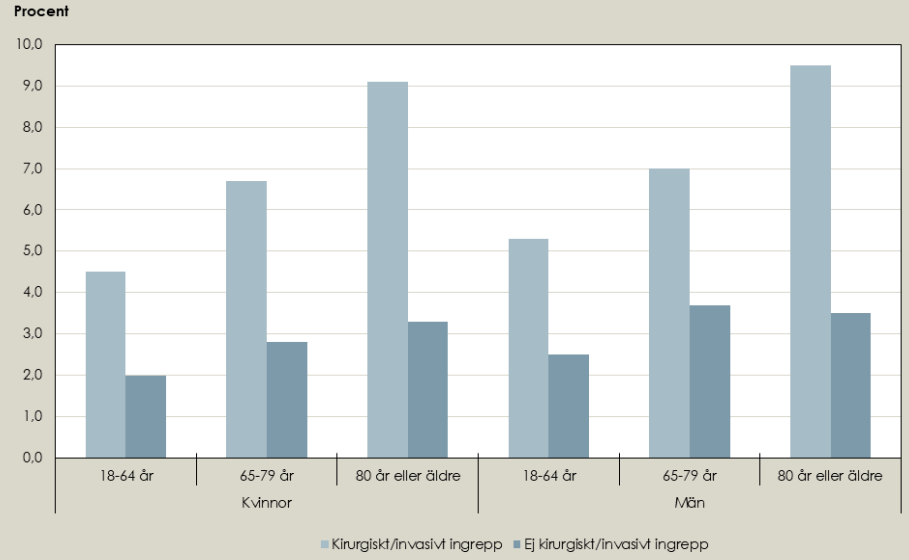


* Region Västernorrland och Region Östergötland ingår inte mätningen.

Källa: Markörbaserad journalgranskning.

Figur 17.2. Patienter med vårdrelaterade infektioner

Andel vårdtillfällen med vårdrelaterad infektion för patienter som genomgått ett kirurgiskt eller annat invasivt ingrepp. Avser 2015–2019 sammantaget.



Källa: Markörbaserad journalgranskning.

18. Vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Enligt Svenskt neonatalt kvalitetsregisters (SNQ) årsrapport 2019 vårdas 9,9 procent av alla nyfödda på en neonatalavdelning och under 2019 föddes 114 523 barn i Sverige [19]. De flesta behöver bara vård under en kort period. Det kan handla om syrebrist under förlossningen som gör att barnet får svårare att anpassa sig till livet utanför livmodern, att hålla kroppstemperaturen eller andas normalt. En annan orsak kan vara att det finns medfödda missbildningar.

Vissa nyfödda som vårdas inom neontalvården drabbas av vårdrelaterade infektioner.

Indikatorn visar antalet verifierade eller bekräftade vårdrelaterade infektioner per 1 000 vårddygn på neonatalavdelning. Här ingår endast bekräftade infektioner (som påvisas av bakterier i blodbanan) som uppkommit efter det tredje vårddygnet efter inskrivning. Ett annat kriterium är att infektionen inte var anledning till att barnet behövde vård utan tillkom efter det tredje dygnet, vilket utesluter att barnet har fått infektionen på annat ställe än på neonatalavdelningen.

Kvalitetsregistret används för att besvara frågor om hur behandlingsmetoder och rutiner varierar över landet samt om hur dessa variationer påverkar vårdens resultat och barnens framtida hälsa. Alla neonatalavdelningar rapporterar till registret SNQ som har samordnats med det medicinska födelseregistret (MFR) så att gemensamma variabler definieras och rapporteras på samma sätt.

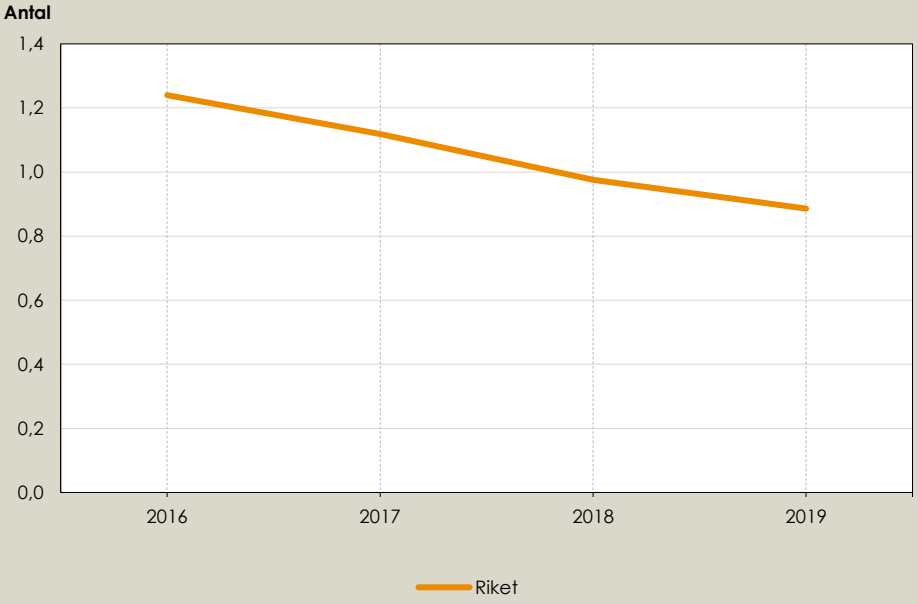
Det är många barn som vårdas på en neonatalavdelning, det låga antalet infektioner gör den statistiska osäkerheten stor. Skillnader i utfallet mellan enheter kan bero på många olika faktorer. En faktor som håller antalet nere är god efterlevnad av hygienrutiner, medan hög beläggningsgrad kan göra att infektionerna blir fler. På enheter som tar emot barn med särskilt komplicerade tillstånd är det vanligare med infektioner. Enheterna har ibland olika rutiner för att utföra blododling vid misstänkt infektion – mer frekvent blododling ger fler positiva svar. Även bortfall av uppgifter kan påverka de redovisade resultaten. Skillnaderna i hur man organiserar vården av nyfödda barn med lättare, övergående vårdbehov i samband med födseln kan påverka regionernas utfall.

I årsrapporten från registret anges att vårdrelaterad neonatal sepsis minskat med 30 procent efter att ett projekt haft fokus på att reducera VRI genom införande av särskild rutin för desinfektion av centrala infarter. Projektet medförde en förbättrad diagnostik (standardisering av diagnoskriterier) och en signifikant minskning av antalet infektionsepisoder [19].

I riket var utfallet 0,9 verifierade eller bekräftade vårdrelaterade infektioner per 1 000 vårddygn på neonatalavdelning 2019 (figur 18.1). Variationerna mellan regionerna var från 0 till 2,4 VRI per 1 000 vårddygn (figur 18.2).

Figur 18.1 Verifierade vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

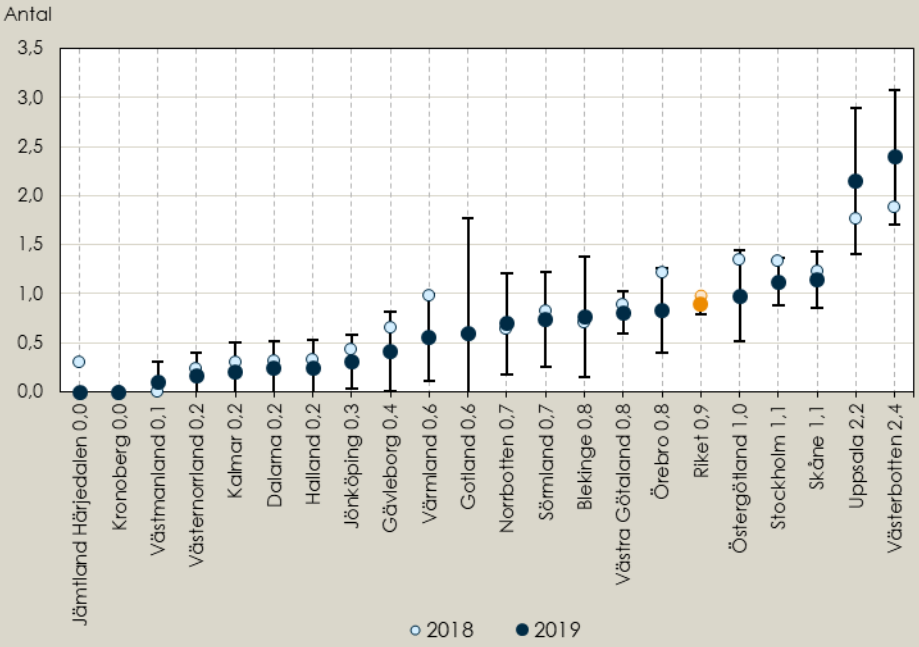
Antal verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1000 vårddygn i neonatalvård. Mätperioden är tre år, där det redovisade årtalet är det sista av dessa.



Källa: Svenskt neonatalt kvalitetsregister.

Figur 18.2. Verifierade vårdrelaterade infektioner i neonatalvård

Antal verifierade vårdrelaterade infektionsepisoder per 1000 vårddygn i neonatalvård. Mätperioden är tre år, där det redovisade årtalet är det sista av dessa.



Källa: Svenskt neonatalt kvalitetsregister.

19. Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

Nationell årlig punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner, riskfaktorer och antibiotikaanvändning inom särskilt boende (säbo) startade 2014. HALT heter datakällan (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities). Det är en evidensbaserad metod som bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll för mätning av VRI och antibiotikaanvändning inom vårdboenden. Mätningen genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama. Alla särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter (vård och omsorg enligt lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade) erbjuds att delta. Mätningen genomförs en valfri dag under två veckor på hösten. Metoden baseras på journalgranskning. I HALT definieras vårdrelaterad infektion enligt följande:

- Första tecknen och symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning.
- Alla symtom måste vara nya eller ha akut försämrats.
- Infektioner som redan förekom eller var i inkubationsstadiet vid tidpunkten för inflyttning eller återinflyttning ska inte räknas med.

Riskfaktorer har stor betydelse för uppkomsten av vårdrelaterade infektioner. Den vanligaste riskfaktorn är någon form av sår. Urinkateter är den näst vanligaste riskfaktorn. Om vårdtagaren har flera riskfaktorer samtidigt ökar risken avsevärt [69]. Genom att strukturerat mäta riskfaktorer, förekomst av infektioner och antibiotikaanvändning skapas underlag för ett systematiskt förbättringsarbete med att minska och förebygga uppkomsten av riskfaktorer hos vårdtagarna.

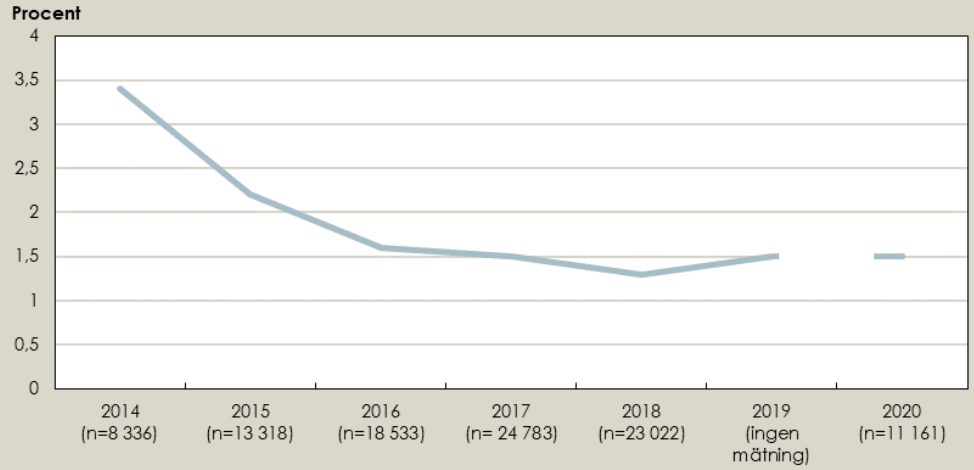
Indikatorn visar andel vårdrelaterade infektioner på vård- och omsorgsboende för äldre. I mätningen 2020 deltog 11 339 vårdtagare (varav 178 personer på LSS-enheter) från 112 kommuner. Det var mer än en halvering av antalet deltagare jämfört med förra mätningen (2018) då 23 022 vårdtagare från 142 kommuner deltog. Det lägre antalet deltagare berodde sannolikt på den pågående pandemin.

Figuren nedan (19.1) visar att totalt 1,5 procent (166 personer) av äldre personer som bor på särskilt boende för äldre hade en VRI.

Hud- och mjukdelsinfektion och urinvägsinfektion var vanligast. Det var 2,8 procent (314 personer) som behandlades med antibiotika. Riskfaktorer var vanligare bland vårdtagare på korttidsplats än på permanentplats. Vårdtagare på en korttidsplats hade en högre andel sår och urinkateter jämfört med personer på ett permanentboende. Inga betydande skillnader i den totala prevalensen, för VRI eller antibiotikaanvändning, kunde ses i jämförelse med de tre senaste mätningarna [69].

Figur 19.1 Vårdrelaterad infektion på vård- och omsorgsboende för äldre

Andel vårdrelaterade infektioner på vård- och omsorgsboende för äldre i kommunerna över tid.



Källa: Senior alert, Folkhälsomyndigheten.

Är vården säker här och nu?

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområdet syftar till att möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården och skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård där patientsäkerheten stärks genom att minska oönskade variationer. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare uppfyller kraven om ledningssystem i hälso- och sjukvården och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av vården och säkerställer en kontinuerlig utveckling, anpassning och tillämpning av system, processer och rutiner som underlättar att göra rätt och gör det svårt att göra fel. Vidare att tillförlitlighet i processer och system och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner följs i egenkontrollen.

I fokusområde 2 ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning ett etablerat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns och tillämpas för en sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett var vården sker. Här ingår att mäta i vilken utsträckning rekommenderade rutiner och processer tillämpas i vården.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta i vilken utsträckning rekommenderade processer tillämpas för att vården ska vara kunskapsbaserad och säker, dvs. att vård ges på rätt sätt. Här ingår kunskapsbaserade riktlinjer och nationella vårdprogram avseende personcentrering, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering eller andra överenskomna åtgärder för exempelvis kontinuitet och sammanhållen vård.
- Att mäta patienters och närståendes uppfattning av hur vårdens processer fungerar, exempelvis samordning mellan vårdutförare, upplevelse av behandlingseffekt samt hur patienter och närstående involveras i planering och utformning av olika vårdprocesser.

Utvecklingsområden

Kartläggningen av indikatorer visar att det inte finns indikatorer för alla punkter som ingår i principer för urval, vilket pekar på att det finns ett utvecklingsbehov, bland annat inom barnverksamhet, samordning och diagnostik. Nedanstående punkter är identifierade utvecklingsområden:

- Utveckla uppföljning av i vilken utsträckning riktlinjer och rekommendationer för tillförlitliga och säkra strukturer och processer tillämpas.

- Utveckla indikatorer som mäter samordning och prioritering av hur olika kunskapsunderlag implementeras respektive avvecklas i vården.
- Utveckla uppföljningen av olika aspekter på processer inom exempelvis diagnostik, digitaliserad vård, egenvård, informationssäkerhet, kommunikation, kontinuitet, läkemedelshantering, medicinteknik, samordning och samverkan, strålsäkerhet, transportsäkerhet och ändamålsenliga vårdmiljöer.
- Utveckla uppföljning av patienters och närståendes återkoppling om behandlingseffekter, upplevelse och erfarenheter av tillgänglig och sammanhållen vård samt hur patienter och närstående involveras i planering och utformning av olika processer.

Om redovisningen för fokusområdet

I avsnittet redovisas indikatorer för flera verksamhetsområden. Redovisningen speglar förebyggande arbete, teambaserad vård, läkemedel, läkemedelsgenomgång och delaktighet.

Förebyggande arbetssätt

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården
21. Fallprevention
22. Förebyggande åtgärder (fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa)
23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
24. Rutin vid försämrat allmäntillstånd hemtjänst
25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans
26. Rutiner för delaktighet vid läkemedelsgenomgång
27. Rutiner för samverkan vid läkemedelsgenomgång
28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre

20. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården

I ett fallpreventivt arbetssätt är fallriskvärdering den initiala bedömningen som syftar till att avgöra om en person har allmän eller förhöjd fallrisk. Om allmän eller förhöjd fallrisk föreligger genomförs en teambaserad strukturerad fallriskutredning med syfte att identifiera aktuella riskfaktorer. Utredningen ligger sedan till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall. Med fall avses en fallhändelse då någon oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte. Värdering av fallrisken ska genomföras kontinuerligt [70].

Måttet visar om det i kommunen finns styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvården, dvs. med inskriven i hemsjukvård avses kommunens och regionens överenskommelse om vilka som är inskrivna i hemsjukvården. Med styrdokument avses t.ex. regionala eller lokala riktlinjer för hälso- och sjukvården som innehåller målsättningar för vården och närliggande omsorg till personer som erhåller vård och behandling. Med inskriven i hemsjukvård

avses kommunens och regionens överenskommelse om vilka som är inskrivna i hemsjukvården. Kommuner i Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun, omfattas inte av frågan och ingår inte i resultatet för riket [71].

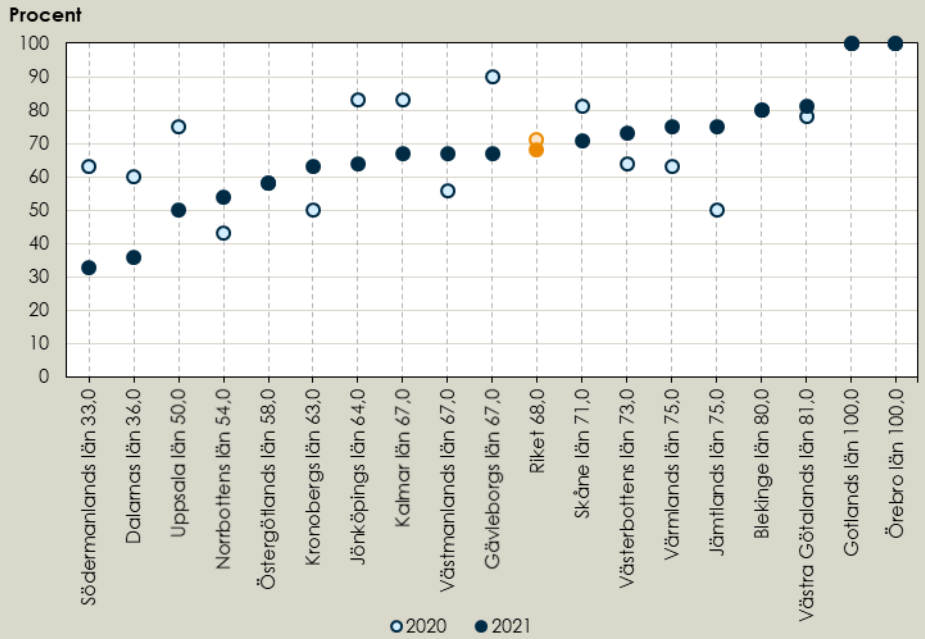
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Ett systematiskt förebyggande arbete skapar trygghet för individen genom att veta att fallrisk är bedömt och att adekvata åtgärder som minskar risken för fall och fallskada, som kan leda till minskad förmåga till egenvård, lidande och försämrad livskvalitet, genomförs.	Ledningen uppfyller kraven om ledningssystem i hälso- och sjukvården och skapar förutsättningar för ett förebyggande arbetssätt genom styrande dokument som anger och beskriver att fallriskvärdering, som syftar till att avgöra om patienten har allmän eller förhöjd fallrisk, sedan ligger till grund för de åtgärder som behöver vidtas för att minska risken för fall, ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvården.

Figuren (20.1) visar att 68 procent av kommunerna på riksnivån svarat på frågan att de har styrdokument om att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvård i mätningen 2021. Det är en liten minskning jämfört med 2020 då resultatet var 71 procent.

År 2021 är spridning mellan kommunernas utfall sammanställt på länsnivå och varierar mellan 33–100 procent. Halland och Västernorrland har ett bortfall på över 20 procent år 2021 och redovisas därför inte på länsnivå. År 2020 hade Halland 80 procent och Västernorrland 17 procent.

Figur 20.1. Fallriskvärdering vid inskrivning i hemsjukvården

Andel kommuner per län som uppgett att de har styrdokument, antagna i ansvarig nämnd (eller på delegation), att fallriskvärdering ska genomföras vid inskrivning i hemsjukvården.



Källa: Öppna jämförelser, kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

21. Fallprevention

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen i form av framförallt lidande och försämrad livskvalitet. Flertalet äldre personer som vårdas för fallskada i sluten vård är personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Majoriteten av alla dessa fall sker i den egna bostaden. Orsakerna till fallolyckan kan vara många och kan spegla det förebyggande arbetet inom olika verksamheter [72].

För att ge en bild av vikten av fallpreventivt arbetssätt redovisas här förekomsten av antal vårdtillfällen för fallskada och höft- och lårfraktur i sluten vård bland personer 65 år och äldre med kommunal hemsjukvård eller i särskilt boende för äldre. Resultatmåtten kan inte förklara hur det preventiva arbetet har bedrivits. Utfallet säger inte heller något huruvida fallskadorna var *undvikbara*. En av de viktigaste åtgärderna för att minska risken för fall är att bedöma om en patient har förhöjd risk att falla. Om det finns en förhöjd risk för fall *ska* en strukturerad fallriskutredning genomföras [73].

Kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för det fallförebyggande patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Vid analys och värdering av resultat behöver hänsyn tas till en mängd faktorer, t.ex. demografi, multisjuklighet och skörhet, pågående fallpreventivt arbete, regionala riktlinjer gällande inskrivning på sjukhus etc. [71].

Information om antal personer 65 år eller äldre med kommunal hemsjukvården som årligen vårdas i sluten vård på grund av fallskada utgör underlag för styrning och ledning av kvalitet inom huvudmannens hälso- och sjukvårdsansvar.

Måttet avser personer 65 år eller äldre inskrivna i kommunal hemsjukvård som vårdas inom sluten vård på grund av fall, dvs. som blivit inskrivna på sjukhuset. Det betyder att måttet inte mäter alla fallolyckor inom den kommunala hemsjukvården. Fallolyckor som leder till vård inom primärvården, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning ingår inte i måttet. I tabell 13 nedan för 2019 visar att nästan 56 195 personer 80 år och äldre vårdades för fallskada. Av dessa blev 31 517 personer inlagda på vårdavdelning med en medelvårdtid på drygt sex dagar medan 24 678 personer erhöll vård på akutmottagning eller i öppen specialiserad vård. Drygt 692 personer avled till följd av fallet. Fallskador för personer 80 år och äldre visar en ökning jämfört med 2018. Däremot har medelvårdtiden minskat med drygt en dag mellan åren. Flertalet äldre personer som vårdas för fallskada i sluten vård är personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Majoriteten av fallen sker i den egna bostaden.

Tabell 13. Antal patienter ≥ 80 år som vårdats för fallskada inom den regionala hälso- och sjukvården eller avlidit till följd av fall, riket 2018-2019.

Patienter vårdade för fallskada år 2018	Kvinnor	Män	Totalt
Vårdavdelning (minst ett dygn)	21 072	10 244	31 316
Medelvårdtid på vårdavdelning vid fallskada	7,1 dgr	6,9 dgr	7,0 dgr
Akutmottagning eller i specialiserad öppen vård	16 103	8 096	24 199
Vårdavdelning, akutmottagning och specialiserad öppen vård	37 175	18 340	55 515
Avlider till följd av fall	394	340	734
Patienter vårdade för fallskada år 2019	**Kvinnor**	**Män**	**Totalt**
Vårdavdelning (minst ett dygn)	21 003	10 514	31 517
Medelvårdtid på vårdavdelning vid fallskada	6,5 dgr	6,4 dgr	6,4 dgr
Akutmottagning eller i specialiserad öppen vård	16 245	8 433	24 678
Vårdavdelning, akutmottagning och specialiserad öppen vård	37 248	18 947	56 195
Avlider till följd av fall	367	325	692

Källa: Statistikdatabas för fallolycka och dödsorsak (W00–W19), Socialstyrelsen.

Fallskador per 1 000 personår i särskilt boende för äldre avser antal vårdtillfällen för fallskada i sluten vård, dvs. inskriven på sjukhuset, av personer 65 år och äldre med kommunal hemsjukvård *eller* personer i särskilt boende för äldre. Det betyder att måtten inte mäter alla fallskador inom den kommunala hemsjukvården eller särskilt boende för äldre. Fallolyckor som enbart leder till vård inom primärvård, specialiserad öppenvård eller sker på sjukhusets akutmottagning ingår inte i indikatorn (tabell 14).

Tabell 14. Fallskador och höft- och lårfraktur i kommunal hemsjukvård och särskilt boende för äldre.

Antal vårdtillfällen för fallskada och höft- och lårfraktur i sluten vård bland personer 65 år och äldre med kommunal hemsjukvård eller i särskilt boende för äldre, riket 2021.

Indikatorer inom området fallprevention 2021	Kommunal hemsjukvård	Särskilt boende för äldre
Fallskador per 1 000 personår	116	83
Höft- och lårfraktur per 1000 personår	33	44

Källa: Patientregistret (PAR), registret för insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (KHSV-registret), registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (socialtjänstregistret) och registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Socialstyrelsen.

22. Förebyggande åtgärder

Indikatorn riskförebyggande åtgärder i ordinärt respektive särskilt boende är ett sammanslaget värde för utförda och uppföljda åtgärder inom de identifierade riskområdena nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår bland personer 65 år och äldre. Indikatorerna baseras på data från det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

Ett riskförebyggande arbetssätt är viktigt för att förhindra vårdskador bland äldre personer och innebär till exempel att systematiskt analysera risker, utreda inträffade händelser och utveckla arbetssätten [74]. Ett riskmedvetet arbetssätt för att förebygga nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår har stor betydelse för en säker vård. Alla dessa riskområden påverkar varandra och har därmed betydelse för att någon eller några risker ska uppstå. En person som har problem med munhälsan äter mindre, får därmed i

sig mindre näring och risken för ökad skörhet ökar liksom risken att falla. Om personen sedan blir sängliggande kan trycksår bli följden. Äldre personer som blivit riskbedömda och som har en identifierad risk för fall, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och som får förebyggande åtgärder i rätt tid löper därmed en mindre risk att drabbas av skador.

Indikatorn visar riskförebyggande åtgärder i ordinärt respektive särskilt boende (figur 22.1) med ett sammanslaget värde för utförda och uppföljda åtgärder inom riskområdena nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår bland personer 65 år och äldre. Indikatorerna baseras på data från det nationella kvalitetsregistret Senior alert.

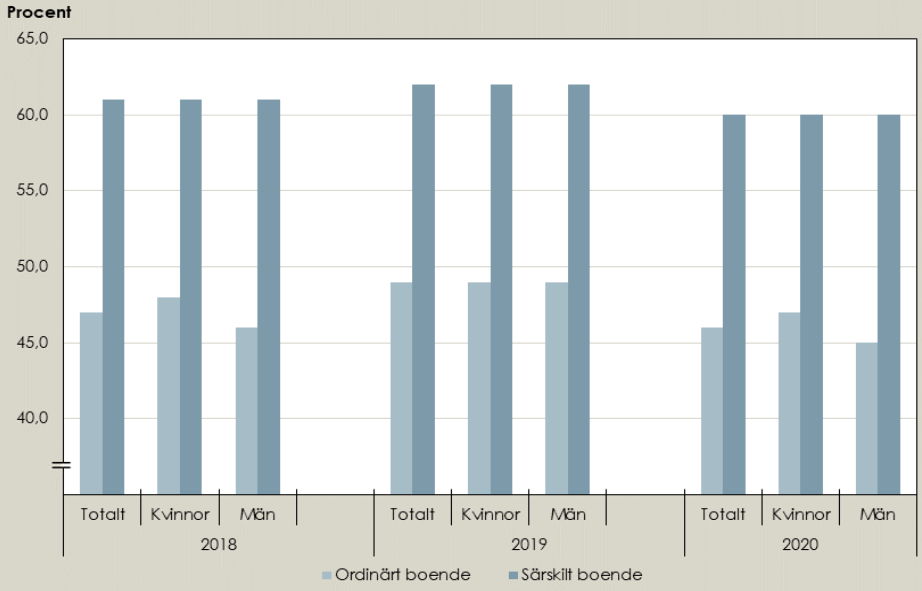
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Förebyggande åtgärder minskar risken för äldre personer att drabbas av fall, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa. Tillstånd som kan medföra försämrad förmåga till egenvård, lidande och försämrad livskvalitet.	Kompetens och förutsättningar inom den kommunala hälso- och sjukvården att systematiskt med ett riskmedvetet arbetssätt genomföra förebyggande åtgärder i ordinärt och särskilt boende till de personer som har en risk att drabbas av fall, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa. Effektiva förebyggande insatser ger högre kvalitet och patientsäkerhet, minskar behovet av korrigerande åtgärder och ger bättre resursutnyttjande.

Mätperioden avser riskbedömningar registrerade 1 mars 2019–31 mars 2020 och med uppföljning av utförda åtgärder registrerade 1 mars 2019–30 september 2020. Under mätperioden registrerades 115 551 riskbedömningar inom något av riskområdena för personer 65 år och äldre, varav 100 192 riskbedömningar registrerades för personer i särskilt boende och 15 359 för personer i ordinärt boende. Inom ordinärt boende med hemsjukvård har 46 procent av personer 65 år och äldre fått åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden, en minskning med 3 procent sedan föregående mätperiod. Andelen kvinnor är något högre, 47 procent, jämfört med 45 procent av männen (figur 22.1). Spridningen bland kommunerna varierar mellan 0 och 100 procent. Under samma mätperiod har 60 procent av personer 65 år och äldre i särskilt boende (vård- och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) fått åtgärder utförda och uppföljda inom samtliga identifierade riskområden, en minskning med 2 procent. Andelen kvinnor och män är lika, 60 procent. Spridningen bland kommunerna varierar mellan 5 och 95 procent. Senaste mätperiodens lägre resultat har sannolikt påverkats av att mätperioden för uppföljning av åtgärder omfattar tidsperioden då coronapandemin hade brutit ut [75].

Figuren nedan (22.2) visar att det är stor spridning i andel riskförebyggande åtgärder i särskilt boende mellan kommunerna inom respektive län. Utfallet har hämtats från *Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre för särskilda boenden* (vård-och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende). Här anges länsmedel för kommunernas värde i relation och visar på spridningen i relation till andra län. Kommuner i Halland, Västernorrland och Örebro arbetar mer frekvent med riskförebyggande åtgärder i särskilda boenden sett till deras högre länsmedel.

Figur 22.1. Riskförebyggande åtgärder i ordinärt och särskilt boende

Andel personer 65 år och äldre i ordinärt och särskilt boende som har fått riskbedömning och åtgärder uppföljda inom nedsatt munhälsa, undernäring, fall och trycksår.

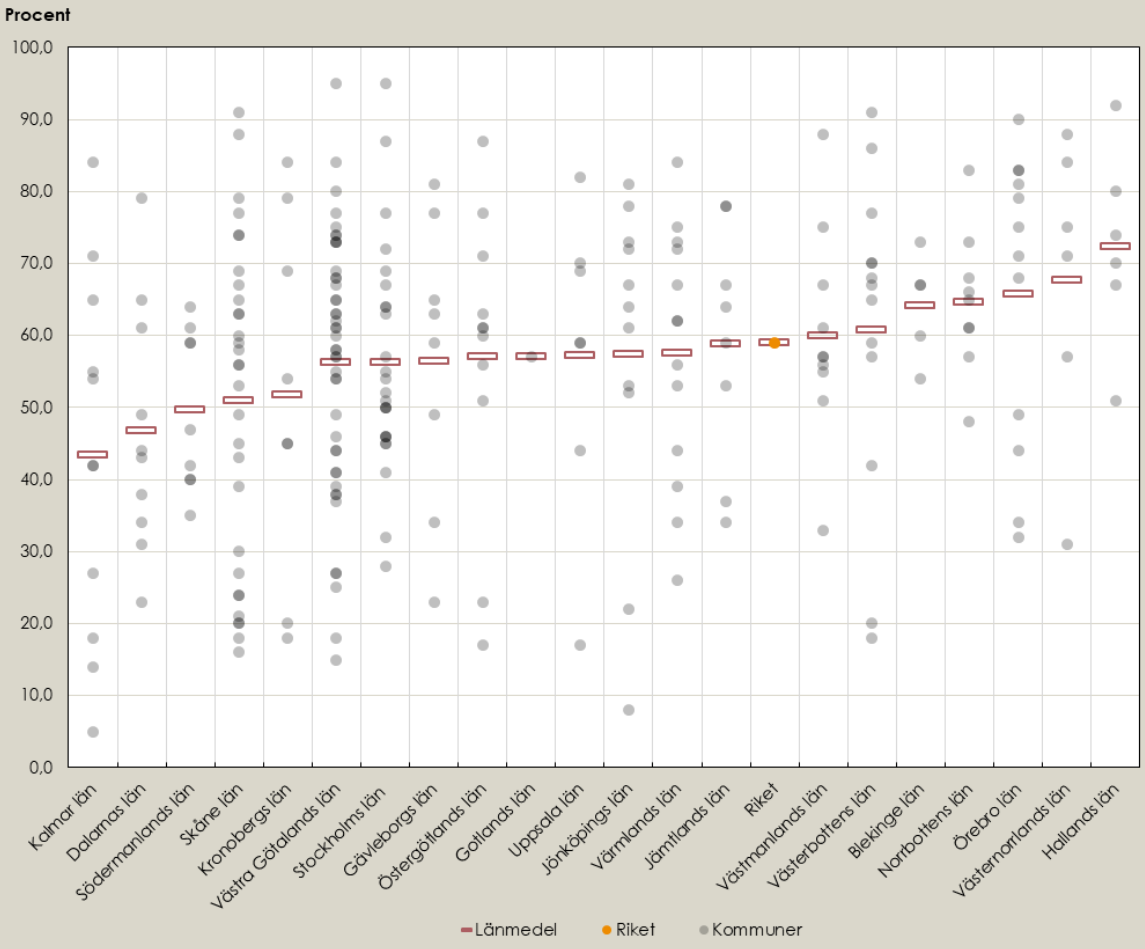


Källa: Senior alert.

* Den senaste mätperioden avser riskbedömningar registrerade 1 mars 2019-31 mars 2020 och med uppföljning av utförda åtgärder registrerade 1 mars 2019-30 september 2020.

Figur 22.2. Riskförebyggande åtgärder i särskilt boende

Andel personer i särskilda boenden (vård-och omsorgsboende, demensboende och korttidsboende) som bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa med minst en planerad åtgärd och där åtgärd utvärderats. Avser 2020.



Källa: Senior alert.

23. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler. En tredjedel av alla VRI kan förebyggas genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner [76].

Regioner och kommuner bjuds in av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till årlig punktprevalensmätning (PPM) av personalens följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Mätningen genomförs under en tvåveckorsperiod på en bestämd tidpunkt på våren och baseras på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg. För att mäta hur personalen följer hygienrutiner och klädregler observerar och registrerar en person vårdpersonalen i vårdsituationen. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll och omfattar observationer av åtta steg.

Observationen av basala hygienrutiner gäller handdesinfektion före och efter patientnära arbete, användning av handskar och handdesinfektion i anslutning till det samt användning av plastförkläde eller patientbunden skyddsrock. Mätningen av klädregler gäller användning av kortärmad arbetsdräkt, frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar, kortklippta naglar fria från konstgjorda material och kort eller uppsatt hår [77].

Indikatorn visar andel av observerad personal som följer basala klädregler och hygienrutiner i regioner och kommuner.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler medför en minskad infektionsrisk och spridning av antibiotikaresistenta bakterier vilket för individen leder till minskad sjuklighet, kortare vårdtid och mindre lidande.	Medarbetare ska ha kunskap om och följa basala hygienrutiner och klädregler. Strukturer och processer för riskbedömningar, samarbete om vårdhygien och ändamålsenlig, städning samt möjlighet för patienter att vara delaktiga ska finnas och följas. Mindre spridning av infektioner och mindre behov av infektionsbehandling minskar resursåtgången.

Resultat i regionerna

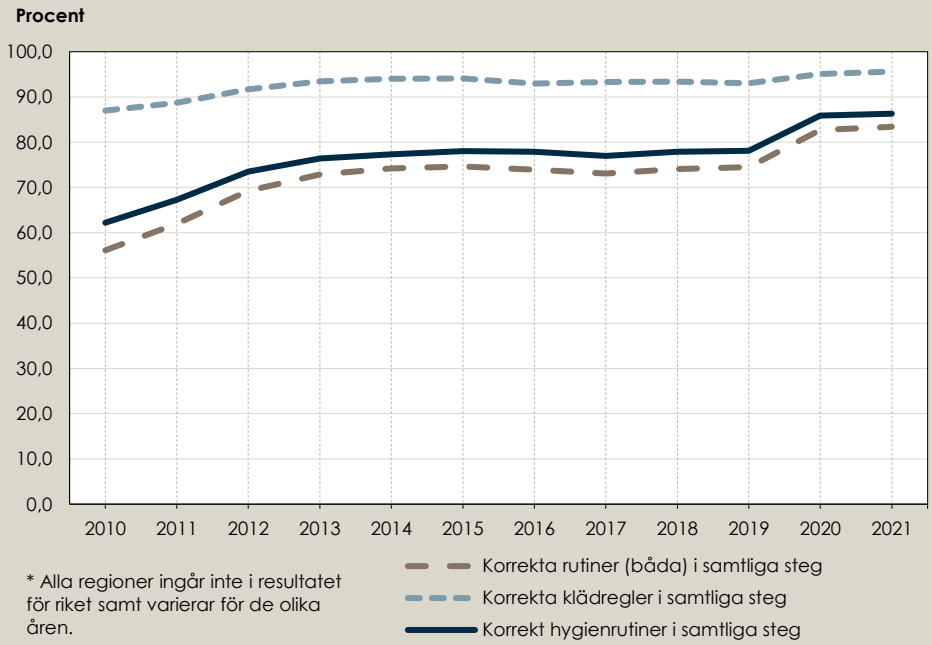
I mätningen våren 2021 deltog 18 regioner och 23 557 medarbetare observerades. Det var ett högre deltagande än vid mätningarna 2020. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler var 83,7 procent och är det bästa resultat som uppmätts sedan mätningarna startade 2010. Följsamhet till klädregler var högre än följsamhet till hygienrutiner, 95,6 procent respektive 86,3 procent, vilket stämmer överens med tidigare mätningar. Det enskilda steg som har lägst följsamhet är handdesinfektion före patientnära arbete, drygt 91 procent. Detta steg har varit det delmoment som haft lägst följsamhet i alla PPM men det har varit en stor förbättring sedan mätningen hösten 2010 då det var drygt 72 procent.

Figuren (23.1) visar följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler, till klädreglerna och till hygienrutinerna för alla regioner sammanställt för riket som helhet. Det har varit en förbättring i stort sett alla mätningarna över tid. I rapporten *Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler* (2021) konstateras att det var en stor spridning mellan regioner, från 67 till 94 procent, i mätningen 2021 [78]. Det har varit en stor spridning mellan regionerna i alla punktprevalensmätningarna.

Figur 23.2 visar en variation av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler fördelat utifrån olika yrkesgrupper inom regionerna, från 75,4 procent till 88,3 procent, i mätningen 2021. Läkare har över tid ett något lägre utfall än övriga yrkesgrupper. Det har varit en variation vid alla tidigare mätningar. Gruppen övriga, där bland annat arbetsterapeuter och fysioterapeuter ingår, har haft bäst följsamhet i de senaste årens mätningar och läkare har haft lägst följsamhet under hela mätperioden [78].

Figur 23.1. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Andel personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i regionerna.

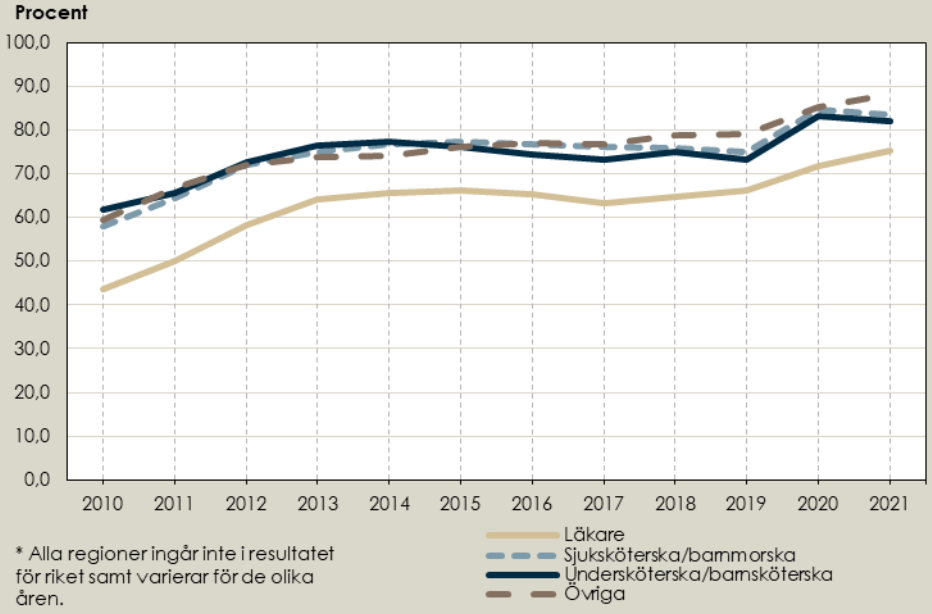


* Alla regioner ingår inte i resultatet för riket samt varierar för de olika åren.

Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 23.2 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Andel personal per yrkeskategori som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i regionerna.



* Alla regioner ingår inte i resultatet för riket samt varierar för de olika åren.

Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Resultat i kommunerna

Det var 140 kommuner med totalt 25 635 observationer som medverkade i PPM våren 2021. Det var en dubblering av antalet deltagande kommuner jämfört med mätningar före hösten 2020.

Figuren (23.3) visar följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler, till klädreglerna och till hygienrutinerna för riket. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler i mätningen 2021 var 67,6 procent och det bästa resultat som noterats sedan mätningarna startade 2010. Följsamhet till klädregler var högre än följsamhet till hygienrutiner, 90 procent respektive 72,9 procent, en skillnad som även ses i tidigare mätningar. Det var en stor spridning mellan kommunerna, från drygt 30 till omkring 95 procent, medianvärdet är 67,8 procent. Ett förbättringsområde är desinfektion före patientnära arbete som var 80 procent[78].

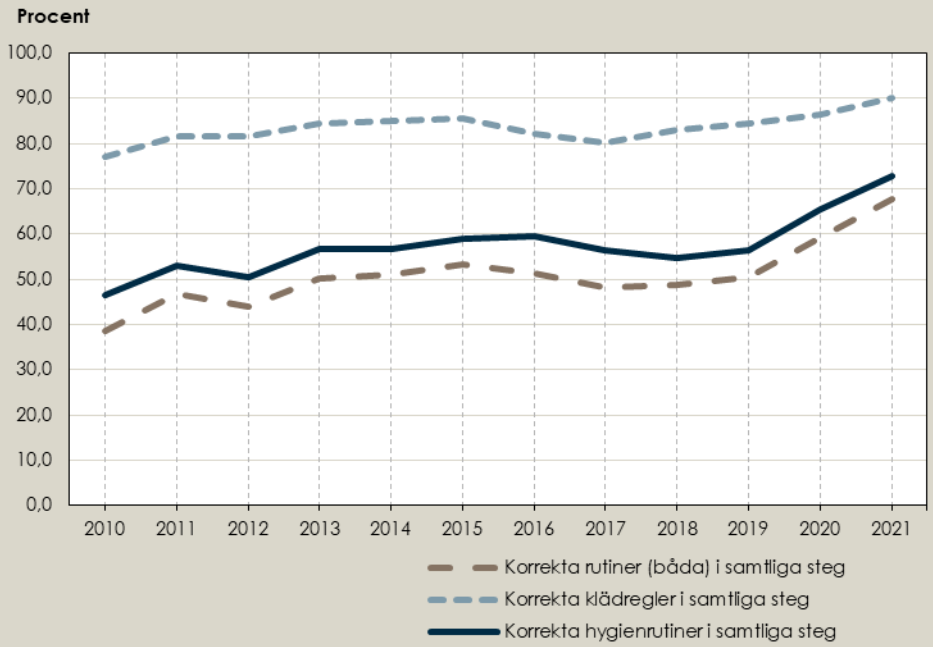
Den ökade följsamheten till hygienrutiner och klädregler kan delvis antas bero på det förstärkta arbetet med vårdhygienutbildningar samt att genomgångar och träning genomförts för att ge kunskap i arbetet om att förhindra spridning av covid-19 [79]. Att få full efterlevnad av basala hygienrutiner och klädregler kräver ett långsiktigt arbete och flera olika insatser.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varierar beroende på enhetstyp. Figuren 23.4 visar högst följsamhet till alla åtta steg i särskilda boenden. Det går dock inte att dra slutsatser av endast två mätningar och antalet observationer varierar stort mellan enhetstyperna.

Följsamhet varierar mellan olika yrkesgrupper i kommunerna. Figuren 23.5 visar följsamheten över tid för tre yrkesgrupper och en grupp benämnd övriga där bland annat vårdbiträden ingår. Sjuksköterskor har haft högst följsamhet genomgående i alla mätningar [78].

Figur 23.3. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

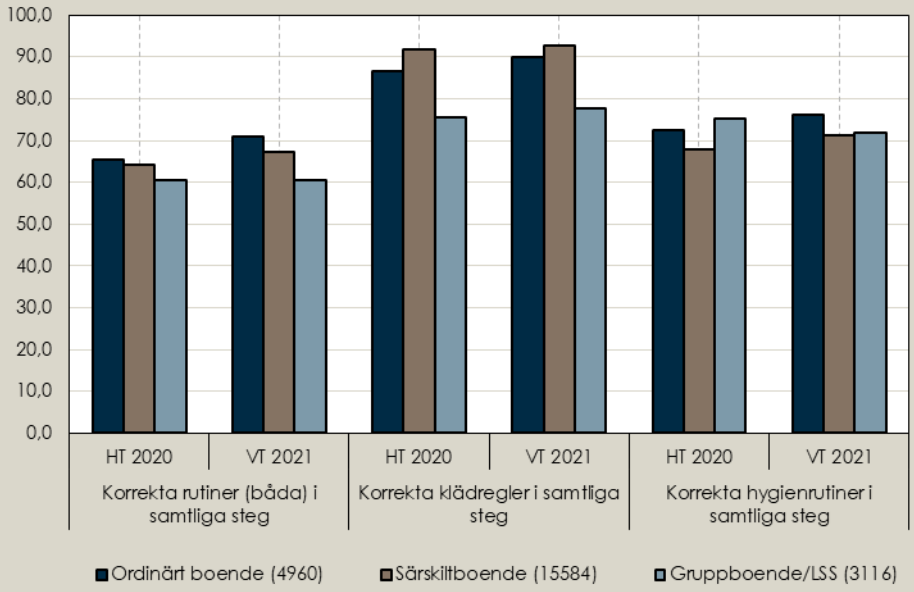
Andel personal som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 23.4. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

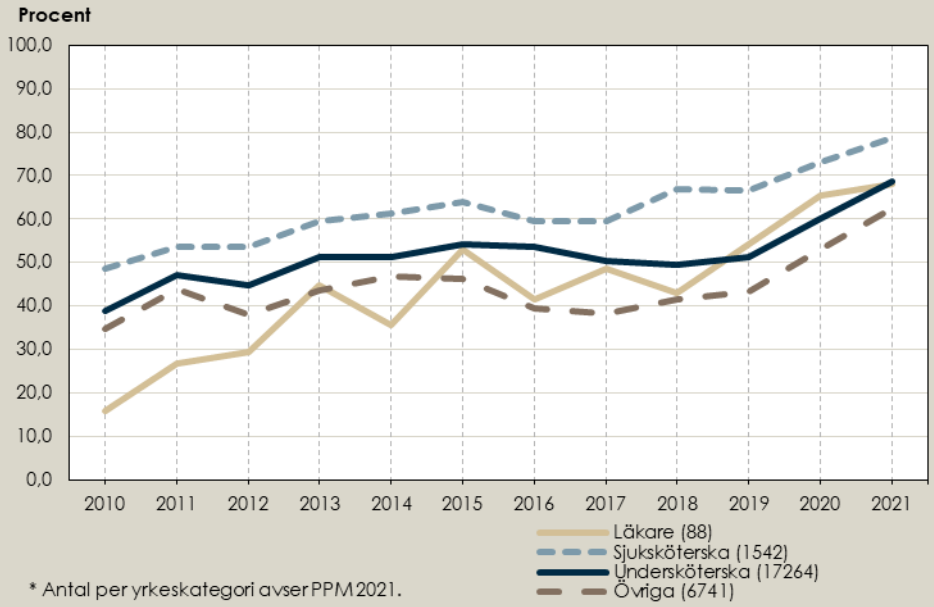
Andel personal per yrkeskategori som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna utifrån boendeform.



Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 23.5. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Andel personal per yrkeskategori som korrekt följer basala hygienrutiner och klädregler i kommunerna.



* Antal per yrkeskategori avser PPM 2021.

Källa: PPM, Sveriges Kommuner och Regioner.

24. Rutiner för att förebygga försämrat allmäntillstånd

Indikatorn mäter andel enheter som har aktuella rutiner för hur omsorgspersonalen ska agera när personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd inom hemtjänsten i ordinärt boende.

Genom tidig upptäckt av ett behov hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ohälsa. Skriftliga rutiner för hur personalen ska fråga och agera vid indikation på ohälsa kan vara ett stöd för personalen att agera, helst innan de som berörs har tagit allvarlig skada. Hemtjänstpersonalen har en viktig roll i detta sammanhang och är ofta den personalgrupp som först kan observera tecken på att allt inte står rätt till och agera förebyggande.

Indikatorn bygger på innebörden i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Resultat från enkätfrågan (som anges i indikatorbilagan) innebär att enheterna har skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur omsorgspersonalen ska agera när personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd samt att de inom en 12-månaders period även följt upp rutinen.

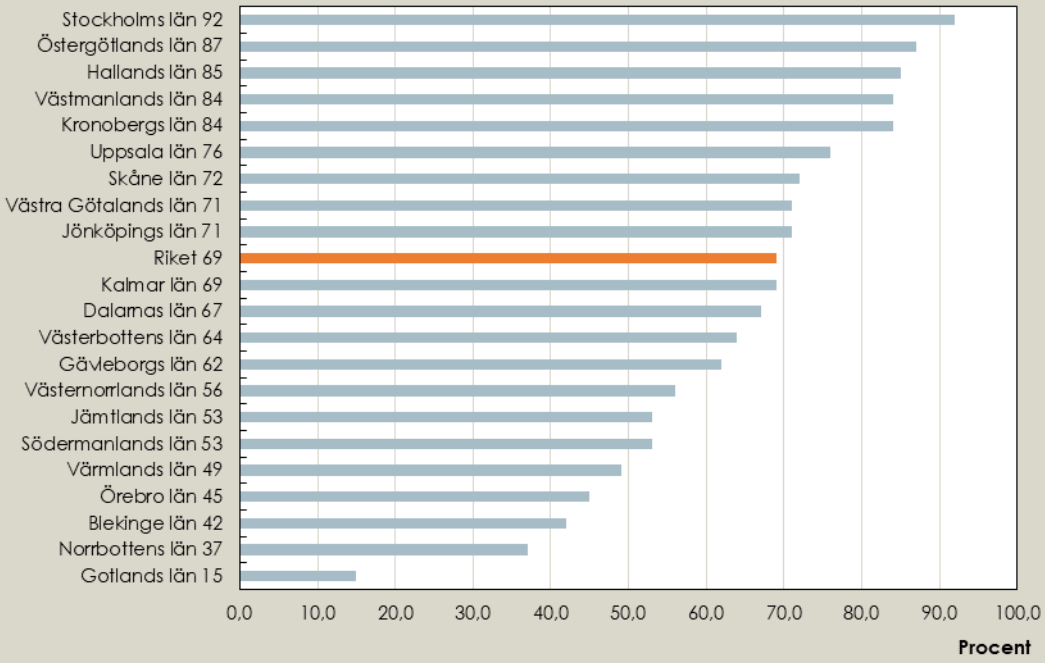
Rutiner innebär att personalen vet vem eller vilka personer som ska kontaktas när det finns behov av eller stöd för ställningstagande till lämplig åtgärd. Det kan handla om kontakt med enhetschefen, ansvarig biståndshandläggare eller sjuksköterska. Rutinerna beskriver ett i förväg bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska genomföras. Här avses egna lokala skriftliga rutiner eller gemensamma skriftliga rutiner som kommunen har tagit fram för sina verksamheter.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Genom tidig upptäckt av ett försämrat allmäntillstånd hos den enskilde och därefter åtgärd, är det möjligt att förebygga ytterligare försämring med risk för oåterkallelig försämring och död.	Skriftliga rutiner för hur hemtjänstpersonalen ska hantera tecken på försämrat allmäntillstånd är ett stöd och skapar förutsättningar för dem att agera när de observerar att allt inte står rätt till med den enskilde. Ett adekvat agerande förebygger behov av akuta sjukvårdsinsatser och sjukhusvård.

Utfallet visar att 69 procent av kommunerna i riket som helhet inom hemtjänsten i ordinärt boende har en rutin för hur omsorgspersonalen ska agera när personen plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd inom hemtjänsten i ordinärt boende (figur 24.1). Spridningen mellan kommunerna i länen är stor och varierar från 15 till 92 procent.

Figur 24.1. Rutin vid försämrat allmäntillstånd

Andelen enheter i kommuner per län som har rutin för när den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd, hemtjänst i ordinärt boende.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019, Socialstyrelsen.

25. Mätning av andningsfrekvens i ambulans

Indikatorn visar andelen patienter där andningsfrekvensen har mätts i ambulansen och speglar följsamhet mot behandlingsriktlinjer. Ambulanssjukvården är en del i den prehospitala vården och är en viktig del i det samlade akuta omhändertagandet, där diagnostik och behandling påbörjas vid ankomst till patient och i ambulans. Andningsfrekvens, uttryckt som andetag per minut, är en viktig parameter att bedöma hos en akut sjuk patient. Andningsfrekvensen är direkt relaterad till kroppens metabola behov av syre

(oxygen) och är en bra prediktor för risk för nära förestående allvarlig händelse. Den uppmätta andningsfrekvensen förs in i journalen. Kvalitetsregistret AmbuReg har satt målnivån till 95 procent [80]. Primäruppdrag med prio 1–3 och patienter 18 år och äldre ingår i jämförelsen.

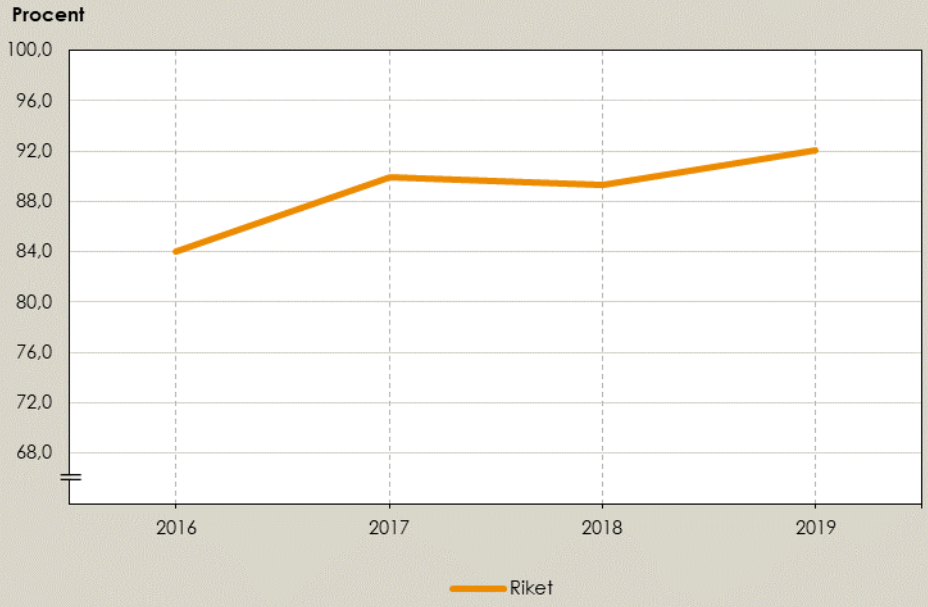
AmbuReg syftar bland annat till att genom uppföljning av beslutade behandlingsriktlinjer och processer kvalitetssäkra ambulanssjukvården och stödja förbättringar i verksamheten på lokal, regional och nationell nivå. Samtliga regioner medverkar i arbetet [81].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Andningsfrekvensen kan förutsäga risk för nära förestående försämring av hälsotillstånd. Ett snabbt och adekvat agerande kan minska risk för livshotande situation och oåterkalleligt förlopp.	I det akuta omhändertagandet ska diagnostik och behandling påbörjas redan vid ankomst till patient och fortsätta i ambulansen. Förekomst och tillämpning av behandlingsriktlinjer för prehospital vård förebygger ytterligare försämring med ökat behov av avancerade vårdinsatser och stort kompetens- och resursbehov.

Under åren 2016 till 2019 har utfallet ökat för andelen patienter där andningsfrekvensen mätts i ambulansen från 84 till 92,1 procent i riket som helhet, vilket innebär att det är en liten bit kvar tills att målnivån på 95 procent kan uppnås (figur 25.1). Utfallet varierar mellan regionerna från 81,5 till 99,9 procent (figur 25.2). Jämfört med tidigare år, 2018, så har de flesta regioner ökat sitt utfall och utvecklats i rätt riktning.

Figur 25.1. Mätning av andningsfrekvens i ambulans

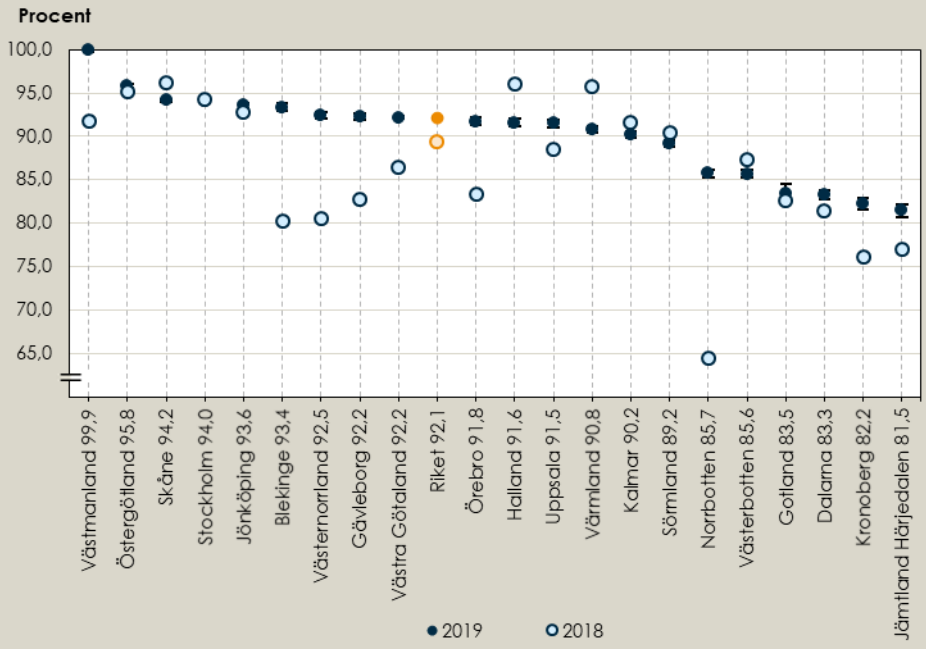
Andel patienter där andningsfrekvens mäts i ambulans.



Källa: AmbuReg - kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård.

Figur 25.2. Mätning av andningsfrekvens i ambulans

Andel patienter där andningsfrekvens mäts i ambulans



Källa: AmbuReg - kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård.

Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Läkemedelsgenomgångar regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Av 11 kap. 3 § framgår att en vårdgivare ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppen vård, inskrivning i sluten vård, påbörjad hemsjukvård och inflyttning i en sådan boendeform eller bostad som omfattas av 12 kap. 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dessa ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård eller boende i en sådan boendeform eller bostad. En enkel läkemedelsgenomgång ska också erbjudas patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem. Den patient som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska av vårdgivaren erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

Målet med en läkemedelsgenomgång är att uppnå en ändamålsenlig och säker läkemedelsbehandling. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och den enskildes deltagande är viktigt för att minska läkemedelsrelaterade problem hos den enskilde. Genomgångarna involverar den person som använder läkemedlet, den ansvariga läkaren och vid behov ansvarig sjuksköterska, farmakologisk expertis och den personal som dagligen möter den äldre personen. Läkaren ansvarar för att följa

upp, uppdatera och ompröva målen för behandlingen som läkemedelsgenomgången resulterade i.

26. Rutiner för delaktighet vid fördjupad läkemedelsgenomgång

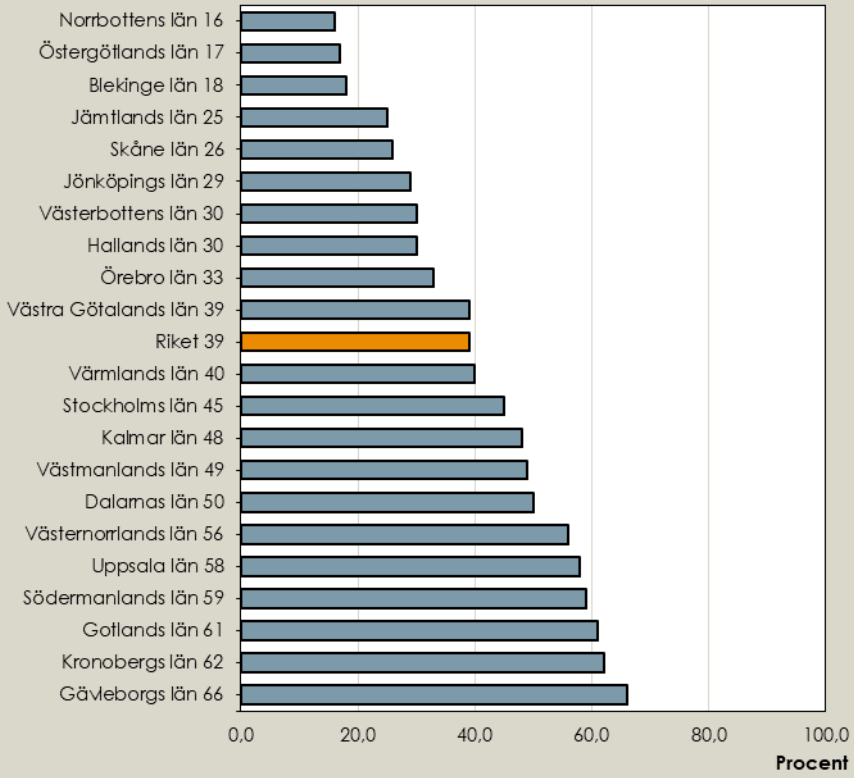
Indikatorn visar andelen enheter som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, att den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen i särskilda boenden och i hemtjänsten som ges i ordinärt boende.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
En delaktig patient kan öka sin kunskap om läkemedelsbehandlingen, förbättra sin förmåga till egenvård och att själv kunna vara observant på läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelsrelaterade problem kan bidra till försämrat hälsotillstånd för den enskilde med ökat behov av akutbesök och sjukhusvård.	Vården och behandlingen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vårdgivaren ska genomföra läkemedelsgenomgång och då analysera, ompröva och följa upp patientens hela läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Detta ökar kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Behovet av oplanerade kontakter för att handlägga problem minskar liksom sjukvårdsbehovet.

Utfallet i figuren nedan (26.1) visar en stor spridning (16–66 procent) mellan kommunerna per län som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen inom hemtjänsten som ges till person i ordinärt boende ska genomföras, samt totalt 39 procent av hemtjänstverksamheterna i riket som helhet. Observera att resultaten inte täcker in alla kommuner eller län. Av hemtjänstverksamheterna besvarades enhetsundersökningen av 86 procent av de 2 059 inrapporterade enheterna och totalt medverkade 287 kommuner.

Figur 26.1. Fördjupade läkemedelsgenomgångar - hemtjänst

Andel kommuner per län som uppgett att enheter har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen inom hemtjänsten.

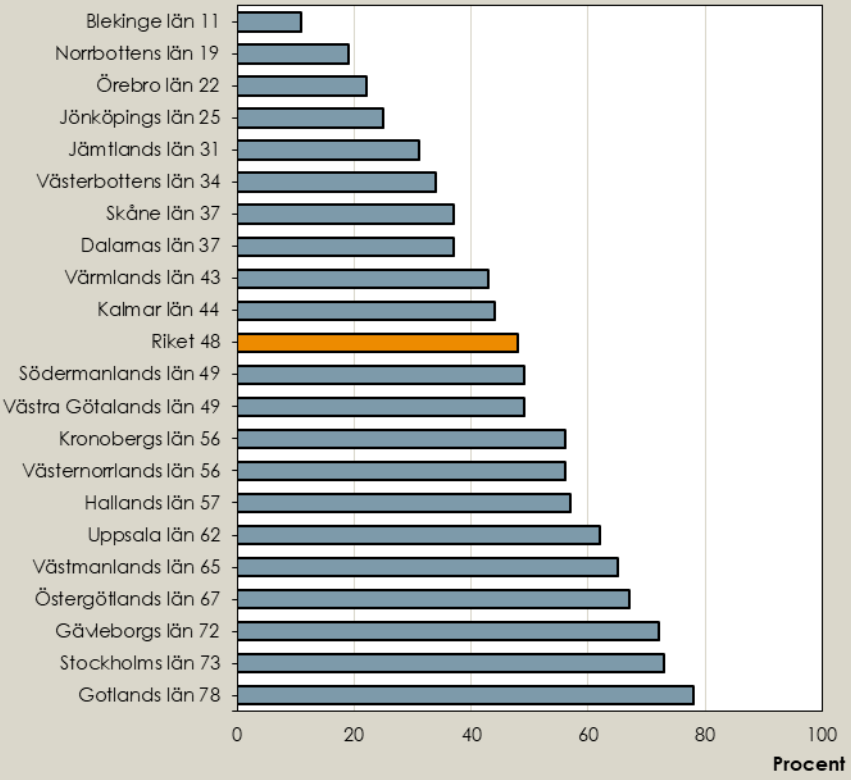


Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2019, Socialstyrelsen.

Utfallet i figuren nedan (26.2) visar en stor spridning (11–78 procent) mellan kommunerna per län som har rutin för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen inom särskilda boenden ska genomföras. Av särskilda boenden besvarades enhetsundersökningen av 91 procent av de 2 069 inrapporterade enheterna och totalt medverkade 287 kommuner.

Figur 26.2. Fördjupade läkemedelsgenomgångar - särskilt boende

Andel kommuner per län som uppgett att enheter har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras, där den enskildes delaktighet är dokumenterad i journalen inom särskilt boende.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2019, Socialstyrelsen.

27. Rutiner för samverkan vid fördjupad läkemedelsgenomgång

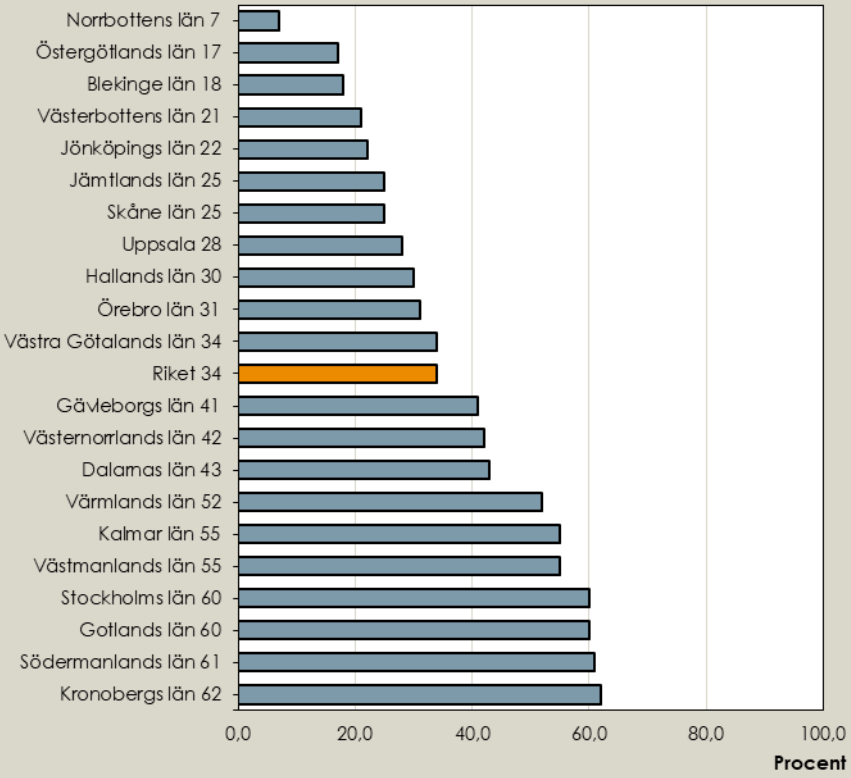
Indikatorn visar andelen enheter som har en rutin (beslutad på ledningsnivå) för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal, den enskilde och läkaren på särskilda boenden och hemtjänsten i ordinärt boende.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
En delaktig patient kan öka sin kunskap om läkemedelsbehandlingen, förbättra sin förmåga till egenvård och att själv kunna vara observant på läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelsrelaterade problem kan bidra till försämrat hälsotillstånd för den enskilde med ökat behov av akutbesök och sjukhusvård.	Fördjupade läkemedelsgenomgångar i samverkan ökar möjligheterna till en helhetsbild av patientens läkemedelsbehandling och eventuella läkemedelsrelaterade problem och är ett förebyggande arbetssätt. Lokala rutiner för ansvarsfördelning och hur läkemedelsgenomgångar ska genomföras stärker förutsättningarna för tidig upptäckt av läkemedelsrelaterade problem.

Utfallet i figuren nedan (27.1) visar en stor spridning (7–62 procent) mellan kommunerna per län samt 34 procent av hemtjänstverksamheterna i riket som helhet som har rutin för att de fördjupade läkemedelsgenomgångarna ska genomföras i samverkan dels i delaktighet med patienten, dels i samverkan mellan den enskilde, läkare, sjuksköterska samt omsorgspersonal inom hemtjänsten. Observera att resultaten inte täcker in alla kommuner eller län.

Figur 27.1. Fördjupade läkemedelsgenomgångar - hemtjänst

Andel kommuner per län som uppgett att enheter har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där hemtjänstpersonal medverkar inom hemtjänsten. Rutinen omfattar all personal.

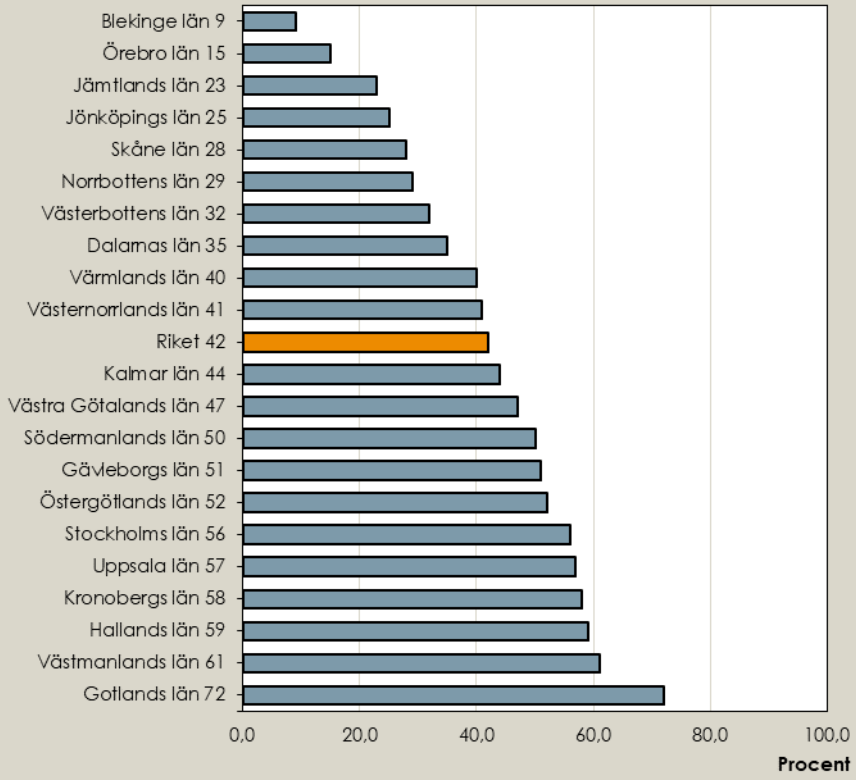


Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2019, Socialstyrelsen.

Utfallet i figuren nedan (27.2) visar en stor spridning (9–72 procent) mellan kommunerna per län som har rutin för att de fördjupade läkemedelsgenomgångarna ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där all omsorgspersonal medverkar inom enheterna på särskilda boenden.

Figur 27.2. Fördjupade läkemedelsgenomgångar - särskilt boende

Andel kommuner per län som uppgett att enheter har rutiner för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med ansvarig sjuksköterska där omsorgspersonal medverkar. Rutinen omfattar alla personer vid enheten.



Källa: Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2019, Socialstyrelsen.

28. Läkemedelsgenomgångar hos äldre

Här redovisas bakgrundsmåttet förekomst av läkemedelsgenomgångar inom öppen- och slutenvården.

Andelen personer 75 år och äldre som använde fem eller fler läkemedel och vårdades under året inom öppen- eller slutenvård, som där fått *en enkel läkemedelsgenomgång*, ligger på en låg nivå och har inte förändrats mycket mellan åren 2019 och 2020. År 2019 var andelen 12 procent (av cirka 29 500 personer som använde fem eller fler läkemedel och vårdades under året inom öppen- eller slutenvård), och 2020 var det 13 procent (av cirka 30 000 personer). Det var inte några skillnader i utfallet mellan kvinnor och män (figur 28.1).

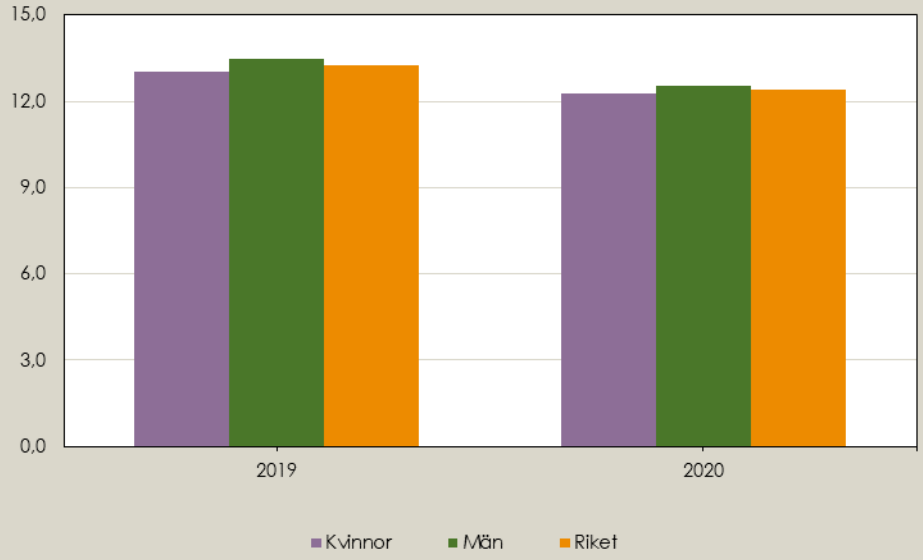
Andelen 75 år och äldre som använder fem eller fler läkemedel och vårdats under året inom öppen- eller slutenvård, som under året fått *en fördjupad läkemedelsgenomgång* var också lågt: 2019 var utfallet 2 procent (av cirka 29 500 personer) och 2020 var det 1 procent (av cirka 30 000 personer) (figur 28.2). Inte heller här sågs några skillnader i utfallet mellan åren eller mellan könen. Registreringen av läkemedelsgångar är mycket varierande. Vissa regioner registrerar både enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar medan

andra inte registrerar läkemedelsgenomgångar alls, alternativt enbart fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Figur 28.1. Läkemedelsgenomgångar hos äldre

Andel som har fem eller fler läkemedel och som under året fått en enkel läkemedelsgenomgång inom öppen- eller slutenvård, avser 75 år och äldre (KVÅ-kod HS: XV015).

Procent

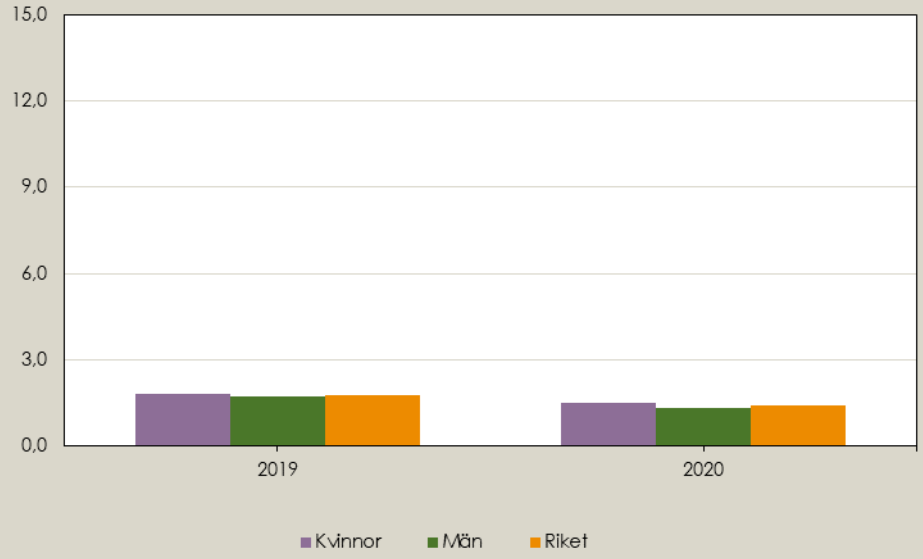


Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 28.2. Läkemedelsgenomgångar hos äldre

Andel som har fem eller fler läkemedel och som under året fått en fördjupad läkemedelsgenomgång inom öppen- eller slutenvård, avser 75 år och äldre (KVÅ-kod HS: XV016).

Procent



Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Teambaserad vård

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada.
30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer.
31. Brytpunktssamtal.
32. Användning av checklista för säker kirurgi.
33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke.
34. Reperfusionbehandling vid akut ischemisk stroke.

29. Suicidriskbedömning efter suicidförsök eller annan självtillfogad skada

Vid både depression och ångestsyndrom finns enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ökad risk för både suicidförsök och fullbordat suicid. Det är vanligare med suicid bland män än bland kvinnor, vilket gäller i ännu högre grad hos äldre. Depression och social isolering har visat starkast samband med suicidbeteende hos äldre, men även alkoholmissbruk och ångesttillstånd medför en ökad risk för suicid. Risken för suicid är förhöjd också vid flera allvarliga somatiska sjukdomar såsom cancer, neurologiska sjukdomar (till exempel MS) och KOL [82].

När en person har gjort ett suicidförsök eller tillfogat sig en självskada är risken för suicid kraftigt ökad, och en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken är därför mycket viktig.

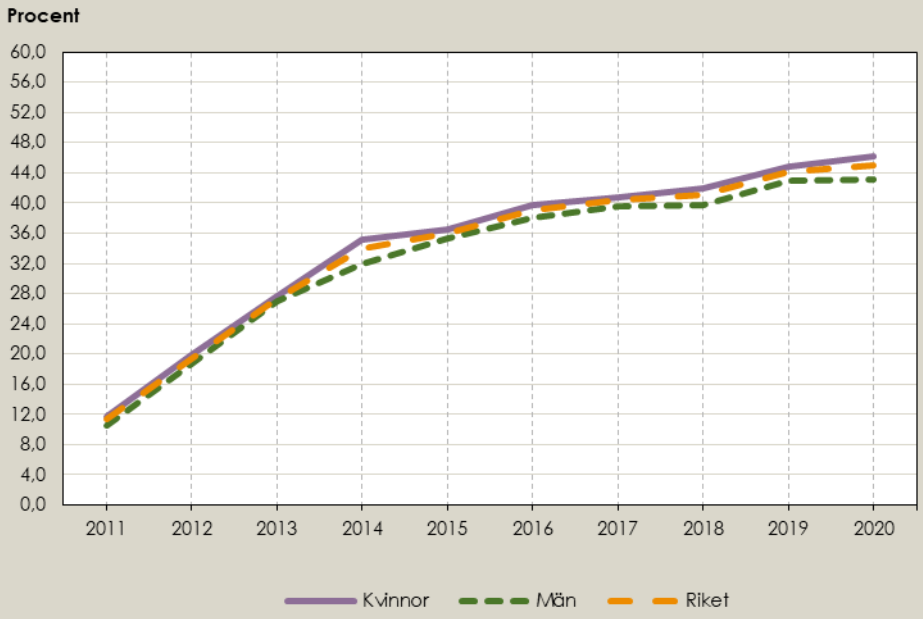
Indikatorn mäter andelen personer från 13 års ålder, som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Suicidförsök eller tillfogad självskada ökar risken för suicid. Kompetens för en strukturerad bedömning av suicidrisk förbättrar möjligheterna att vidta adekvata åtgärder som kan minska risken för ytterligare suicidförsök och lindra patientens lidande.	Rutin och kompetens för strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken som del i ett systematiskt arbetssätt vid omhändertagande av denna patientgrupp ger förutsättningar för adekvat diagnostik och behandling som minskar risken för suicid.

Totalt ingick cirka 10 700 patienter i jämförelsen 2020 på riksnivå och av dessa har 45 procent fått en suicidriskbedömning av läkare inom 7 dagar efter vårdtillfället till följd av suicidförsök. Över åren 2011–2020 har andelen ökat från 11,3 till 45 procent på riksnivån (figur 29.1). Skillnaderna mellan könen är ganska små. Skillnaderna mellan personer med olika utbildningsbakgrund varierar men är inte heller särskilt stora, det skiljer några procent mellan grupperna över tid (figur 29.2). På regionnivån varierar utfallet från 5,9 till 65,8 procent, stora variationer mellan regionerna som tyder på en förbättringspotential (figur 29.3).

Figur 29.1. Suicidriskbedömning

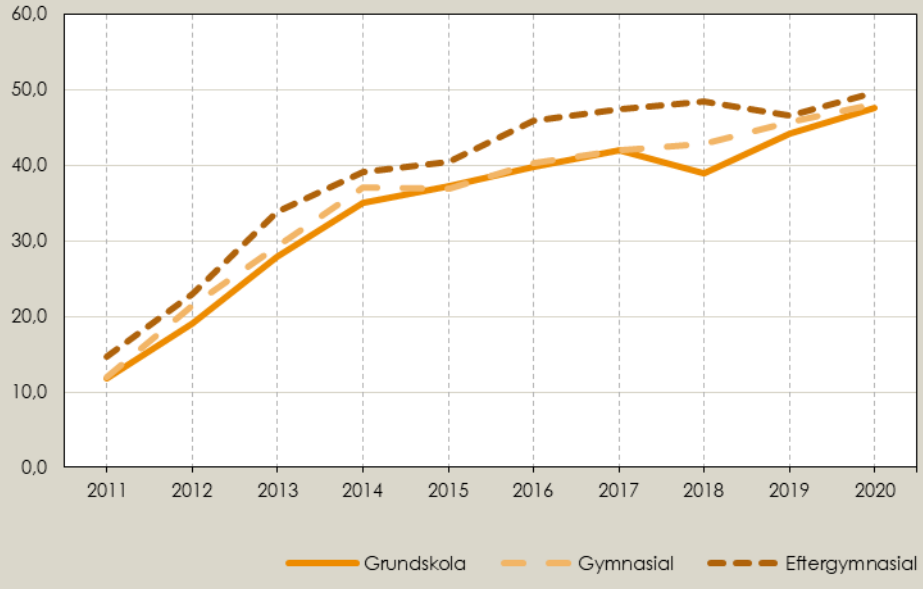
Andel personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök. Avser personer 13 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 29.2. Suicidriskbedömning

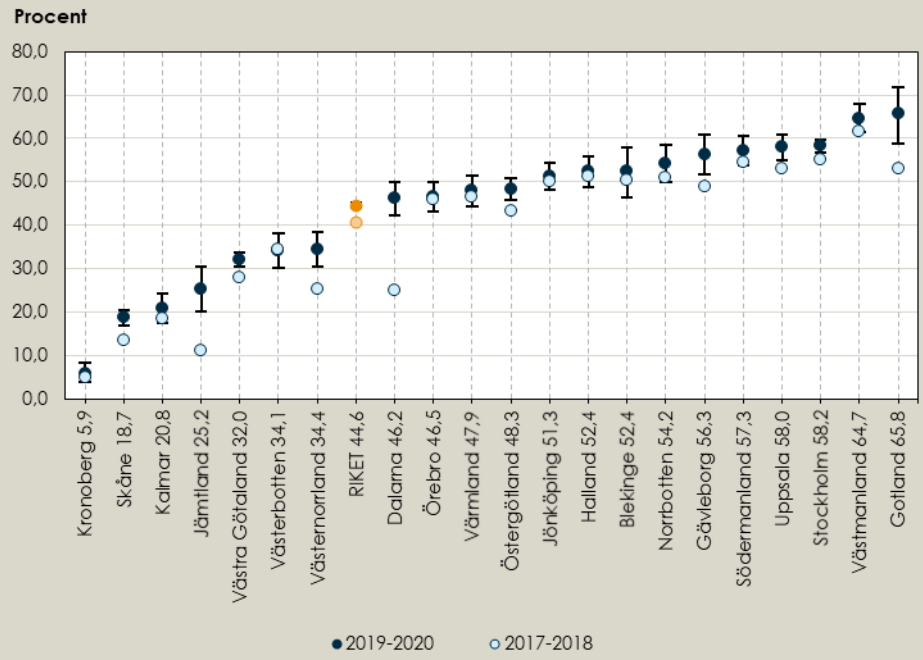
Andel personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök. Avser personer 35-67 år.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 29.3. Suicidriskbedömning

Andel personer som fått en suicidriskbedömning av en läkare inom 7 dagar efter vårdtillfälle till följd av suicidförsök. Avser personer 13 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

30. Multidisciplinär konferens vid lungcancer

Olika metoder finns för behandling av lungcancer. Valet av metod eller kombination av metoder baseras på diagnostik av sjukdomens art och utbredning. Inför planering av primärbehandlingen av lungcancer ger samråd mellan specialister vid en multidisciplinär konferens (MDK) möjlighet att sammanställa utredningsresultat och överväga behandlingsalternativ med syfte att optimera behandlingen.

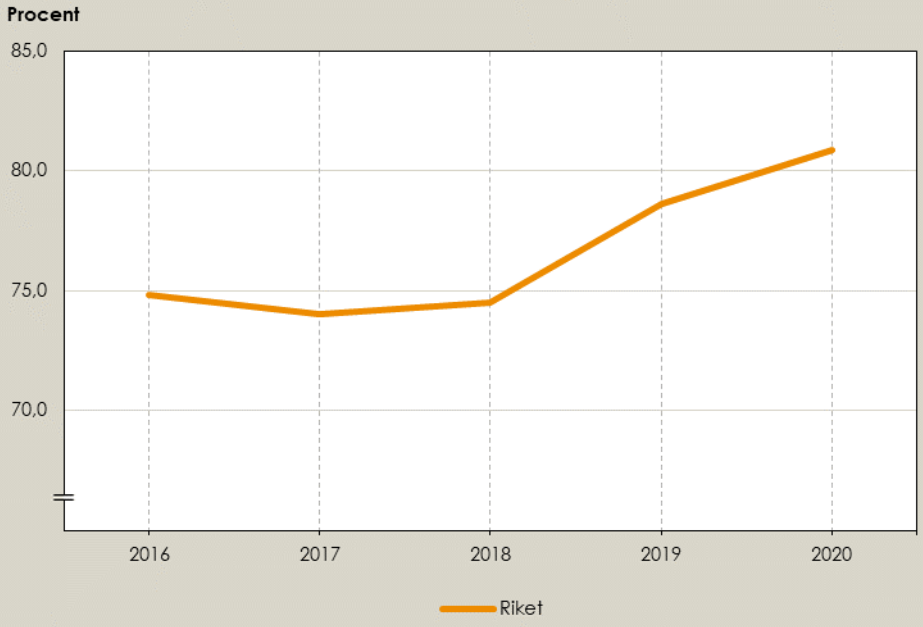
I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för lungcancervård har behandlingsbeslut i MDK angivits med hög prioritet[83]. Det finns dock ingen enhetlig anvisning om vilka discipliner som ska vara representerade vid en MDK för lungcancer. Sammansättningen av den multidisciplinära konferensen varierar över landet och är inte vetenskapligt underbyggd uppger cancercentrum[84]. Viktiga inom professionen i det här sammanhanget är lungmedicinare, onkolog, patolog eller cytolog, radiolog och kontaktsjuksköterska delta. Vid diskussion kring kirurgiska fall anses det viktigt att thoraxkirurg deltar. Dessutom kan representanter för klinisk fysiologi/nuklearmedicin samt företrädare för palliativ medicin medverka.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Förutsättningarna för att behandlingen blir kunskapsbaserad, optimerad och effektiv förbättras när specialister på de olika behandlingsalternativen samråder inför inledning av behandling av varje enskild patient.	När behandlingen av varje patient baseras på teambaserat samråd mellan specialister innebär det en säker process där tillgänglig kunskap utnyttjas så att behandlingen blir adekvat. Strukturerat samarbete med gemensam målsättning för flera specialiteter och kliniker är en förutsättning för gemensam uppföljning och utvärdering med fokus på patientnytta.

Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds. I figuren 30.1 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens ökade från 74,8 procent år 2016 till 80,9 procent år 2020. År 2020 varierar andelen mellan regionerna från 54,2 till 98,1 procent (figur 30.2). Merparten av regionerna har förbättrat resultaten något mellan åren 2019 och 2020 avseendeandelen patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen.

Figur 30.1. Multidisciplinär konferens vid lungcancer

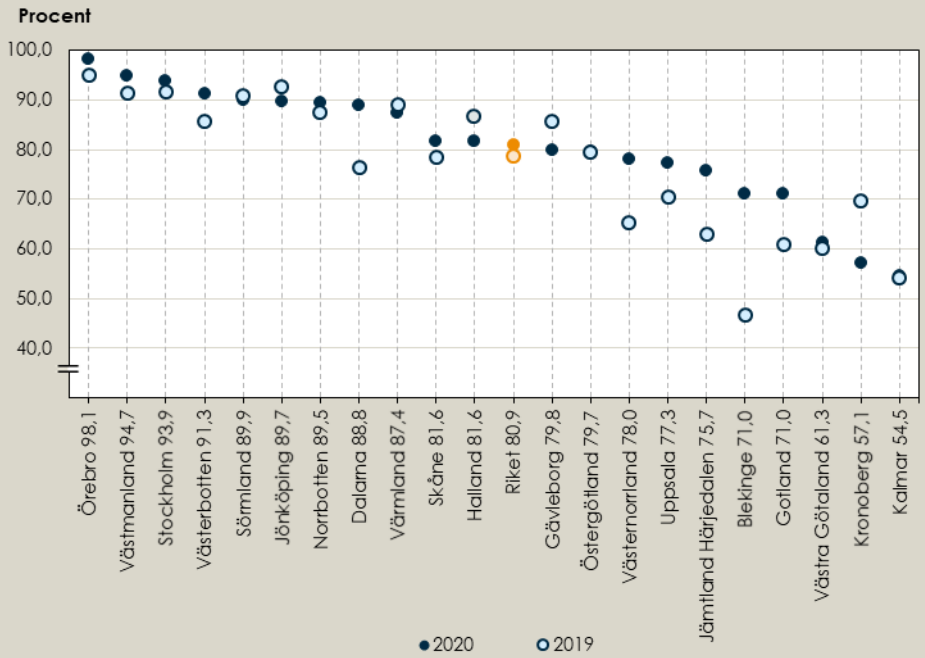
Andel patienter med lungcancer som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

Figur 30.2. Multidisciplinär konferens vid lungcancer

Andel patienter med lungcancer som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsbeslut.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

31. Brytpunktssamtal

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patienten och de närstående görs delaktiga i information och diskussion kring att patientens sjukdom och tillstånd har nått en punkt där såväl botande som bromsande behandling inte längre är verksam och att den vård som hjälper patienten bäst är palliativ vård i livets slutskede.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede innebär samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård. Denna indikator är ett processmått som har fått högsta prioritet i Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede, Socialstyrelsen 2020.

God kvalitet i kommunikationen om prognos och vård i livets slutskede kan förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten för patienten. Av den anledningen är det viktigt att vården gör en så kallad brytpunktsbedömning, planerar för och genomför brytpunktssamtal.

Att vara informerad har för patienten ett värde i sig och ger personen i palliativ vård möjlighet att själv fatta självständiga beslut om hur han eller hon vill ha det under den sista tiden. Det kan handla om att bestämma var man ska dö samt hinna träffa och ta farväl av sina närstående.

Figuren 31.1 visar att drygt 77,0 procent av patienter, år 2020 fick ett brytpunktssamtal inom regionernas verksamheter i riket som helhet, några skillnader mellan kvinnor och män kan inte ses. Det finns en åldersrelaterad skillnad i andelen av patienter som får ett brytpunktssamtal (se figurer 31.2 och 31.3). Ju högre ålder desto lägre andel som får ett brytpunktssamtal. Skillnaden mellan olika åldersgrupper minskar över tid. Mellan regionerna (figur

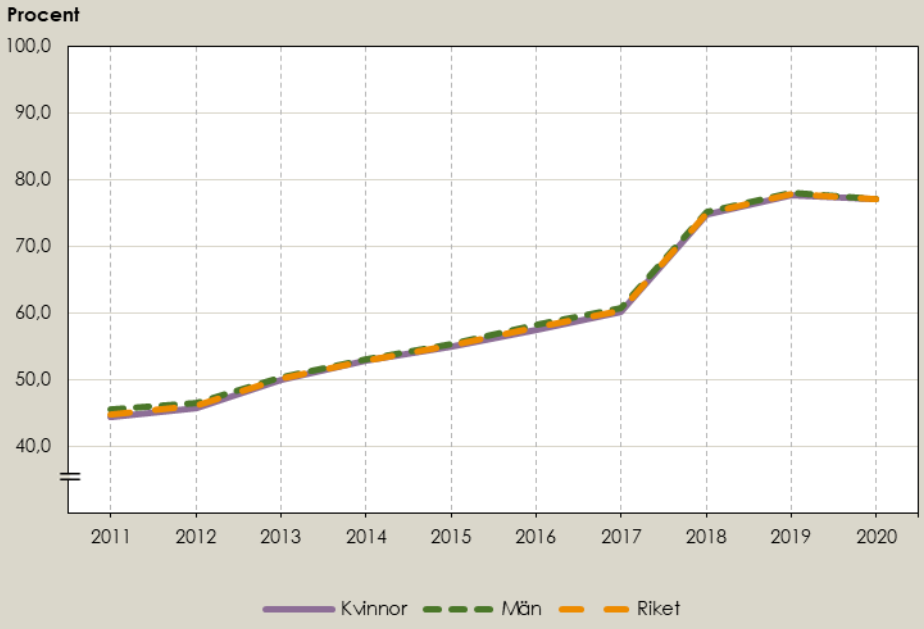
31.4) finns en spridning mellan 66,1 och 83,9 procent som får brytpunktssamtal för alla patienter som tillhör patientgruppen totalt sett. Resultatet är i stort oförändrat mellan åren 2019 och 2020.

Slutligen i den sista figuren 31.5 redovisas resultat för vården som bedrivs inom kommunernas verksamheter inom särskilda boenden, vård- och omsorgsboenden, korttidsboenden samt de som får basal hemsjukvård i ordinärt boende vid palliativ vård. Utfallet är ett sammanslaget utfall för åren 2019–2020 på kommunnivå. Spridningen mellan kommuner per län är stora. Länsmedel år 2019–2020 för andelen patienter som fick brytpunktssamtal varierar mellan 61,7 och 83,6 procent.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Brytpunktssamtal inför vård i livets slut innebär att patient och närstående kan få en tydligare bild av sjukdomsläge och situation och kan bli mer delaktiga i åtgärder och vägval. En välinformerad patient kan må bättre och vara tryggare men också slå larm vid avvikelser från det som planerats.	Systematiskt genomförande av brytpunktssamtal ger vårdteamet bättre förutsättningar att personcentrera vården och möta patientens behov. Det ger en säkrare vård med högre kvalitet.

Figur 31.1. Brytpunktssamtal

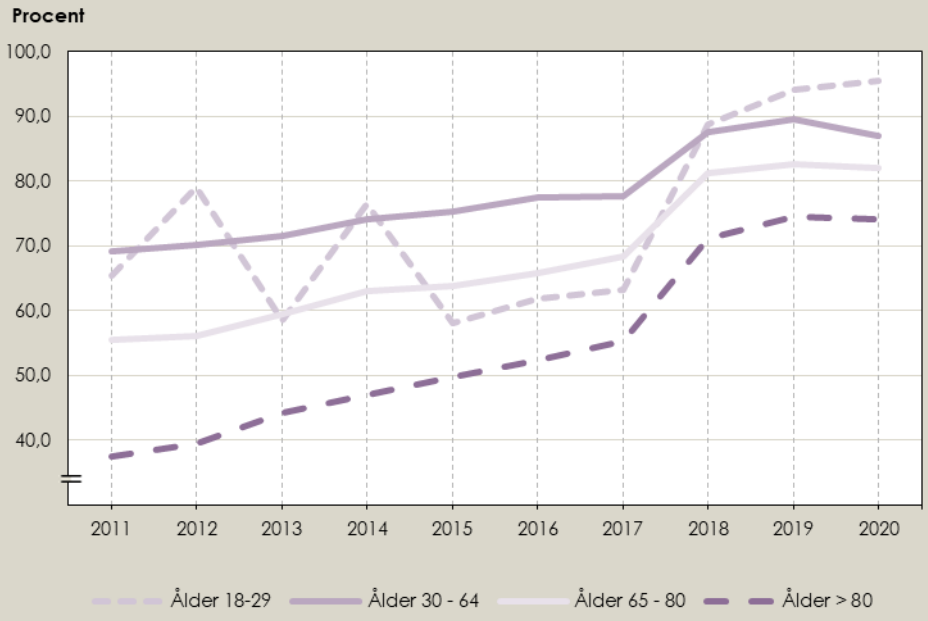
Andel patienter som fick ett brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård inom regionerna.



Källa: Svenska palliativregistret.

Figur 31.2. Brytpunktssamtal

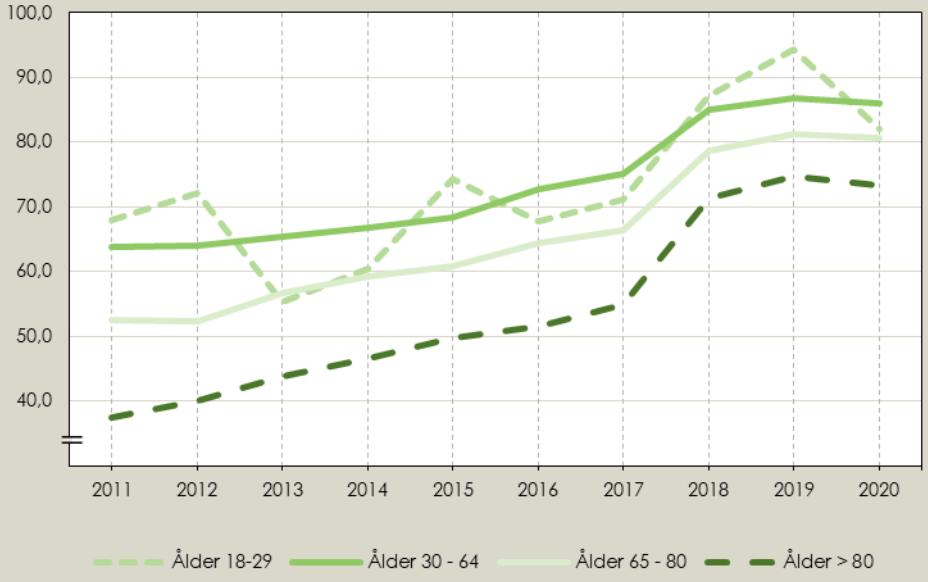
Andel patienter som fick ett brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård inom regionerna. Avser kvinnor.



Källa: Svenska palliativregistret.

Figur 31.3. Brytpunktssamtal

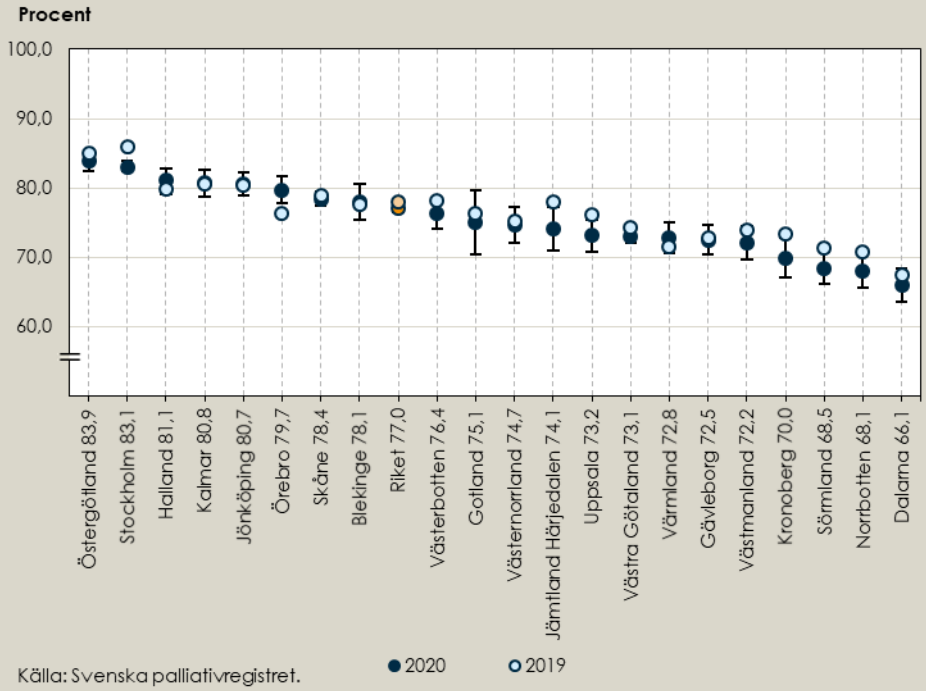
Andel patienter där dödsfallet var väntat av vården och som fick ett brytpunktssamtal i regionerna. Avser män.



Källa: Svenska palliativregistret.

Figur 31.4. Brytpunktssamtal

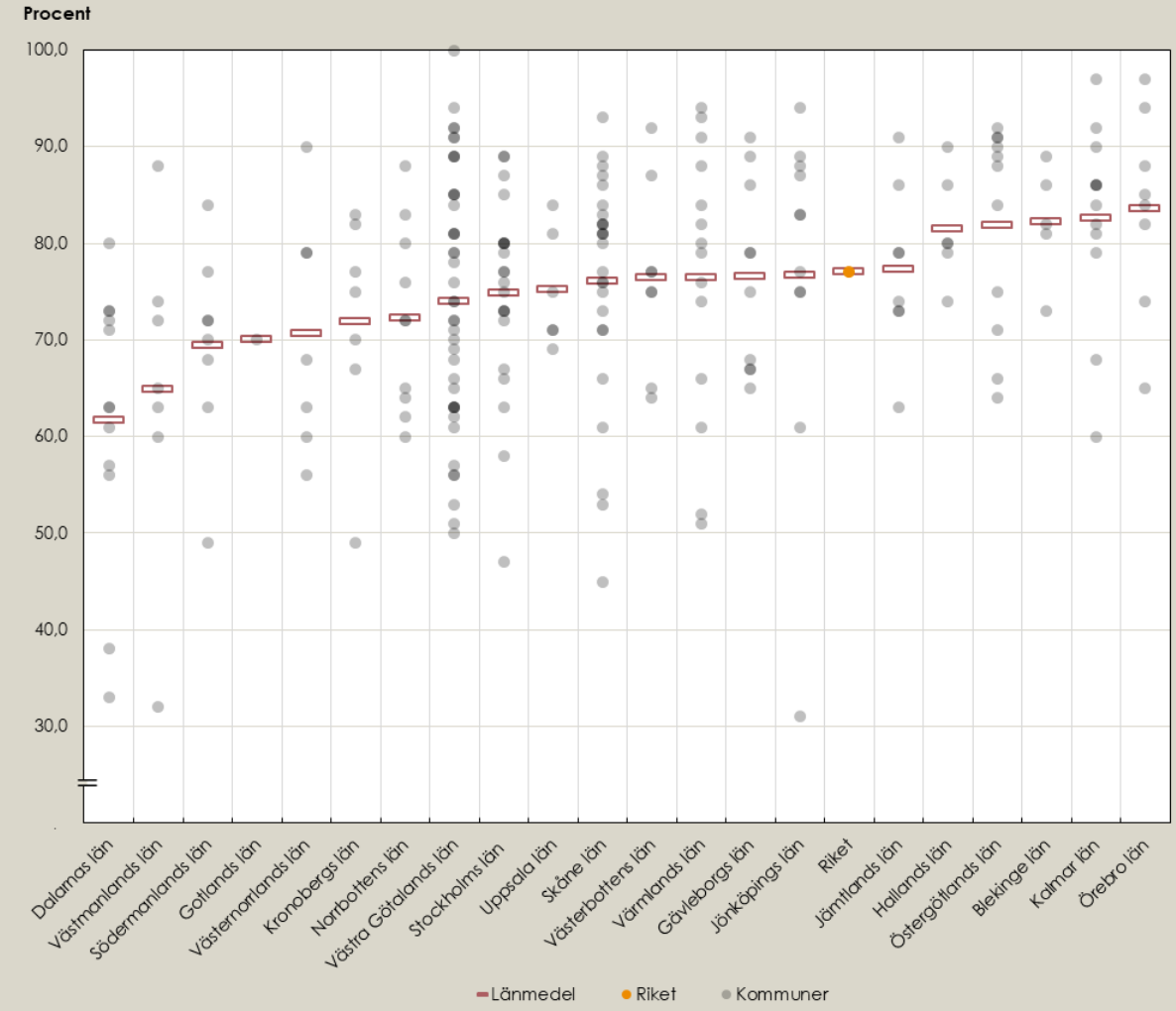
Andel patienter som fick ett brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård inom regionerna, totalt.



Källa: Svenska palliativregistret.

Figur 31.5. Brytpunktssamtal

Andel patienter som fick ett brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård. Avser kommun; personer 65 år och äldre som avled på ett särskilt boende/vård- och omsorgsboende, korttidsboende eller basal hemsjukvård, 2019–2020.



Källa: Svenska palliativregistret.

32. Användning av Checklista för säker kirurgi

Kvalitetsregistret SPOR, Svenskt Perioperativt Register, bidrar till lokal och nationell kvalitetsutveckling genom att befintliga operationsplaneringssystem hämtar data från den perioperativa processen. Här redovisas indikatorn andelen operationer där man har en komplett användning av Checklista för säker kirurgi, det vill säga i alla tre faserna av arbetet i samband med operationen. Alla operationer som ingår i kvalitetsregistret SPOR:s definition på operation ingår, både akuta och planerade [85].

WHO:s checklista för säker kirurgi infördes 2008 som en del av Världshälsoorganisationens strävan att minska antalet dödsfall i anslutning till kirurgi världen över genom att rikta uppmärksamhet mot viktiga säkerhetsfrågor i samband med kirurgi. Utvärderingar har visat att den, korrekt använd, resulterar i 20–40 procent lägre mortalitet och morbiditet för de patienter som

opereras. Effekten bedöms bero på bättre följsamhet till överenskomna rutiner samt att om det oväntade inträffar är teamet bättre förberett på att klara av situationen.

Checklistan som används idag, *Checklista för säker kirurgi 2.0*, är en svensk ombearbetad version av WHO:s checklista för säker kirurgi och lanserades hösten 2018. Checklistan syftar till att dels fungera som stöd för att inga viktiga moment glöms bort, dels att öppna för kommunikation i teamet. Båda är viktiga, såväl i daglig rutinverksamhet som för att stå bättre rustad om det oväntade inträffar.

Checklista för säker kirurgi är ett verktyg för att på ett strukturerat sätt genomföra säkerhetskontroller under tre faser av det perioperativa arbetet på operationssalen. Dessa faser är ”Kontroll inför anestesistart”, när anestesipersonal kontrollerar att allt är på plats och all utrustning fungerar innan patienten sövs, ”Kontroll inför op-start” precis innan operatören börjar operationen, och ”Avslutning” innan operatören lämnar operationssalen [86].

Då de tre faserna inte skiljer sig markant från den ursprungliga WHO-checklistan har SPOR valt att behålla den förra benämningen på de tre faserna: Förberedelse, Time Out och Sign Out [85].

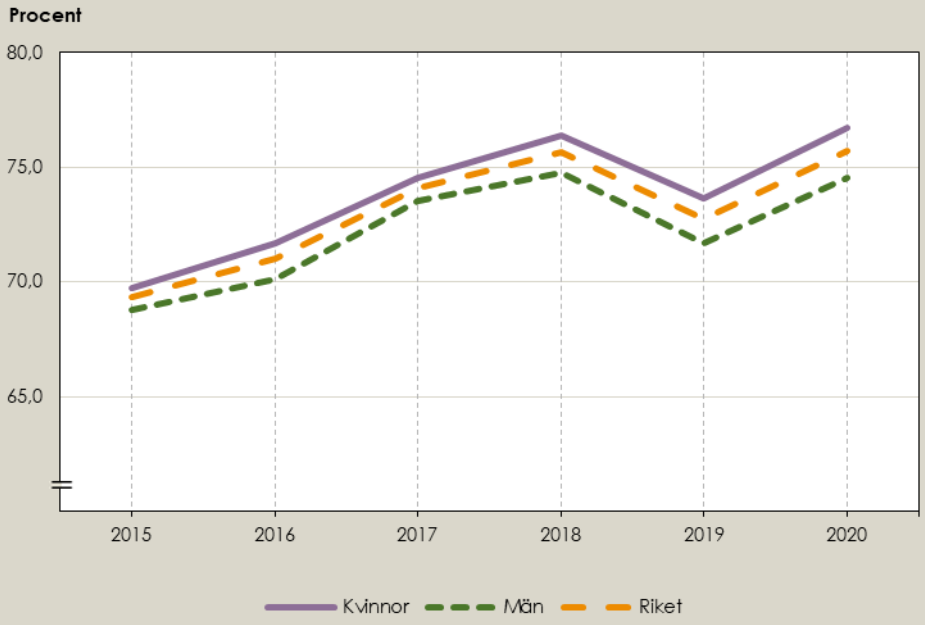
Användning av checklistan är en etablerad patientsäkerhetsindikator [86]. Användningen av checklistan och dokumentationen av genomförandet av dessa tre faser registreras i SPOR. Datainsamlingen är automatiserad och innebär att uppgifter ur de lokala operationssystemen överförs till registret. Uppgifterna uppdateras varje dygn.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Med ett team där alla medlemmar i teamet är väl insatta i det aktuella ingreppet och vars och ens roll i teamet minskar risken för missförstånd, förbiseenden och misstag så att patienten drabbas av skada eller dödsfall som hade kunnat undvikas.	Att verksamheten och varje team alltid genomför en process med säkerhetskontroller som utgår från tre faser av det perioperativa arbetet på operationssalen bidrar till gemensamt fokus i situationen, bättre följsamhet till överenskomna rutiner samt ett bättre rustat team om det oväntade inträffar.

Figuren nedan (32.1) visar att totalt ingick cirka 335 000 patienter i jämförelsen 2020 i riket som helhet och av dessa har checklistan för säker kirurgi tillämpats i 75,7 procent av operationerna. Över åren 2015–2020 har andelen ökat från 69,3 till 75,7 procent på riksnivån. Skillnaderna mellan könen är små. På regionnivå i figur 32.2 varierar utfallet från 53 till 98,7 procent. Variationerna i utfallet mellan regionerna visar att det finns möjligheter till ytterligare förbättringar. Varken Jämtland Härjedalen eller Jönköping redovisar något utfall i underlaget. Utfallet redovisas även på sjukhusnivå per region i figur 32.3 som visar på spridningen mellan sjukhusen inom varje region.

Figur 32.1. Användning av checklista för säker operation

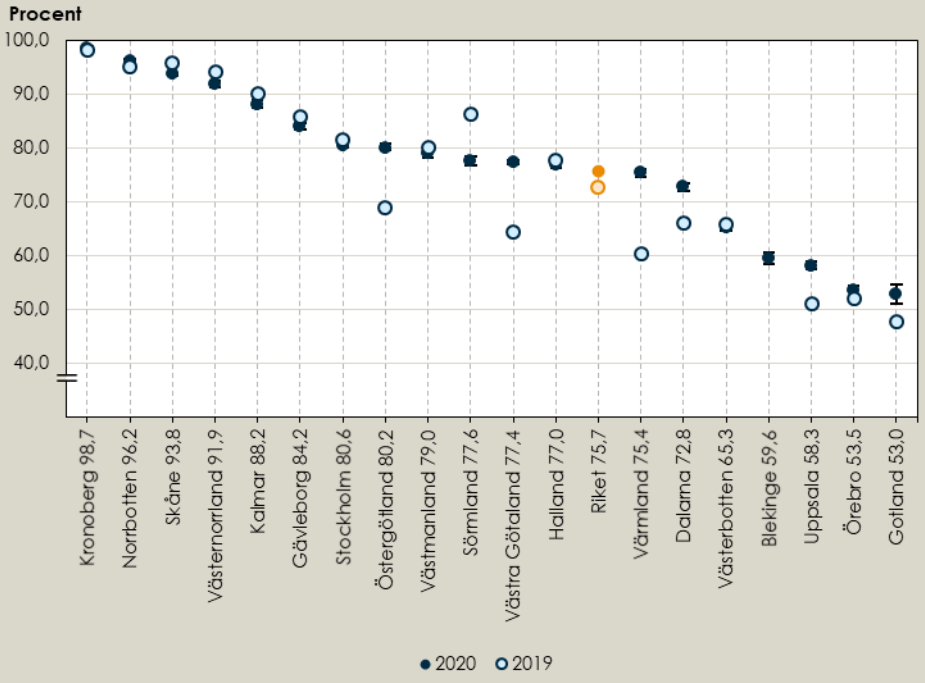
Andel operationer där hela checklistan för säkrare operationer tillämpats.



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR).

Figur 32.2. Användning av checklista för säker operation

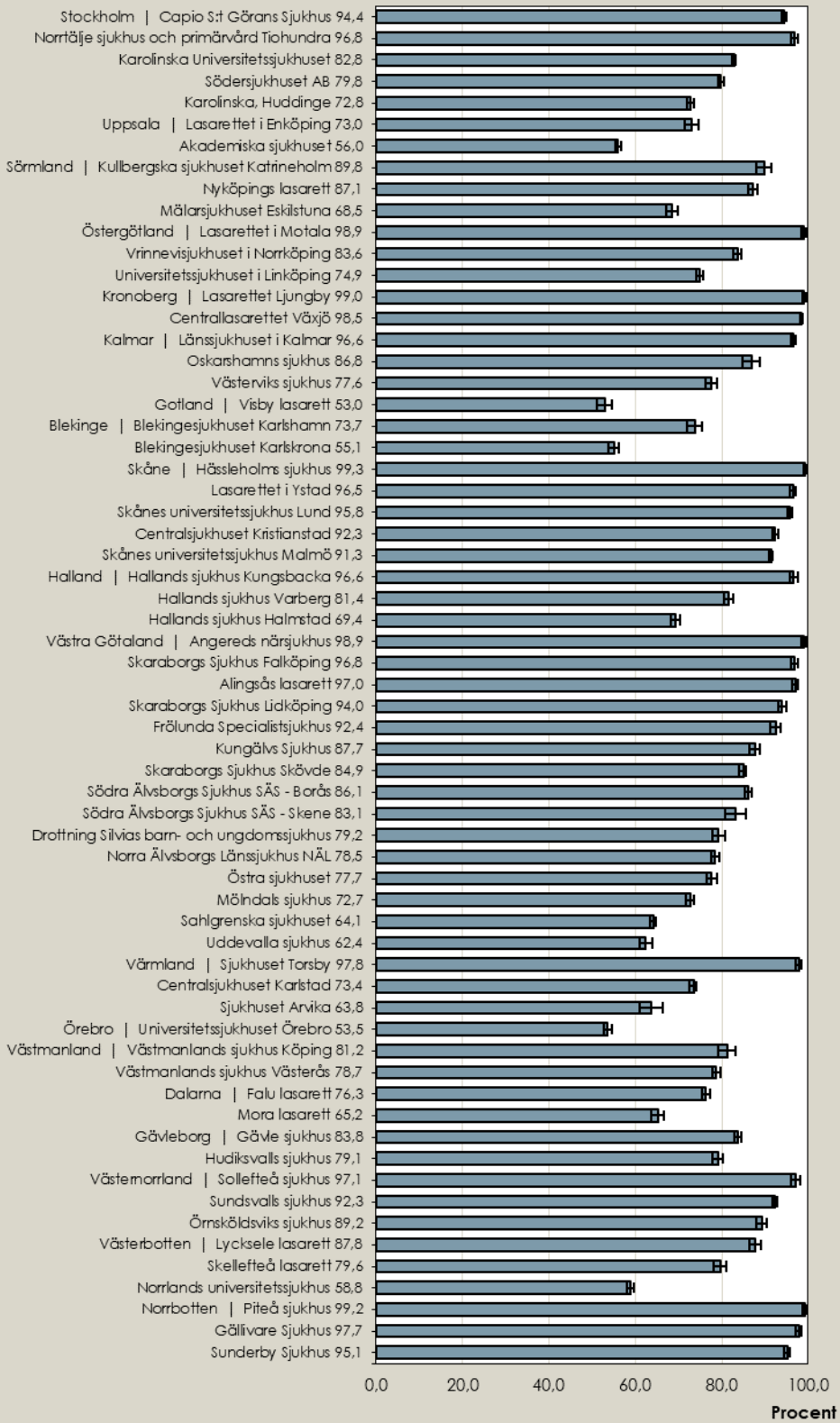
Andel operationer där hela checklistan för säkrare operationer tillämpats.



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR).

Figur 32.3. Användning av checklista för säker operation

Andel operationer där hela checklistan för säkrare operationer tillämpats. Avser 2020.



Källa: Svenskt perioperativt register (SPOR).

33. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

För att personer som insjuknat i stroke ska kunna dra maximal nytta av den högre vårdkvalitet som en strokeenhet ger, bör de läggas in direkt på strokeenhet vid ankomst till sjukhuset utan att först vårdas på annan vårdavdelning. En strokeenhet är en organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästan helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team speciellt kunniga inom stroke såsom medicinsk kompetens, omvårdnadskompetens och rehabiliteringskompetens. I de nationella riktlinjerna har inläggning på strokeenhet som första vårdenhet vid stroke prioritet 1. En nationell målnivå finns och ligger på ≥ 90 procent [87].

Vård på strokeenhet minskar dödligheten, funktionsberoendet och behovet av institutionsvård oavsett ålder vid insjuknandet, kön och sjukdomens allvarlighetsgrad. Vissa patienter kan, efter individuell läkarbedömning, vara aktuella för intensivvård istället för vård på strokeenhet, därför inkluderas även vård vid IVA i jämförelsen. Indikatorn visar andelen som vid akut insjuknande först vårdas på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.

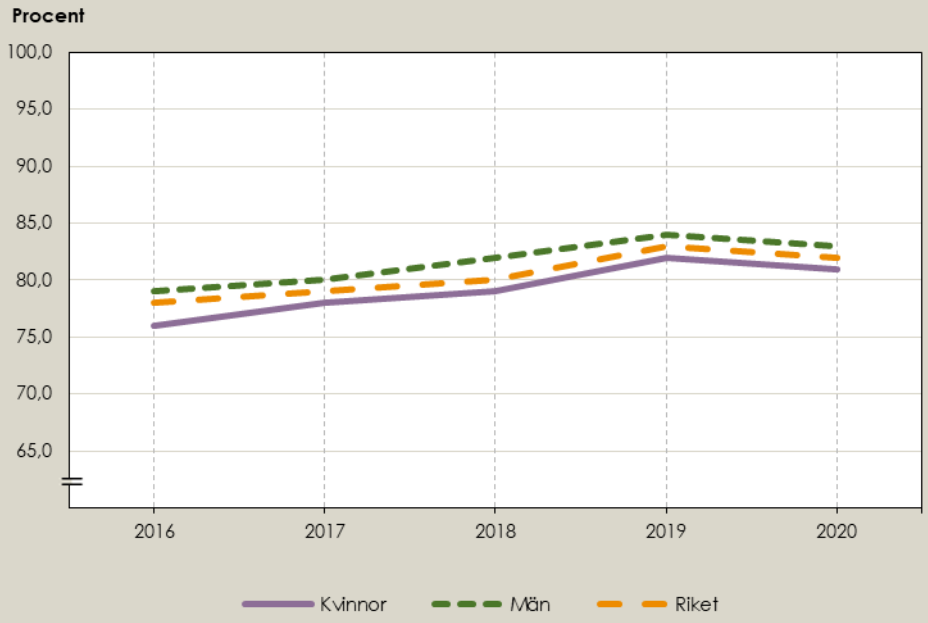
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Vård på strokeenhet minskar dödlighet och bestående nedsättning av funktionsförmågan. Bibehållen god funktionsförmåga ökar individens förutsättningar för ett självständigt liv.	När struktur och process är utformad så att det akuta omhändertagandet av strokepatienter görs i adekvat organisation av multiprofessionella team minskar risken för nedsatt funktionsförmåga eller död vid stroke.

Ungefär fyra av fem patienter vårdas på strokeenhet i det akuta skedet. Det har varit en successiv förbättring för redovisad period, från 78,0 procent till 82,0 procent 2020 vilket framgår av figur 33.1. År 2019 var andelen 83 procent. Det är en könsskillnad och män vårdas i högre omfattning på strokeenhet i första skedet, skillnaden är i stort sett oförändrad för mätperioden.

I figur 33.2 redovisas utfallet på regional nivå från 48 till 92 procent. Två regioner når målnivån ≥ 90 procent år 2020. Sex regioner ligger ≥ 86 procent och är därmed nära målnivån. Det är små variationer mellan regionerna, undantaget en region som ligger långt under målvärdet.

Figur 33.1. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

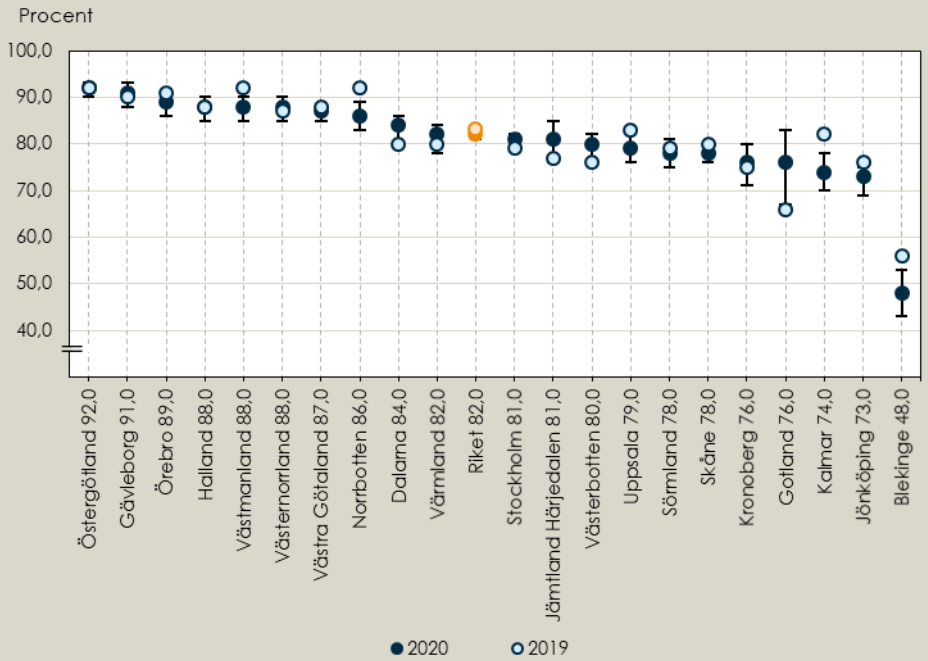
Andel fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Figur 33.2. Strokeenhet som första vårdnivå vid stroke

Andel fall av stroke som vid akut insjuknande vårdas först på strokeenhet eller IVA och inte på en annan vårdavdelning.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

34. Reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke

Stroke innebär att blodförsörjningen till någon del av hjärnan hindras av blodproppsbildning. Risken för bestående skador på hjärnan ökar snabbt med ökad tidsfördröjning från insjuknandet till startad behandling. Ett korrekt omhändertagande i den akuta vårdkedjan kräver personal med specifik kompetens inom området stroke och en ändamålsenlig organisation för omhändertagande av patienterna.

Reperfusionsbehandling syftar till att lösa upp eller ta bort blodproppen som orsakat stroke, för att därigenom minska den hjärnskada som proppen orsakat och förbättra prognosen. Vid trombolys löses blodproppen upp med blod-proppslösande läkemedel. Trombektomi innebär att proppen i hjärnan tas bort mekaniskt med endovaskulär teknik. Trombektomi är aktuell vid ocklusion av hjärnans främre stora kärl och kan utföras med eller utan föregående behandling med trombolys.

Behandling med trombolys eller trombektomi är båda effektiva metoder vid akut ischemisk stroke. Effekten av dessa behandlingar minskar dock mycket snabbt med tiden efter insjuknandet, och det finns också bortre tidsgränser när behandlingarna inte längre har effekt.

Reperfusionsbehandling minskar risken för funktionshinder och ju tidigare efter insjuknandet den ges, desto bättre blir resultatet. Trombolys har dokumenterad effekt när den ges upp till 4,5 timmar efter insjuknandet och trombektomi upp till 6 timmar efter insjuknandet, vilket speglas i riktlinjernas rekommendationer. Åtgärderna är högprioriterade i strokeriktlinjerna och en nationell målnivå har fastställts till ≥ 20 procent [87, 88].

Val av behandlingsform baseras på blodproppens läge i hjärnans blodkärl, tiden som gått från symptomdebut till möjlighet att behandla samt patientens övriga sjuklighet och förutsättningar att genomgå reperfusionsbehandling. Den vanligaste anledningen till att reperfusionsbehandling inte kan genomföras är att för lång tid gått mellan symptomdebut och patientens ankomst till sjukhus.

Indikatorn visar andelen fall av akut ischemisk stroke som får reperfusionsbehandling med trombolys, trombektomi eller trombektomi i kombination med trombolys.

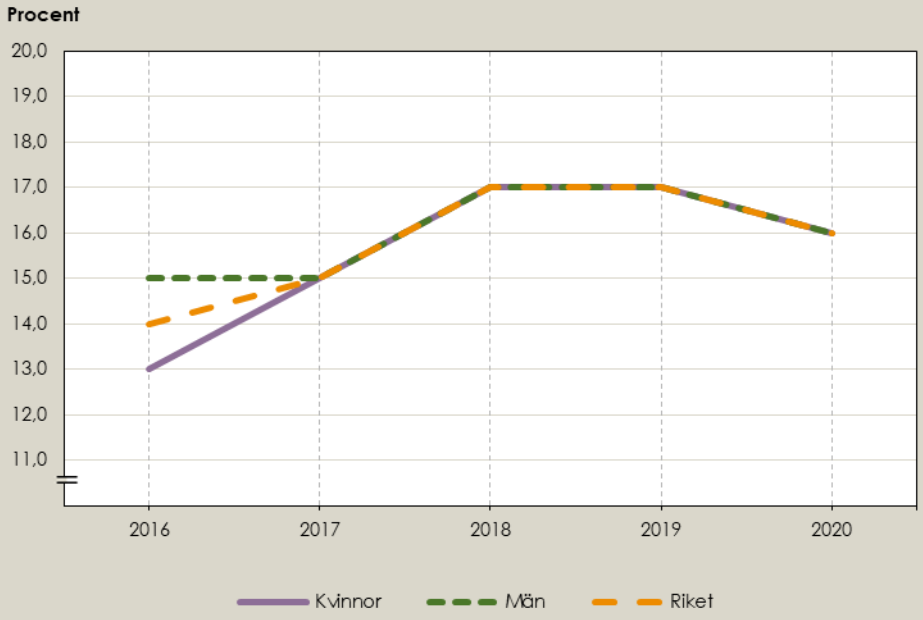
Figuren för riket (34.1) visar andelen patienter med akut ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling år 2020 och låg på 16,0 procent för alla patienter i riket, 1 procentenhet lägre än de två föregående åren och under den angivna målnivån som ligger på 20 procent. År 2016 fanns en könsskillnad där kvinnor som behandlats var lägre än män, men efter år 2017 finns det inte några könsskillnader.

I figuren för regionerna (34.2) har fyra regioner under 2020 utfall som ligger över 20 procent och även för året innan, medan åtta regioner hade ett utfall på mindre än 15 procent av sina patienter som behandlats med reperfusion.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Snabb behandling ökar förutsättningarna för en bibehållen god funktionsförmåga vilket ökar individens förutsättningar för ett självständigt liv.	En adekvat organisation med strukturer och processer är utformade så att det akuta omhändertagandet av strokepatienter med reperfusionsbehandling för patienter som uppfyller kriterierna för behandlingen minskar risken för nedsatt funktionsförmåga eller död vid stroke.

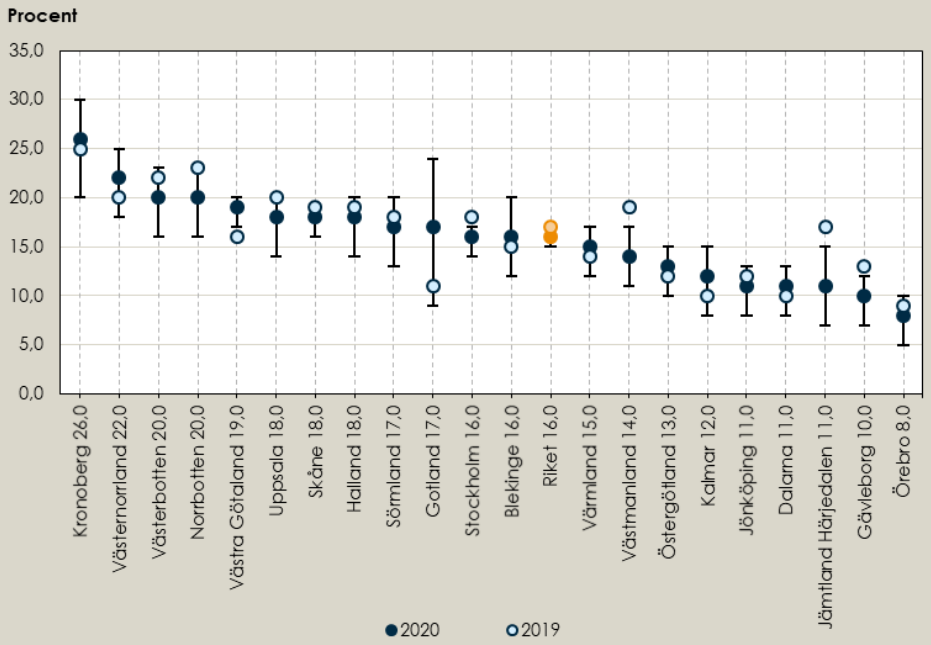
Figur 34.1. Reperfusionbehandling vid akut ischemisk stroke

Andel patienter med akut ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling med trombolys eller trombektomi.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Figur 34.2. Reperfusionbehandling vid akut ischemisk stroke
Andel patienter med akut ischemisk stroke som fått reperfusionsbehandling med trombolys eller trombektomi.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Antibiotikaanvändning

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård
36. Antibiotikaanvändning i tandvården

35. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

Vård- och omsorgsmiljöer innebär speciella risker för utveckling och spridning av antibiotikaresistens, dels på grund av hög antibiotikaanvändning, dels på grund av spridning till patienter med ökad mottaglighet för infektioner som i sin tur ger en ökad risk för allvarliga komplikationer hos dessa patienter. Infektionssjukdomar orsakade av resistenta bakterier innebär lidande för de som drabbas. De kan ge allvarliga konsekvenser såsom ökad dödlighet, förlängd sjukdomstid och minskad möjlighet att skydda patienter med antibiotika vid en operation eller vid andra medicinska behandlingar samt ökade kostnader för hälso- och sjukvården.

Det finns ett tydligt samband mellan antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskeras en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Antibiotika ska alltså inte användas i onödan. Ett sätt att minska den onödiga antibiotikaanvändningen är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling.

Behandlingstidens längd har också betydelse. Studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre. Vid antibiotikabehandling är det önskvärt att använda så smal behandling som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både vad gäller resistensutveckling och biverkningar. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket i sin tur kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter.

Sverige har en förhållandevis låg förskrivning av antibiotika jämfört med övriga Europa. Framgångsfaktorer i det svenska arbetet har varit en väl fungerande övervakning av antibiotikaresistens med diagnostik av hög standard och täckande övervakning av antibiotikaförbrukning. Behandlingsrekommendationer med bred förankring har också varit centralt.

Ett förskrivningsmål är Stramas[3] så kallade 250-mål i öppenvården, mindre än 250 antibiotikarecept förskrivna per 1 000 invånare och år, som infördes 2009 [89, 90].

Indikatorn visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare med åldersstandardiserade värden och källan är Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Infektionssjukdomar orsakade av resistenta bakterier kan ge allvarliga konsekvenser såsom ökad dödlighet, förlängd sjukdomstid och minskad möjlighet för effektiv behandling med antibiotika vid framtida infektioner.	Ändamålsenlig antibiotikaanvändning förutsätter återkommande kompetensutveckling, evidensbaserade riktlinjer och systematisk uppföljning av förskrivningsmönster. Adekvat antibiotikaanvändning minskar risken för resistensutveckling hos bakterier.

Antalet antibiotikarecept minskade kraftigt 2020, något som sannolikt påverkades av den pågående covid-19-pandemin. För riket är antalet uthämtade recept 228 per 1 000 invånare och redovisas i figur 35.1. Det innebär att antalet recept för riket för första gången har nått målvärdet på 250 uttagna recept per 1000 invånare. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 275 respektive 183 uttag per 1 000 invånare. En orsak till skillnaden mellan könen är skillnader i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar betydligt vanligare bland kvinnor.

Figur 35.2. visar att skillnaderna är mycket små mellan personer med olika utbildningsbakgrund. Antalet uthämtade recept är något högre bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning. Minskningen under perioden förekommer i samtliga redovisade köns- och utbildningsgrupper. Variationen mellan länen är större än variationen mellan olika utbildningsgrupper. Figur 35.2 visar att skillnaderna är mycket små i mellan personer med olika utbildningsbakgrund.

I figur 35.3. redovisas att i nästan alla regioner har uppnått målvärdet. År 2019 var det tre regioner som hade ett utfall under målnivån enligt Strama.

I figur 35.4. redovisas antibiotikaanvändningen utifrån kommuner per län (både som länsmedel samt enskilda värde för respektive kommun i länet),

[3] Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

spridningen är från 193 till 255 antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare i länen, dvs. värdet som länsmedel.

Minskningen är mest påtaglig i yngre åldersgrupper. Uttagen av antibiotika som används mot luftvägsinfektioner har minskat mest, medan uttagen av antibiotika mot urinvägsinfektioner och hudinfektioner har minskat i mindre omfattning.

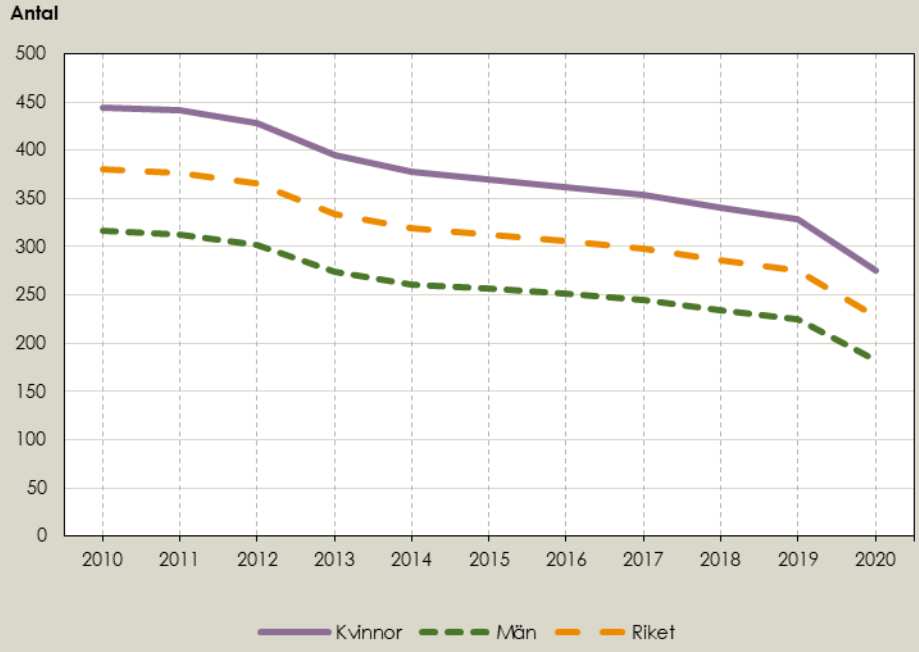
En angelägen fråga att belysa är om den minskade användningen kan ha lett till underbehandling med ökat antal allvarliga infektioner som följd. Uppgifter från Socialstyrelsens patientregister visar följande:

- Antalet sjukhusinläggningar och besök i öppen specialistvård för behandling av lunginflammation eller komplikationer relaterade till öroninflammation och halsinfektion har minskat under pandemin.
- Antalet diagnostiserade urinvägsinfektioner med feber har varit oförändrat under samma period.
- Antalet mycket allvarliga infektioner, som till exempel hjärnhinneinflammation och blodförgiftning, har inte ökat utan snarare minskat något under perioden.

Den minskade förekomsten av allvarliga infektioner beror sannolikt på ökad fysisk distansering, förbättrade hygienrutiner och därmed minskad smittspridning av ett flertal infektioner. Minskningen har varit mer påtaglig hos personer som är 70 år och äldre [91].

Figur 35.1. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

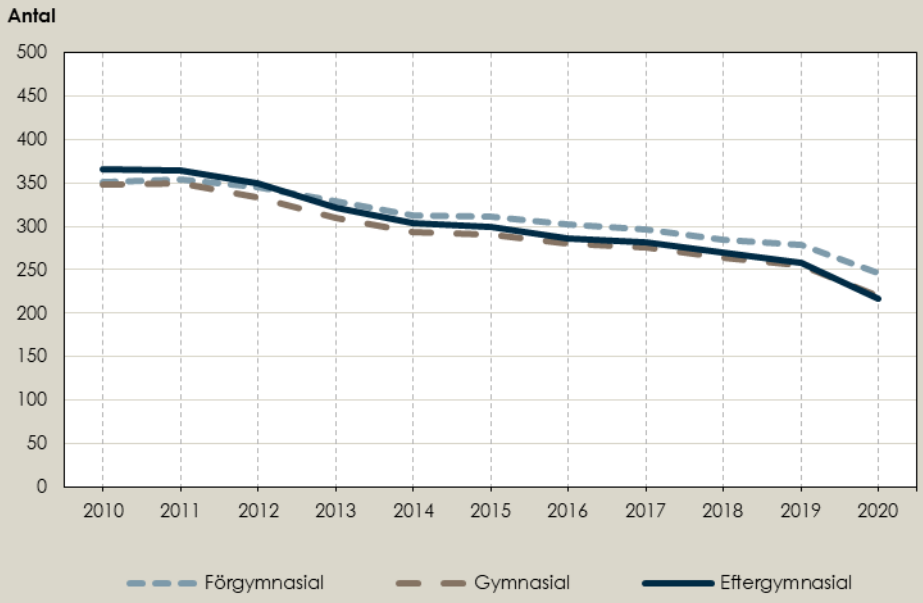
Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 35.2. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

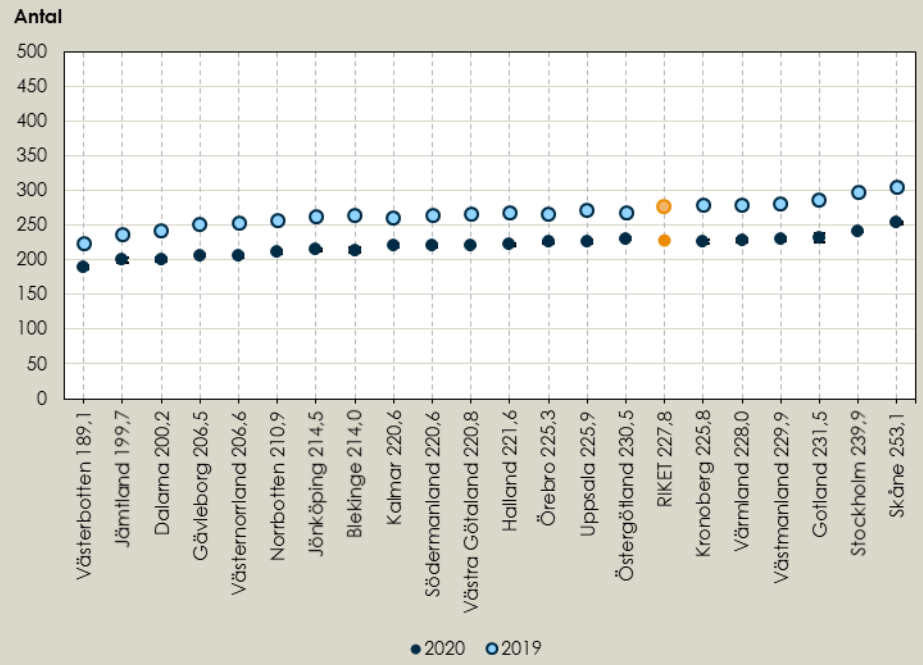
Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 35.3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

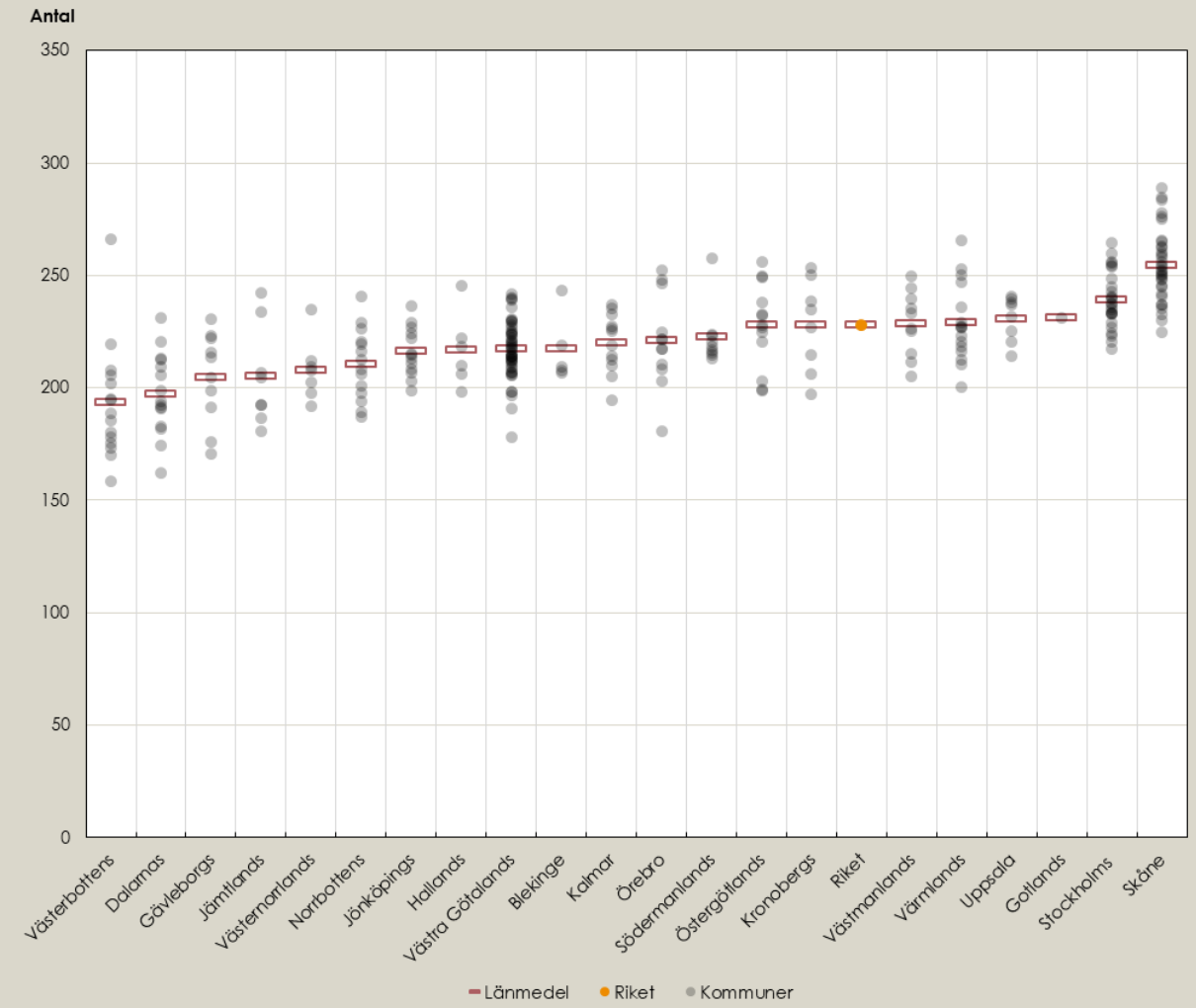
Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 35.4. Förekomst av antibiotikabehandling i öppen vård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

36. Antibiotikaanvändning i tandvården

Socialstyrelsen har i sina rekommendationer till två områden inom nationella riktlinjer tandvård, sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat samt sjukdomar och symptom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten (endodonti), tydligt markerat de situationer där tandvården bör erbjuda antibiotika och där den bör undvika det. Socialstyrelsens bedömning är att det kan finnas ett överutnyttjande av antibiotika i de områden som myndigheten tar upp i riktlinjerna. De rekommendationer som Socialstyrelsen föreslår inom dessa två områden bör på sikt bidra till en minskad förskrivning och användning av antibiotika och därmed också till en rationell antibiotikaanvändning [54].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Rätt sorts antibiotika på rätt indikation minskar risken för förlust av tänder och för biverkningar av onödig antibiotikaanvändning. God munhälsa utan infektion och god tuggfunktion gynnar livskvalitet och hälsa.	Ändamålsenlig antibiotikaanvändning förutsätter återkommande kompetensutveckling, evidensbaserade riktlinjer och systematisk uppföljning av förskrivningsmönster. Adekvat antibiotikaanvändning minskar risken för resistensutveckling hos bakterier.

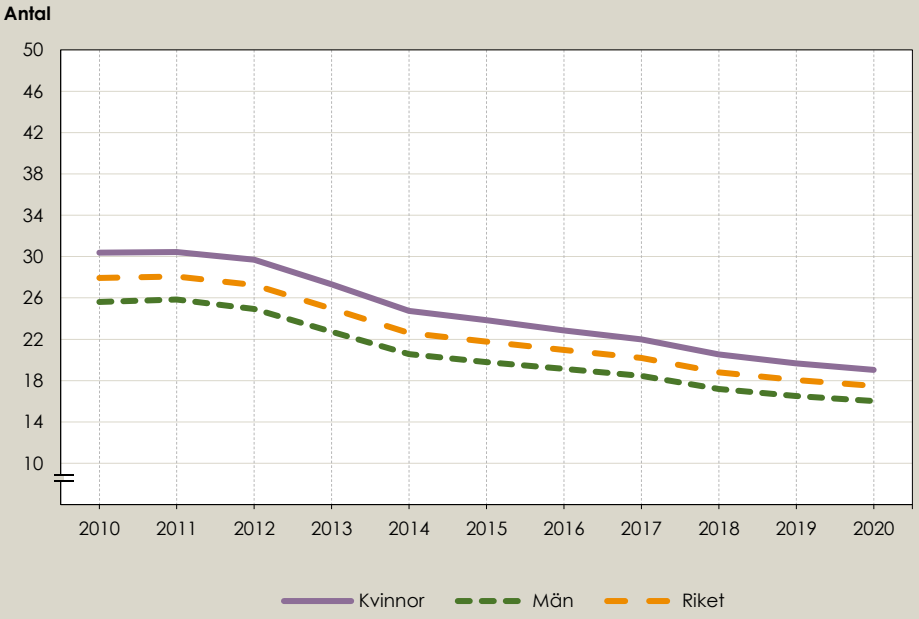
Mellan 2010 och 2019 har förskrivningen minskat. Under 2020 expedierades 17 antibiotikarecept per 1 000 invånare av tandläkare (figur 36.1). Förskrivningen till kvinnor ligger något högre än för män och om utfallet ses i relation till utbildningsbakgrund för personer mellan 35–67 års ålder så är förskrivningen högst bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med de två andra utbildningsgrupperna (figur 36.2).

De regionala skillnaderna i förskrivning av antibiotika är stora (figur 36.3). Den högsta förskrivningen på antibiotika av tandläkare låg på 24,5 recept per 1 000 invånare och som lägst 10,7 recept per 1 000 invånare 2019.

I Socialstyrelsens rapport *Antibiotikaförskrivning inom tandvården* redovisas också att skillnader i antibiotikaförskrivning mellan folktandvården och privat tandvård minskar. För perioden 2010–2019 har skillnaderna mellan tandläkare i folktandvården och privata tandläkare minskat även om skillnader i förskrivning mellan vårdgivarkategorierna i olika åldersgrupper kvarstår. Tandläkare i folktandvården skriver ut mer antibiotika med stigande ålder hos patienterna. Privata tandläkare skriver ut mer antibiotika bland yngre patienter [92].

Figur 36.1. Antibiotikaanvändning i tandvården

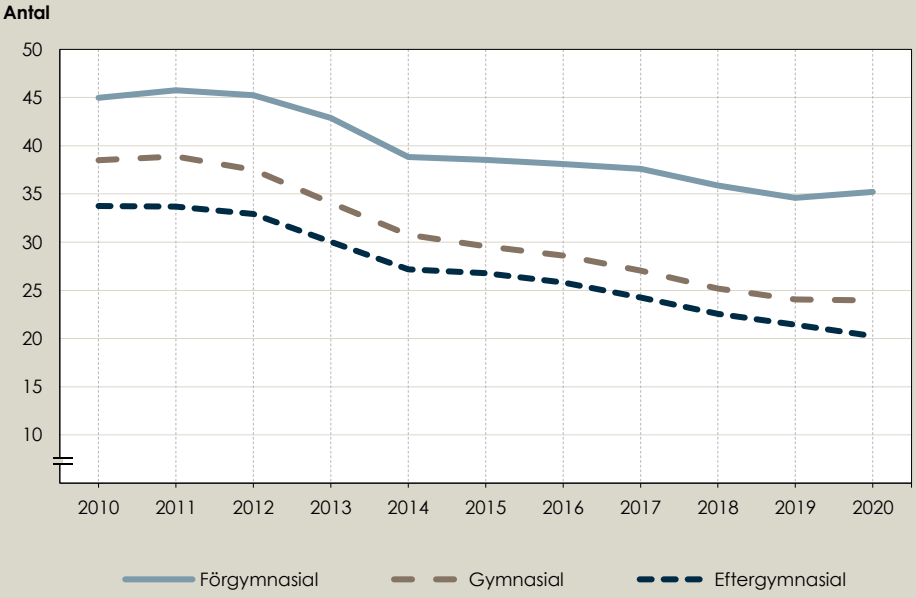
Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare per 1 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 36.2. Antibiotikaanvändning i tandvården

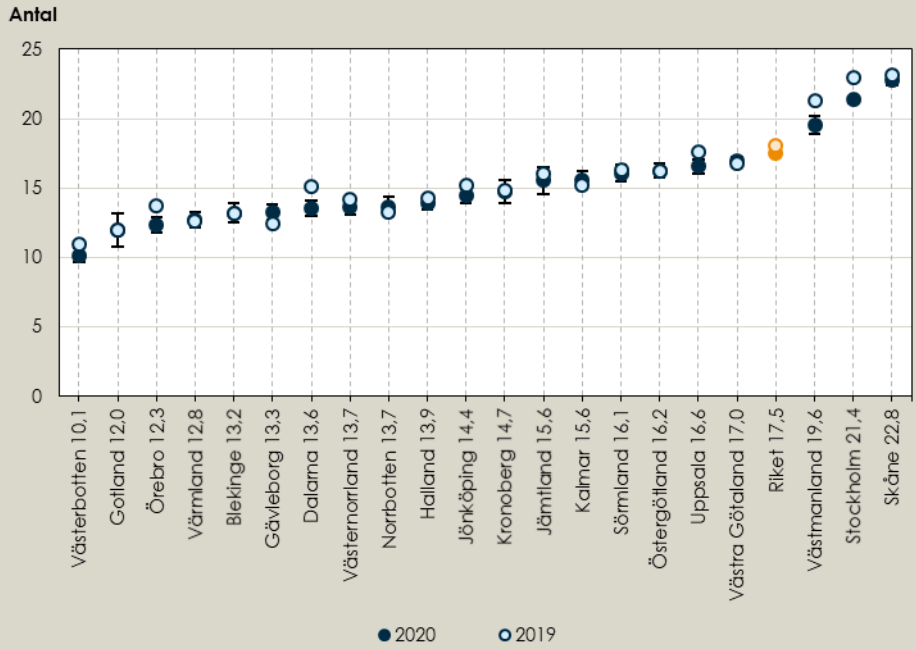
Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare per 1 000 invånare, 35-67 år. Avser kvinnor och män. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 36.3. Antibiotikaanvändning i tandvården

Antal expedieringar av antibiotika förskrivet av tandläkare per 1 000 invånare, totalt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Patientrapporterade erfarenheter

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende, men aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala. Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar.

Att kunna vara delaktig i sin vård kräver kunskap och insikt. Patienten behöver därför få god och anpassad information om bland annat sin vård och behandling och om eventuella risker. Kommunikation och dialog är centralt. Det innebär att alla som arbetar i vården behöver involvera och efterfråga patientens synpunkter, möta patienten med empati och dela med sig av sin kunskap [2].

Att mäta och följa upp patienters erfarenheter av vården har utvecklats under senare år i Sverige och är en viktig källa för att ständigt förbättra vården. NPE-mätningar som redovisas av SKR och som återges här baseras på frågor som patienten svarar på i samband med att de fått vård och behandling i hälso- och sjukvården.

Patientrapporterade mått kan delas in i två kategorier, PROM (Patient Rapported Outcome Measures) som mäter utfall före och efter intervention och är utformade som resultatmått och PREM (Patient Rapported Experience Measures) som mäter patientrapporterade erfarenheter.

PREM är oftast utformade som struktur- eller processmått men det kan även vara resultatmått. Nationell Patientenkät (NPE) är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Resultaten är underlag för jämförelser mellan regioner och vårdenheter och är ett redskap för styrning och ledning.

Frågorna i NPE är indelade i sju dimensioner. De består av delkomponenter som visar vilka aspekter patienter anser är viktiga [93].

Nedan redovisas två dimensioner som viktiga aspekter inom patientsäkerhetsområdet i den här uppföljningen.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Att tillvarata patienters erfarenheter av vården innebär att den enskilde blir en medskapare.	Patienters erfarenheter är ett bra underlag för hälso- och sjukvårdspersonalen i val och anpassning av vård och behandling och som därmed kan bli mer personcentrerad.

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

37. Kontinuitet och koordinering
38. Delaktighet och involvering

NPE-resultaten är indelad i sju dimensioner varav två återges här. Varje dimension består av delkomponenter som visar vilka aspekter patienter anser är viktiga. På så vis fastställs vilka frågor som ska mätas/besvaras för de olika dimensionerna inom följande verksamhetsområden.

Primärvård
Öppen specialiserad sjukhusvård
Akutmottagningar

NPE är en återkommande nationell undersökning av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Vissa mätningar är nationellt gemensamma och andra är så kallade mellanårsmätningar då färre regioner deltar. Regionledningarna beslutar om gemensamma undersökningar vartannat år inom en rad verksamhetsområden.

37. Kontinuitet och koordinering

Dimensionen avser att belysa patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Det innebär hur väl individens vård samordnas, såväl internt som externt. Det som följs upp är hur patienterna upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra och i relation till patienten samt patientens upplevelse avseende kontinuitet i vården.

Primärvård

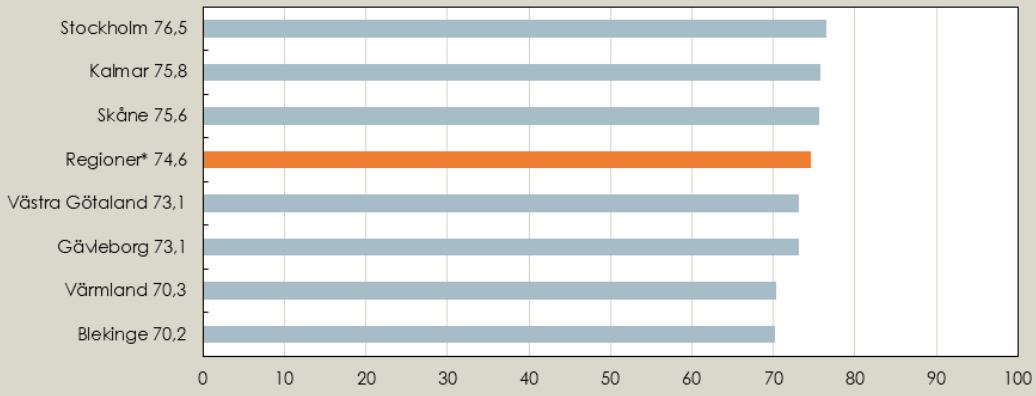
Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor i enkäten som genomfördes inom primärvården 2020 vilket var en mellanårsmätning och en tredjedel av regionerna deltog regioner deltog i mätningen.

1. Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
2. Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
3. Fick du träffa den läkare du ville träffa?
4. Upplevde du att personalen samarbetade väl?
5. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
6. Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
7. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Resultaten i figuren 37.1 nedan visar en nöjdhet med kontinuitet och koordinering på 74,6 procent i primärvården för några regioner. Resultaten varierar mellan regionerna som deltog i mätningen från 70,2 procent till 76,5 procent.

Figur 37.1. Kontinuitet och koordinering

Andel nöjda patienter med dimensionen kontinuitet och koordinering i primärvården, 2020.



* Samlat värde för regioner som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Öppen specialiserad sjukhusvård

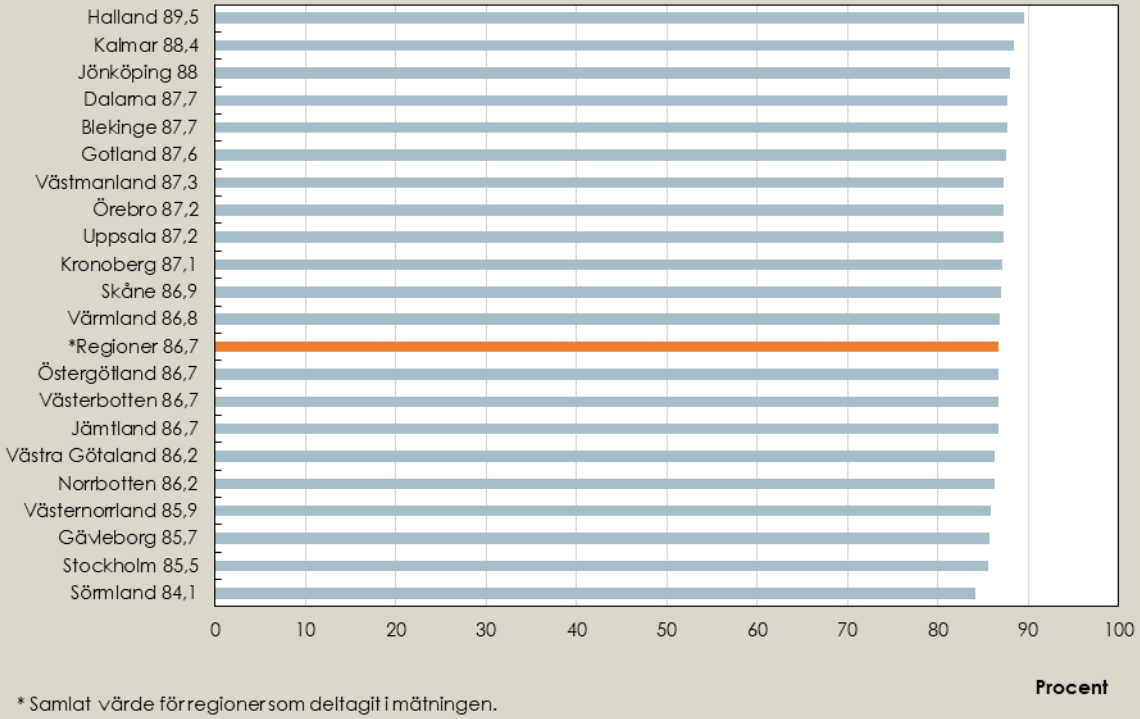
Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor i enkäten som genomfördes inom öppen specialiserad sjukhusvård 2018:

1. Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
2. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
3. Upplevde du att personalen samarbetade väl?
4. Anser du att personalen på mottagningen/enheten samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
5. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Resultaten i figuren 37.2 nedan visar en nöjdhet med kontinuitet och koordinering inom öppen specialiserad sjukhusvård som ligger på 86,7 procent för alla deltagande regioner. Resultaten varierar mellan regionerna som deltar i mätningen från 84,1 procent till 89,5 procent.

Figur 37.2. Kontinuitet och koordinering

Andel nöjda patienter med dimensionen kontinuitet och koordinering inom öppen specialiserad sjukhusvård, 2018.



* Samlat värde för regioner som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Akutmottagningar

Dimensionen kontinuitet och koordinering mäts med följande frågor i enkäten som genomfördes på akutmottagningar 2020:

1. Frågade läkaren dig om vilka läkemedel du använder?
2. Upplevde du att personalen samarbetade väl?
3. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
4. Anser du att personalen på akutmottagningen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
5. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Resultaten i figuren 37.3 nedan visar en nöjdhet med kontinuitet och koordinering på akutmottagningarna som ligger på 78,9 procent för alla regioner. Resultaten varierar mellan regionerna som deltar i mätningen från 75,7 procent till 81,3 procent.

Figur 37.3. Kontinuitet och koordinering

Andel nöjda patienter med dimensionen kontinuitet och koordinering på akutmottagningarna, 2020.

* Samlat värde för regioner som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Procent

38. Delaktighet och involvering

Den här dimensionen belyser patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Det innebär att resultaten återspeglar patienters erfarenheter av hur väl vården samordnas, såväl internt som externt. Det handlar även om hur patienter upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra och i relation till patienten samt upplevelse av kontinuitet i kontakten med vården.

Primärvård

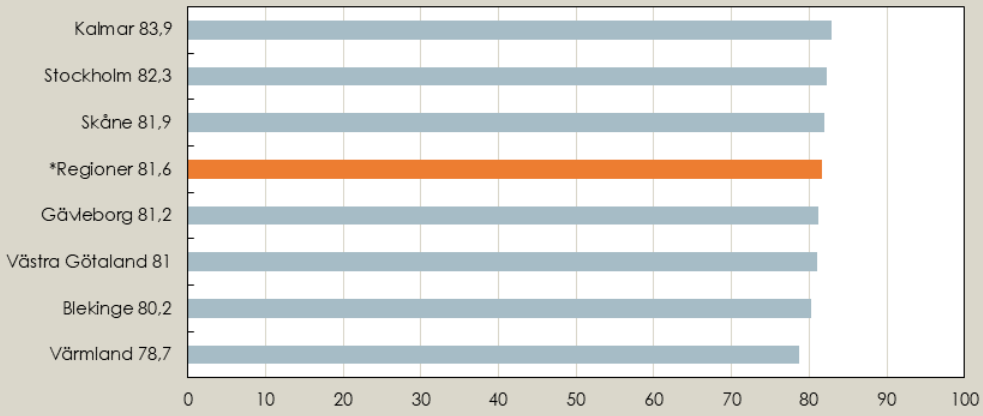
Dimensionen delaktighet och involvering belyses med följande frågor inom primärvården 2020.

1. Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?
2. Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
3. Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?
4. Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?

Resultaten berör läkarbesök inom primärvården. Denna mätning var inte en nationell gemensam mätning därav är det en mer begränsad redovisning av antal regioner. Resultaten i figuren 38.1 nedan visar på att många är nöjda med hur de är delaktiga och involverade i vården som de får. Resultatet mellan de regioner som ingick i mätningen varierar inte särskilt mycket.

Figur 38.1. Delaktighet och involvering

Andel nöjda patienter med dimensionen delaktighet och involvering i primärvården, 2020.



* Samlat värde för regioner som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Öppen specialiserad sjukhusvård

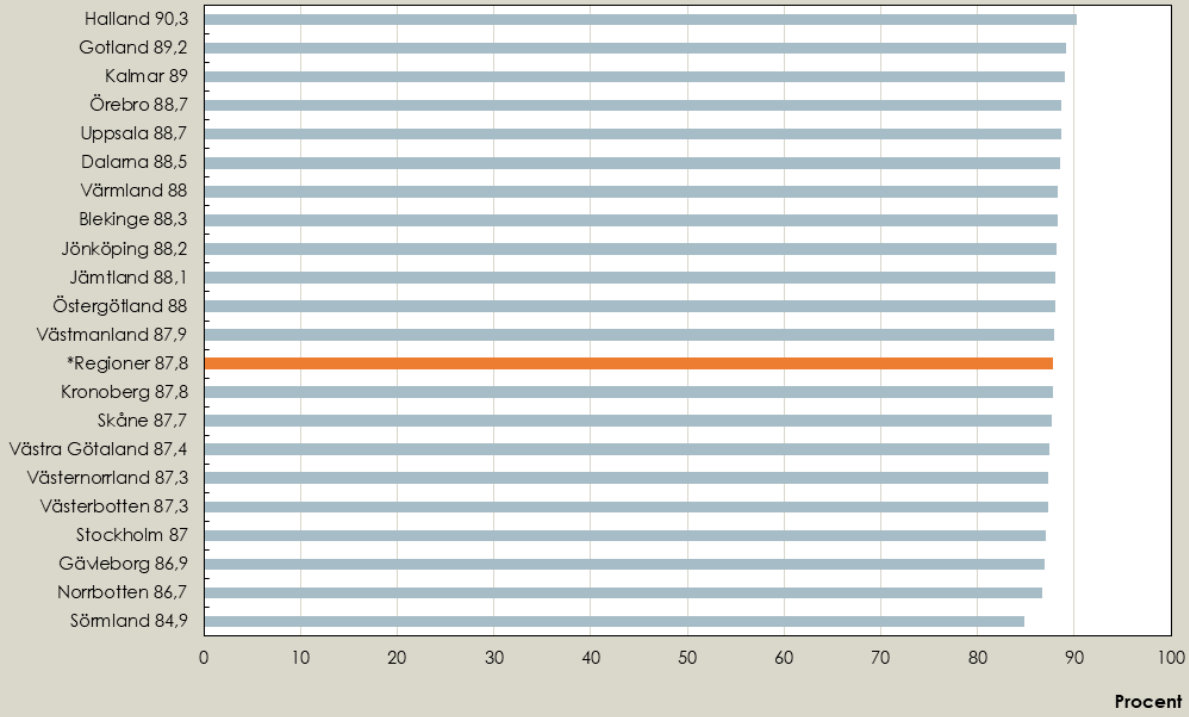
Dimensionen delaktighet och involvering mäts med följande frågor i enkäten inom öppen specialiserad sjukhusvård 2018. Det var en nationellt gemensam mätning och alla regioner ingick.

1. Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?
2. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
3. Upplevde du att personalen samarbetade väl?
4. Anser du att personalen på mottagningen/enheten samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?
5. Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

Resultaten i figuren 38.2 nedan visar på att många är nöjda med hur de är delaktiga och involverade i vården som de får. Resultaten varierar i regionerna mellan 90,3 procent och 84,9 procent.

Figur 38.2. Delaktighet och involvering

Andel nöjda patienter med dimensionen delaktighet och involvering inom öppen specialiserad sjukhusvård, 2018.



* Samlat värde för regioner som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Akutmottagningar

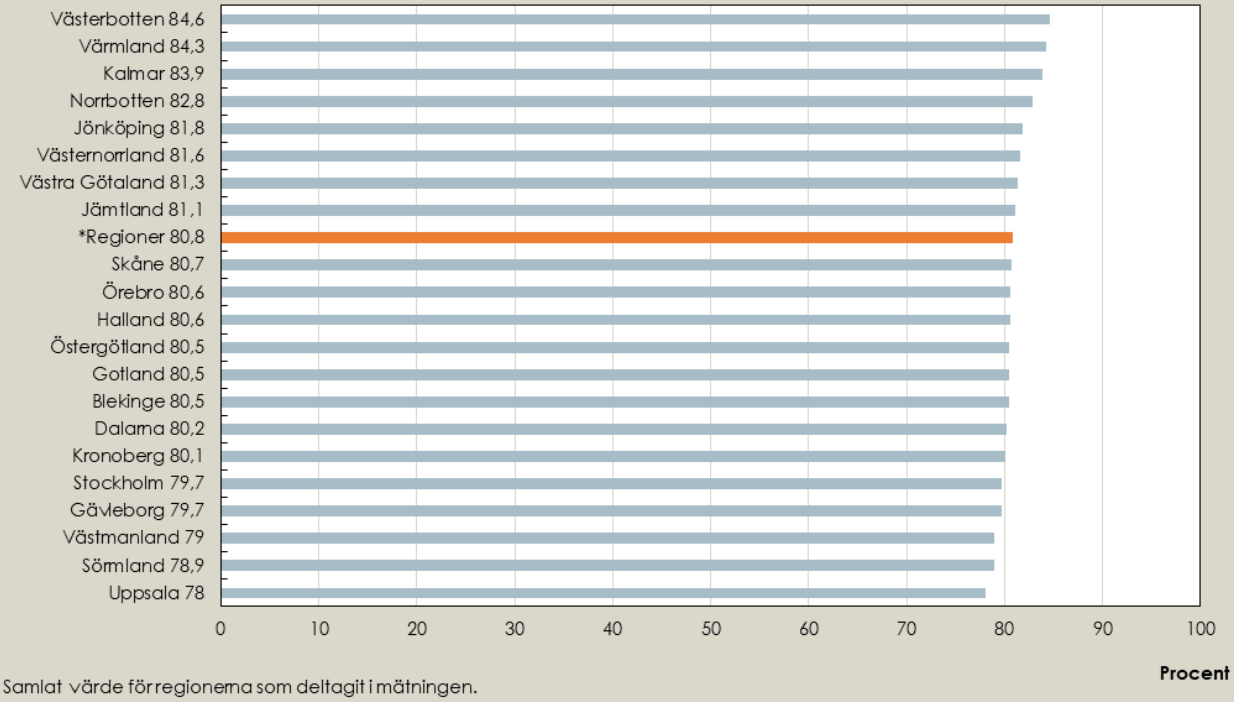
Dimensionen delaktighet och involvering belyses med följande frågor i enkäten som riktade sig till akutmottagningar 2020 och som var en nationellt gemensam mätning där alla regioner ingick.

1. Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?
2. Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
3. Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?

Resultaten i figuren 38.3 nedan visar på att många är nöjda med hur de är delaktiga och involverade i vården som de får. Resultaten varierar mellan regionerna från 84,6 procent till 78 procent.

Figur 38.3. Delaktighet och involvering

Andel nöjda patienter med dimensionen delaktighet och involvering på akutmottagningar, 2020.



* Samlat värde för regionerna som deltagit i mätningen.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Fokusområdet syftar till att öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivare har en god säkerhetskultur som genomsyrar alla delar av vården och främjar en öppen kommunikation kring identifierade risker samt skapar tid för lärande och reflektion. God yrkeskompetens, kunskap om patientsäkerhet, god arbetsmiljö, säker bemanning och delaktiga, medskapande patienter och närstående förbättrar förutsättningarna för att vården blir säker här och nu.

I fokusområde 3 ingår indikatorer som mäter organisationens förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den *pågående* verksamheten. Det handlar till exempel om att spegla organisationens förmåga till att göra situationsanpassningar vid händelser som ger förändrade förutsättningar.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta hur organisationen kontinuerligt arbetar med att skapa en säker vård, dvs. har en säkerhetskultur som innebär att risker identifieras och hanteras på ett tidigt stadium.
- Att mäta att chefer och medarbetare dels har förutsättningar och förmåga att identifiera risker i vård- och arbetsmiljön, dels att de flexibelt kan anpassa verksamheten så att säkerheten och en god arbetsmiljö kan upprätthållas vid variationer och oväntade störningar.
- Att mäta hur ledning och styrning säkerställer en ändamålsenlig och säker bemanning samt hur adekvat kompetens upprätthålls – patientsäkerhetskunskap och yrkeskunskap – hos ledning och hos medarbetare.
- Att mäta om adekvat vård ges enligt rekommenderade processer och arbetssätt, dvs. att patienten får adekvata åtgärder i rätt tid.
- Att mäta patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av säkerheten i vården samt hur de är delaktiga i vård och behandling.

Utvecklingsområden

Kartläggningen av indikatorer visar att det inte finns indikatorer för alla punkter som ingår i principer för urval, vilket pekar på att det finns ett utvecklingsbehov, exempelvis gällande säkerhetskultur och adekvat kompetens. Nedanstående punkter är identifierade utvecklingsområden:

- Utveckla uppföljningen av säkerhetskulturen på olika organisatoriska nivåer.
- Utveckla uppföljningen av förekomst av oönskad variation och arbete med att minska förekomsten.
- Utveckla uppföljningen av chefer och medarbetares förutsättningar och förmåga till organisatorisk flexibilitet och anpassning vid belastning.
- Utveckla uppföljningen avseende bemanning som utgår från kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens samt hur adekvat kompetens upprätthålls.
- Utveckla uppföljningen kring riskmedvetenhet och förekomst av metoder för att förutse olika typer av påfrestningar och störningar samt metoder för reflektion om risker i dels den pågående verksamheten, dels i arbetsmiljön.
- Utveckla uppföljningen av patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av säkerheten i vården samt hur de görs delaktiga i vård och behandling.

Om redovisningen för fokusområdet

I avsnittet redovisas indikatorer avseende beläggning i sluten vård och vård inom rätt tidsintervall. Indikatorerna speglar till stor del somatisk sjukhusvård.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

När antalet disponibla vårdplatser inte motsvarar det faktiska behovet innebär det överbeläggningar eller att patienter utlokaliseras. Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt för säker vård.

En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats [64]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [64].

Det finns flera patientsäkerhetsrisker kopplat till överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar av patienter, bland annat brister kommunikationen mellan vårdenheterna. Det medför i sin tur oklarheter och försämrade möjligheter till kontinuitet och uppföljning av åtgärder. Andra risker är ökad smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd [9, 94-96]. Markörbaserad journalgranskning visar att utlokaliserade patienter har cirka 60 procent högre andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats. Skillnaden i andelen vårdskador hos utlokaliserade patienter respektive hos ej utlokaliserade patienter har emellertid minskat. Det kan tolkas som att medvetenhet om riskerna vid utlokalisering har inneburit att utlokalisering idag görs på ett säkrare sätt än för några år sedan. De vanligaste vårdskadorna för patienter som utlokaliserats är vårdrelaterade infektioner och trycksår. Vid de vårdtillfällen som inneburit att patienter fått vårdskador med de mest allvarliga konsekvenserna har patienterna vårdats på utlokaliserad plats i dubbelt så hög omfattning [9, 10].

Patientsäkerhetsperspektiv	**Verksamhetsperspektiv**
När patienten får vård på enhet som har det medicinska ansvaret, den fysiska utformning och utrustning som behövs samt personal med specifik kompetens för det aktuella hälsotillståndet minskas risken för vårdskador som vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd.	Verksamheten måste ha förutsättningar och förmåga till organisatorisk flexibilitet och anpassning vid belastning genom: Kontinuerlig, aktiv och central hantering av vårdplatser. Lokala riktlinjer som stödjer ett välfungerande vårdflöde. Välfungerande samverkan mellan vårdgivare.

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

39. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk sluten vård
40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i allmän psykiatrisk sluten vård
41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist

39. Överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk slutenvård

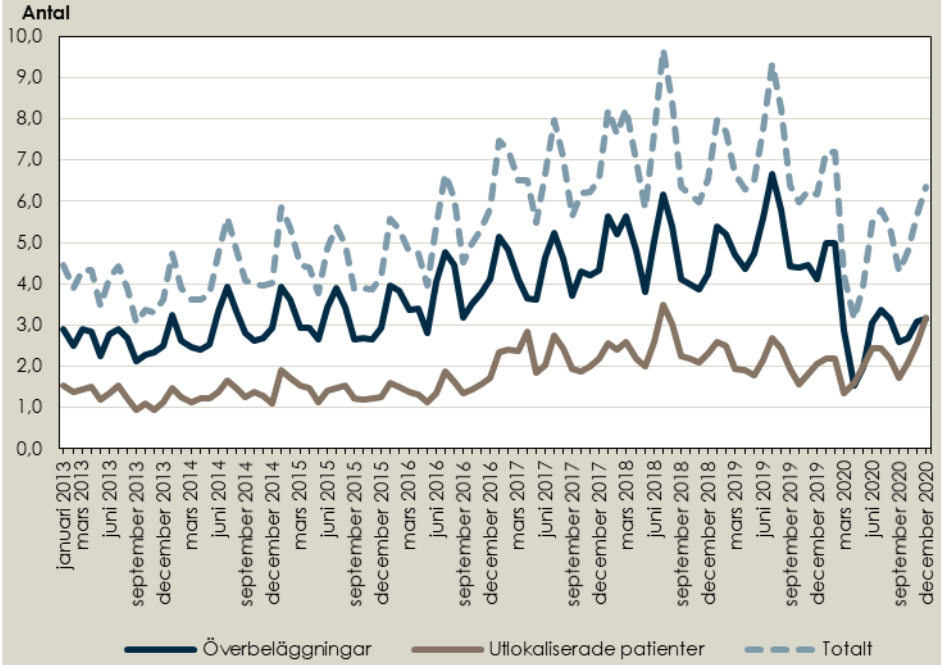
Figuren 39.1 för riket visar medelvärdet per månad för utlokaliseringar (nedre värdet) och överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom somatisk vård samt det totala medelvärdet för överbeläggningar och utlokaliseringar tillsammans (övre värdet).

För 2020 ses en minskning av antalet överbeläggningar men inte antalet utlokaliseringar i den somatiska slutenvården. Tidigare har överbeläggningar och utlokaliseringar ökat för varje år mellan 2014 och 2019. År 2019 låg antalet på i stort sett samma nivå som 2018 och det var första gången sedan mätningarna startade som det inte sågs en ökning jämfört med året innan. År 2019 var det för riket 5,0 överbeläggningar respektive 2,1 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser. Under 2020 var det för riket 3,1 överbeläggningar respektive 2,2 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser. Antalet överbeläggningar varierar över året och under 2020 var det lägst i april med 1,5 och högst i januari med 5 per 100 disponibla vårdplatser. Antalet utlokaliseringar var under 2020 lägst i mars med 1,3 och högst i december med 3,2 per 100 disponibla vårdplatser. Det är stora skillnader mellan och inom regionerna.

Antalet överbeläggningar för riket är det lägsta sedan 2015. För utlokaliseringar är det i nivå med de senaste åren. Överbeläggningar och utlokaliseringar har tidigare varierat utifrån sommar- och vinterhalvår i den somatiska vården, men 2020 ses inte denna bild. Det var exempelvis flest överbeläggningar i januari och februari och antalet utlokaliseringar var högst under december. Det är svårt att bedöma utvecklingen av vårdplatssituationen eftersom covid-19 har påverkat vårdkontakter och planerade behandlingar, exempelvis kirurgiska ingrepp, och att särskilda vårdplatser har upprättats för att vårda patienter med covid-19.

Figur 39.1. Utlokaliseringar och överbeläggningar i somatisk slutenvård

Antal utlokaliseringar och antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser inom somatisk slutenvård.



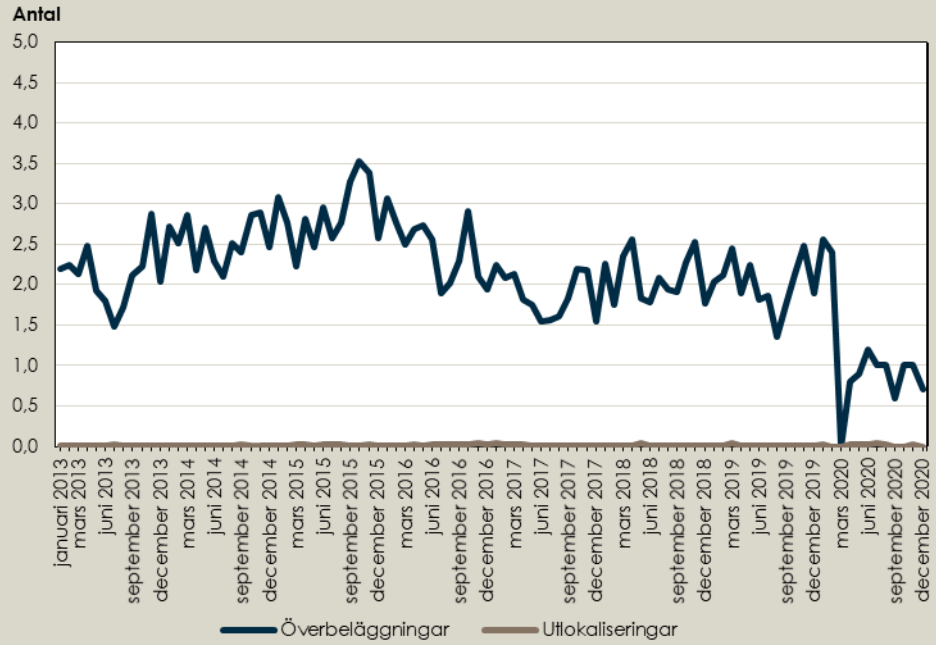
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

40. Överbeläggningar och utlokaliseringar i psykiatrisk slutenvård

Överbeläggningar är inte lika vanligt förekommande i psykiatrisk vård och utlokaliseringar är ovanligt. Figuren (40.1) för riket visar medelvärdet per månad för utlokaliseringar och överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser inom psykiatrisk vård. Under 2020 låg antalet överbeläggningar för riket mellan 2,6 till 0,7 per 100 disponibla vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården. Det är det lägsta antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser sedan mätningarna började. Januari och februari hade högst antal överbeläggningar, 2,6 respektive 2,4 per 100 disponibla vårdplatser. Dock är det svårt att bedöma utvecklingen av vårdplatssituationen eftersom covid-19 påverkat alla delar av vården.

Figur 40.1. Utlokaliseringar och överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård

Antal utlokaliseringar och antal överbeläggningar per hundra disponibla vårdplatser inom psykiatrisk slutenvård.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

41. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist

När en intensivvårdsavdelnings samlade resurser överstigs kan det bli nödvändigt att överföra patienter till annan intensivvårdsavdelning (IVA). Överflyttning på grund av resursbrist antyder att resurserna är för små i förhållande till uppdraget. Att flytta patienter mellan olika avdelningar kan optimera platsutnyttjandet, men kräver resurser för att genomföra flytten och är en nackdel för patienten. För den enskilda patienten och ofta även närstående innebär flytt på grund av platsbrist negativa följder samt en försämrad vård och ska i möjligaste mån undvikas påpekar Svenska intensivvårdsregistret. Överflyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar medför dels risker relaterade till själva transporten, dels risker i form av ofullständig informationsöverföring, fördröjd diagnostik och behandling och förlängd vårdtid på IVA. Det syns en ökad mortalitet hos patienter som flyttas på grund av platsbrist [97].

Indikatorn visar andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist. Svenska intensivvårdsregistrets målsättning är att andelen vårdtillfällen med utskrivning p.g.a. resursbrist helst ska vara mindre än 2 procent. Detta värde är satt utifrån vad som kan anses rimligt utifrån hur stor andel som flyttas i Sverige. Den har inget givet målvärde eftersom den är en avvägning mellan resursutnyttjande och vårdkvalitet.

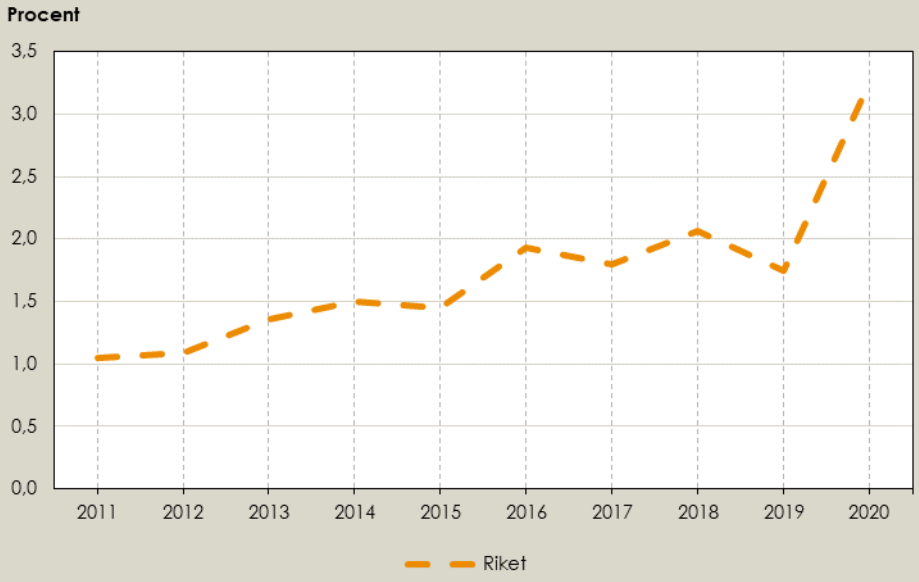
Andel intensivvårdspatienter som på grund av resursbrist skickas mellan olika IVA har ökat sedan 2011 och kan ses för riket i figur 41.1. År 2011 låg

utfallet på 1,05 procent. Trots en successiv ökning har utfallet fram till och med år 2017 legat under målnivån. År 2018 var andelen 2,1 procent och därmed över målnivån. År 2020 var andelen för riket 3,2 procent vilket var en kraftig ökning jämfört med 1,8 procent år 2019. Detta är en förväntad effekt av den belastning som covid-19 inneburit för intensivvården. Sedan 2008 ses en successivt ökande trend från 0,6 procent upp till nuvarande nivå.

Variationerna mellan regionerna år 2019 och 2020 (figur 41.2) visar på effekten som pandemin haft i regionerna med en variation från 0 till 6,7 procent under år 2020.

Figur 41.1. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist

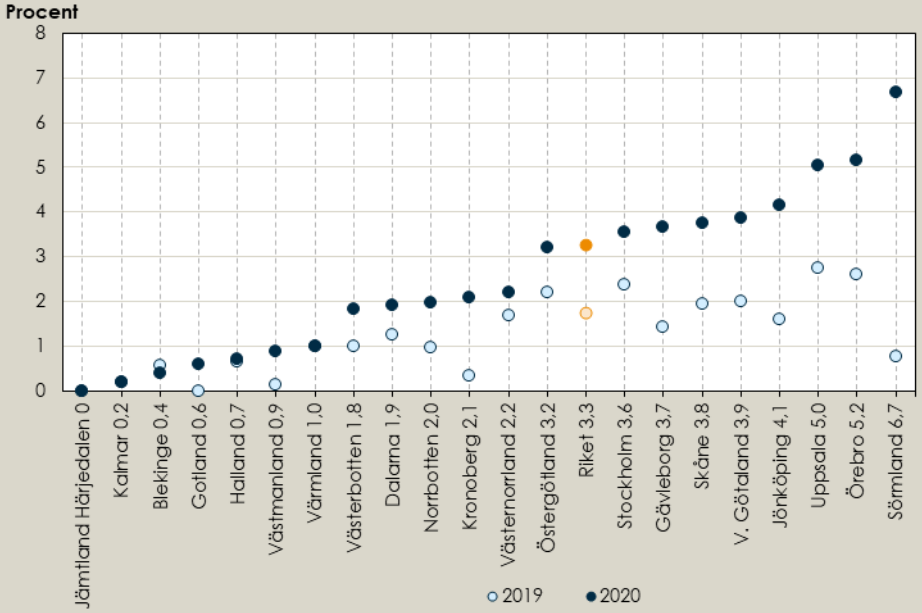
Andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) med utskrivningsorsak "resursbrist hos oss".



Källa: Svenska Intensivvårdsregistret.

Figur 41.2. Överflyttning till annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist

Andel vårdtillfällen med utskrivning till annan intensivvårdsavdelning (IVA) på grund av egen resursbrist.



Källa: Svenska Intensivvårdsregistret.

Vård inom rätt tidsintervall

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök
43. Tid till operation vid höftfraktur
44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke
45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – barn och ungdomspsykiatrin (bup)
46. Responstid för ambulans

42. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Inom de sjukhusbundna akutmottagningarna finns skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning. Denna indikator visar mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen. Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är

- stigande ålder
- första mottagande kliniks medicinska specialitet
- tid på dygnet
- inskrivning i slutenvård [98].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Att få vård inom rätt tidsintervall innebär att eventuell väntan inte blir så lång att det medicinska tillståndet försämras och möjligheterna till behandling försämras. Tiden med lidande och nedsatt välbefinnande blir inte onödigt lång.	När varje patient ska tas om hand inom rätt tidsintervall behövs evidensbaserade processer med tydliga målvärden och möjlighet till anpassning vid störningar. Uppföljning av utfallet och systematiskt förbättringsarbete för kvalitet är nödvändigt.

Figuren 42.1 nedan visar mediantiden till första läkarbedömning på akutmottagning för kvinnor, män och totalt i riket för perioden 2016–2020. För alla åren är mediantiden något högre för kvinnor än män i riket, dvs. de får en längre väntetid. Utfallet är ganska oförändrat fram till 2019 då väntetiden minskade något. Variationsvidden mellan länen har minskat.

Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är för riket 49 minuter 2020, vilket var 9 minuter lägre jämfört med 2019. Värdena för regionerna varierar från 30 upp till 63 minuter.

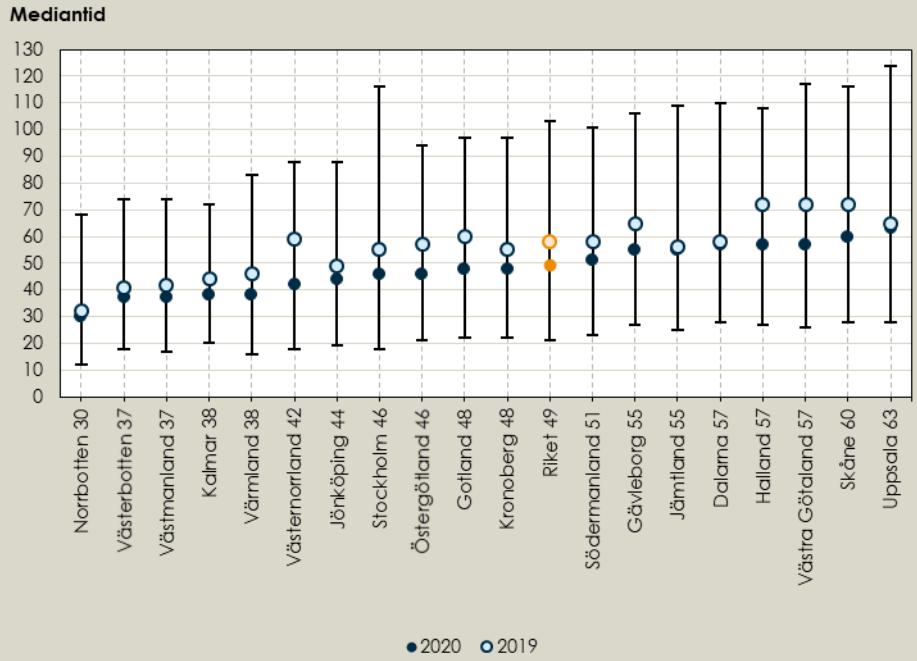
Figur 42.1. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 42.2. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning samt 1:a och 3:e kvartilen.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

43. Tid till operation vid höftfraktur

Indikatorn visar medelväntetid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus. I mätningen ingår patienter som är 50 år och äldre med icke-patologisk fraktur.

Alla patienter med höftfraktur förs till sjukhus och opereras, även om valet av operationsmetod kan variera. Själva frakturen är inte akut livshotande, vilket gör att patienten kan få vänta på operationen. Studier har visat att om det går mer än ett dygn innan operationen så leder det till ökad dödlighet efter ett par månader, även för i övrigt friska patienter. Dessutom ökar komplikationer som infektioner, trycksår och förvirring. Att vänta på operation är ansträngande för patienten både fysiskt och psykiskt och vårdtiden förlängs ofta. Väntetid till operation är därför ett viktigt mått på hälso- och sjukvårdens resurser och attityder. Kvalitetsindikatorer som många regioner använder i uppföljningen av sina vårdprocesser är indikatorn tid till operation från ankomst till sjukhus. Rikshöft har satt ett nationellt mål, att 80 procent av alla patienter med höftfraktur ska opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus då det minskar vårdtiden och risken för komplikationer. Det finns ett antal sjukhus som klarar målet men medelvårdtiden skiljer sig åt mycket mellan de olika sjukhusen. Operationsmetoderna skiljer sig även åt mellan sjukhus [99].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
När patienten får ett snabbt omhändertagande och opereras inom ett dygn minskar risken för komplikationer och tiden patienten behöver vara på sjukhus. Fördröjd operation ökar risken för tillstötande medicinska problem, försvårar rehabilitering och ökar risken för förtidig död.	Vård utförd inom angivet tidsintervall förutsätter en vårdkedja med tydlig roll- och ansvarsfördelning för involverade vårdutförare där diagnostiska och behandlande åtgärder genomförs i en väl utformad process.

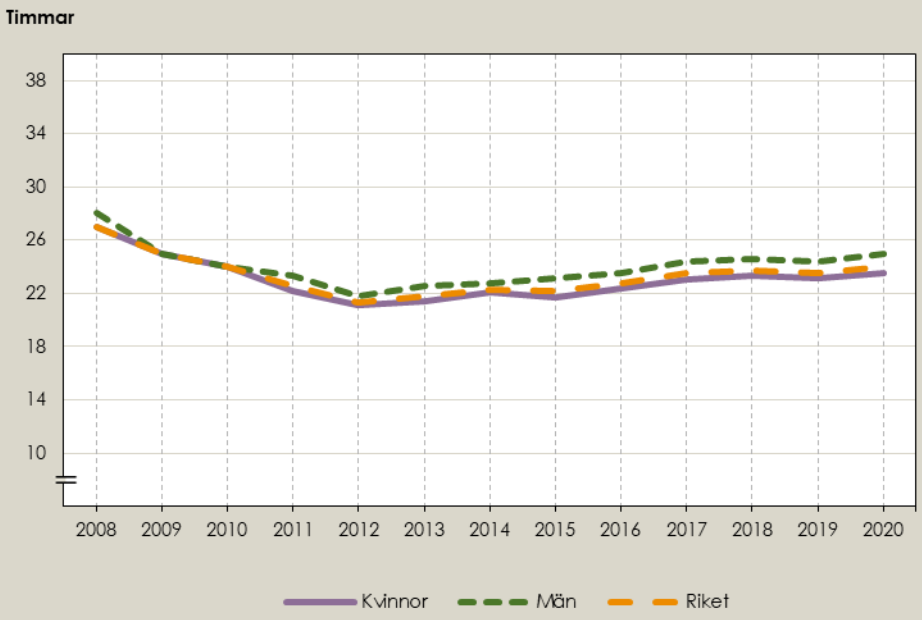
I Sverige drabbas varje år cirka 16 000 personer i Sverige av en höftfraktur, två tredjedelar är kvinnor. Behandling av patienter med höftfraktur kostar samhället cirka 1,5 miljarder årligen. Antalet äldre ökar i Sverige vilket innebär att omfattningen av höftfrakturer också kommer att öka framöver. Enligt Rikshöfts årsrapport opererades 66 procent av patienterna inom 24 timmar 2019 vilket är oförändrat jämfört med år 2018 [99].

Figur 43.1 visar patienter som opererades för en höftfraktur 2019 inom 24 timmar i riket som helhet, dvs. medelväntetiden från ankomst till sjukhus. År 2008 låg medelväntetiden inom 27 timmar, en minskning med 3 timmar över tid. På regionnivån (figur 43.2) varierar utfallet från 16,7 timmar till 30,7 timmar av väntetiden till höftoperation. Variationerna i utfallet mellan de två jämförelseperioderna visar att merparten av regionerna har ökat tiden något. Norrbotten, Västerbotten och Uppsala har ingen redovisning för åren 2020 eller 2019. Jämtland Härjedalen har ingen redovisning år 2020.

Utfallet redovisas även på sjukhusnivå per region (figur 43.3) för att visa på spridningen.

Figur 43.1. Tid till operation vid höftfraktur

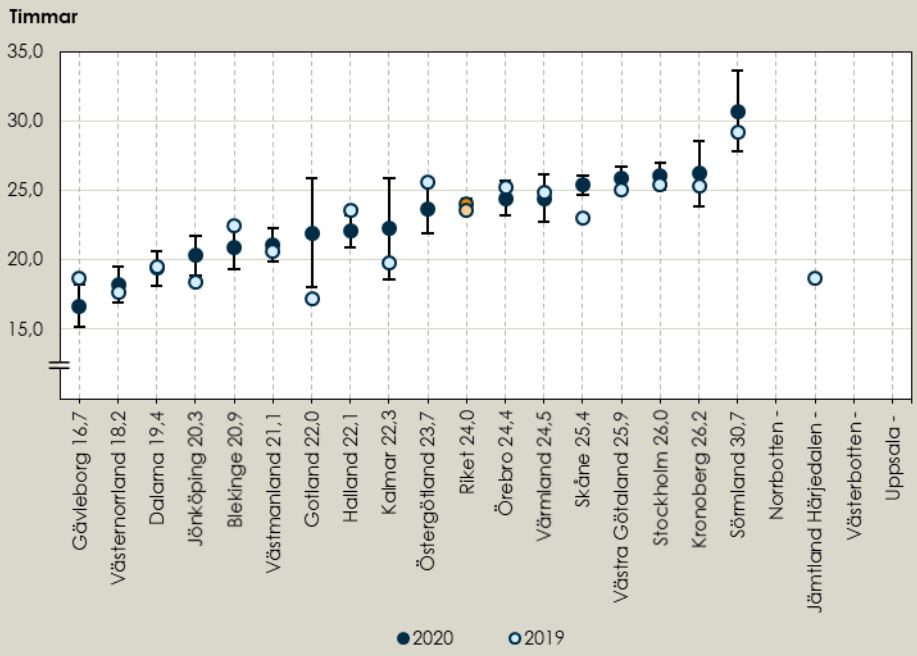
Tid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus.



Källa: Rikshöft.

Figur 43.2. Tid till operation vid höftfraktur

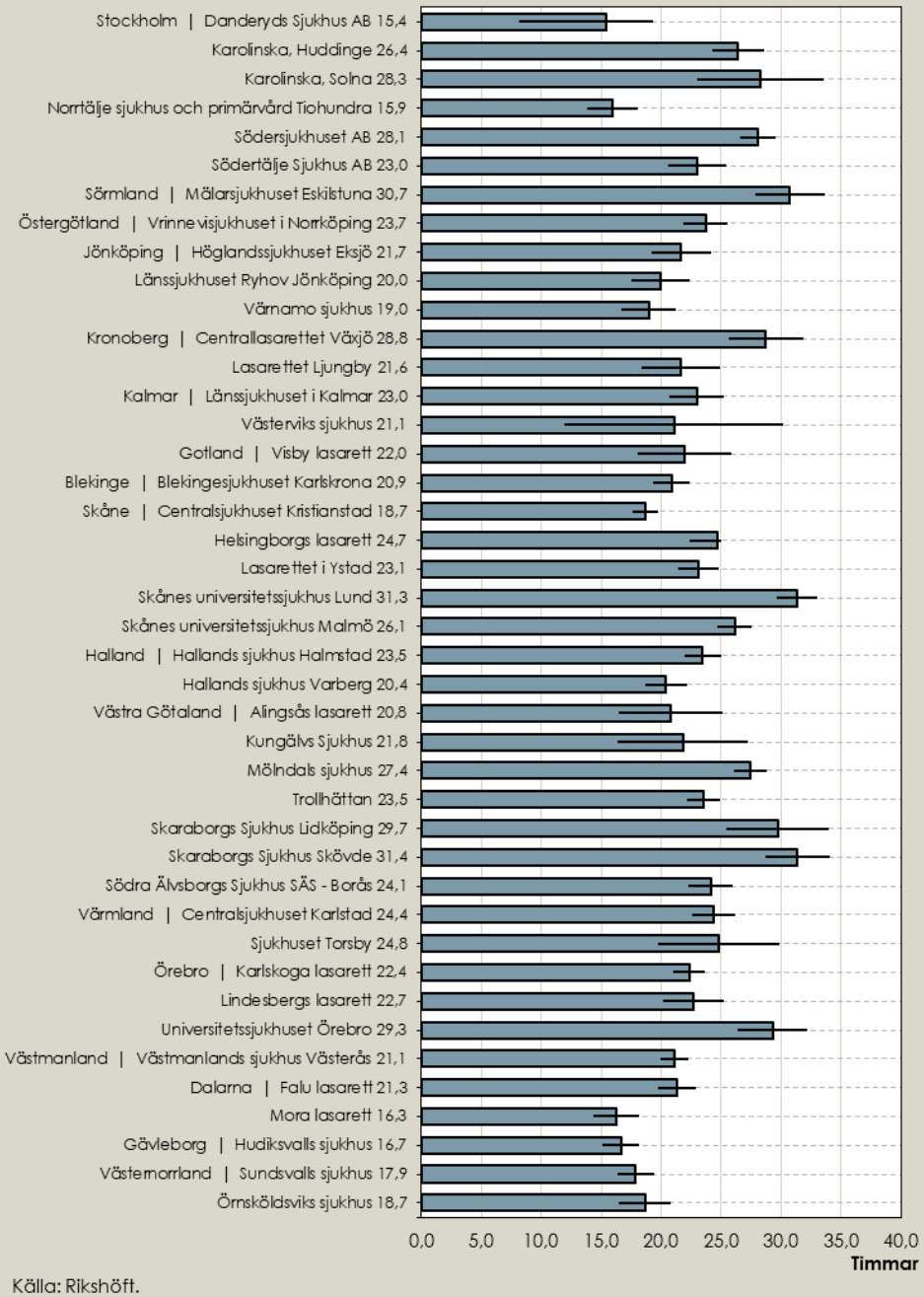
Tid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus.



Källa: Rikshöft.

Figur 43.3. Tid till operation vid höftfraktur

Tid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus. Avser 2020



Källa: Rikshöft.

44. Trombolys inom 30 minuter vid stroke

Vid stroke ökar risken för bestående skador på hjärnan snabbt med ökad tidsfördröjning från insjuknandet till startad behandling. När en person insjuknar i misstänkt stroke är det därför avgörande med omedelbar hänvisning till närmaste sjukhus, för att kunna minimera tidsfördröjningen till eventuell påbörjad behandling. Behandling med trombolys är en effektiv metod vid akut ischemisk stroke. Effekten av dessa behandlingar minskar dock mycket snabbt med tiden efter insjuknandet, och det finns också bortre tidsgränser när behandlingarna inte längre har effekt.

Denna indikator redovisas inom fokusområde 3 och berör vård inom rätt tidsintervall, indikatorn är viktig tillsammans med indikatorn reperfusionsbehandling vid akut ischemisk stroke som redovisas i fokusområde 2 för teambaserad vård.

När en patient med misstänkt stroke anländer till sjukhuset är det viktigt att så snabbt som möjligt ställa en korrekt diagnos genom klinisk undersökning och datortomografi för att kunna starta trombolysbehandling. Ju tidigare behandlingen påbörjas desto större sannolikhet är det att den ger ett bra resultat. En kort dörr-till-nål- tid betyder även att en högre andel kan bli aktuella för trombolys.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Snabbt påbörjad behandling ökar möjligheterna för bibehållen funktion i hjärnan och minskar risken för bestående funktionsnedsättning och försämrad förmåga till ett självständigt liv.	Ett korrekt omhändertagande med snabb diagnostik och behandling i det akuta skedet förutsätter en väl utformad vårdkedja med tydlig organisation och ansvarsfördelning, specifik kompetens och evidensbaserade rutiner.

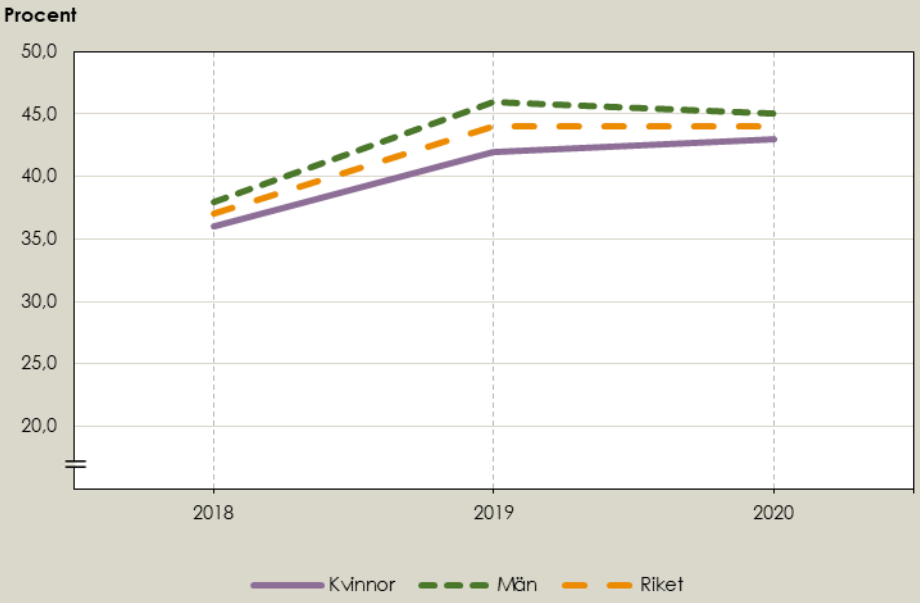
Indikatorn har reviderats i de nationella riktlinjerna från 2018. Tidigare var måttet mediantiden. Internationella erfarenheter har visat att en välfungerande vårdkedja vid akut stroke kan få ner handläggningen på sjukhus mot 20 minuter, och i de allra flesta fall under 30 minuter. Därför mäter den nya indikator andelen patienter som behandlas inom 30 minuter. En nationell målnivå har fastställts till ≥ 50 procent. Data har hämtats från det nationella strokeregistret Riksstroke.

År 2020 fick 44 procent av patienterna i riket trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomsten till sjukhus av cirka 2 250 patienter, vilket var en ökning med 7 procentenheter jämfört med 2018. Andelen som får trombolys inom 30 minuter oförändrad mellan 2019 och 2020 (figur 44.1).

Det finns stora regionala skillnader, och variationen är 7–60 procent på regionnivå (figur 44.2). Skillnaderna beror rimligen på att processerna för det akuta omhändertagandet skiljer sig mellan sjukhusen, och därmed att tidsfördröjningar kan åtgärdas. En kort akut vårdkedja vid stroke, med förvarning från ambulans till sjukhuset, direkt transport till datortomografi, och start av trombolysbehandling i nära anslutning till datortomografiutrustningen, är en viktig förutsättning för att kunna korta dörr-till-nål- tid.

Figur 44.1. Trombolys inom 30 minuter vid stroke

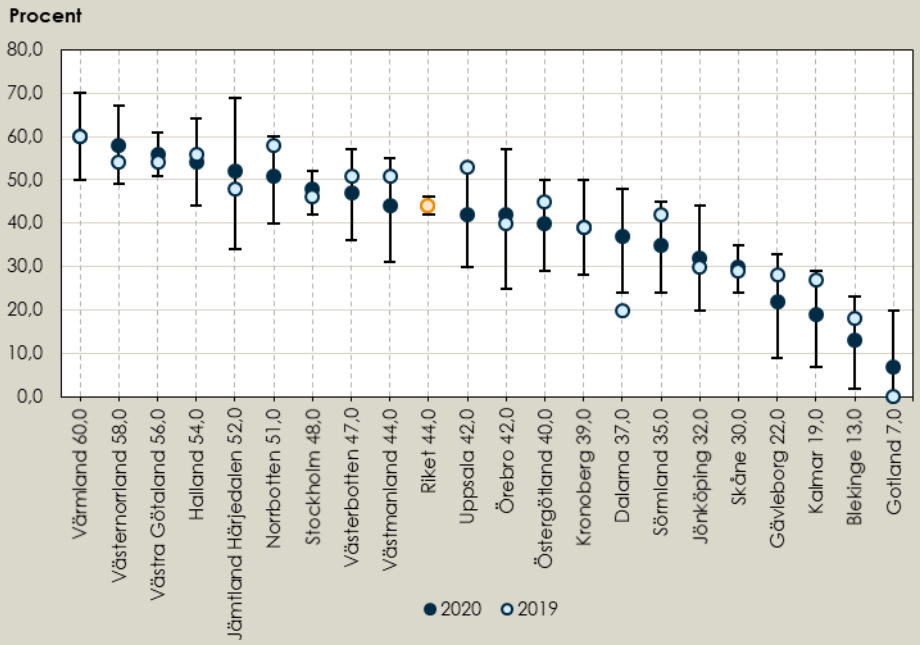
Andel patienter med akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhus.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Figur 44.2. Trombolys inom 30 minuter vid stroke

Andel patienter med akut ischemisk stroke som får trombolysbehandling inom 30 minuter från ankomst till sjukhus.



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

45. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – barn- och ungdomspsykiatrin (bup)

År 2009 genomfördes en särskild satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa, den så kallade ”förstärkta vårdgarantin”. Målet var att minst 90 procent av patienterna skulle få en första bedömning inom 30 dagar och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom ytterligare 30 dagar. Den indikatorn har även valts här, trots att den förstärkta vårdgarantin numera tagits bort så kvarstår dessa mål för tillgängligheten [100].

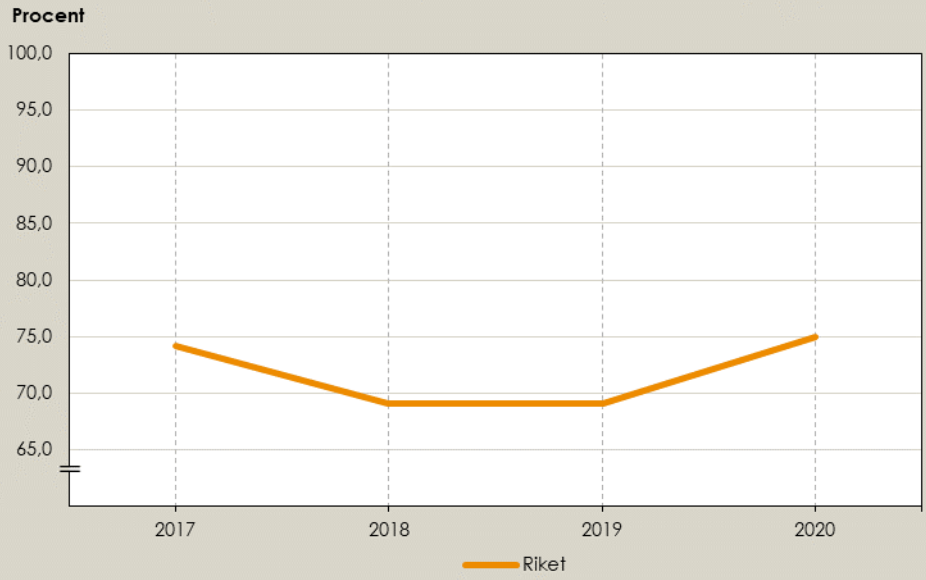
Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (bup) baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Verksamheten och behoven inom barn- och ungdomspsykiatrin har ökat kontinuerligt vilket leder till att det blivit svårare att klara tillgänglighetsmålen.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
När diagnostik och behandling påbörjas utan fördröjning minskar tiden med symptom och lidande för patienten och minskar risken för försämring av sjukdomsläget och mer svårbehandlad sjukdom.	När varje patient ska tas omhand inom rätt tidsintervall behövs en välfungerande process och möjlighet till anpassning vid störningar. Uppföljning av utfallet och systematiskt förbättringsarbete för kvalitet är nödvändigt.

Totalt ingick cirka 35 500 patienter i jämförelsen 2020 på riksnivå och av dessa har 74,9 procent fått en utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (bup) inom 30 dagar. Över åren 2017–2019 har utfallet rört sig nedåt och åt rätt håll för att sedan 2020 hamna på samma nivå som utfallet för 2017. På regionnivån är variationen mellan 27,3–97,1 procent.

Figur 45.1. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup

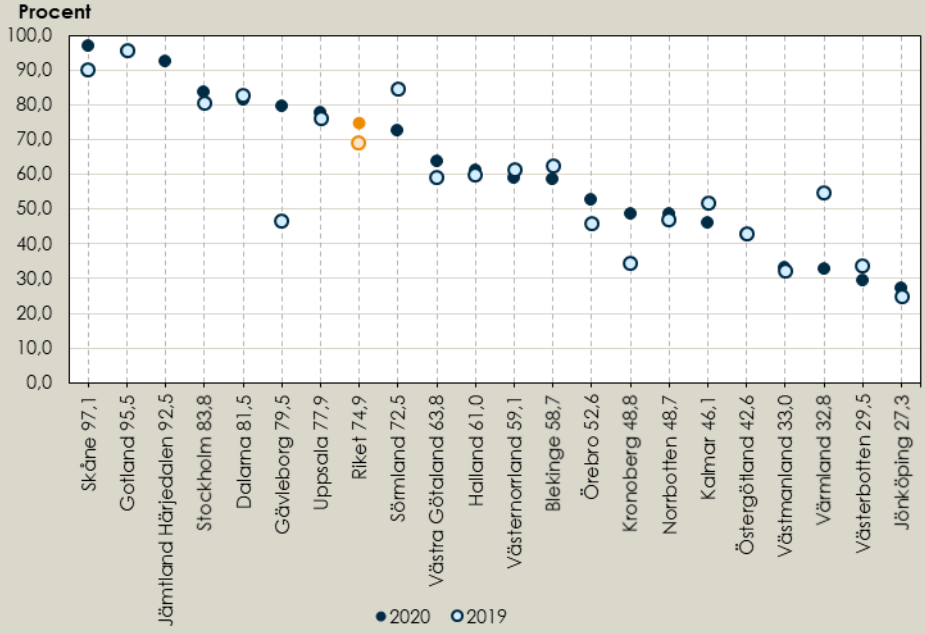
Andelen utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 45.2. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup

Andelen utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner.

46. Responstid för ambulans

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit effektivare och att vårdens kvalitet ökar. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande för vårdens resultat.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som innebär akuta livshotande symptom eller olycksfall. Data kommer från SOS Alarm. Faktorer som påverkar responstiden är framför allt hur regionerna valt att organisera ambulanssjukvården avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.

Vilka tillstånd som behandlas som prio 1-larm beror på de bedömningsgrunder som SOS Alarm använder sig av och de utgår från ett medicinskt index vid prioriteringar. Dock är prioriteringarna inte enhetliga över landet och SOS Alarm uppger att flertalet regioner kräver att prioriteringarna ska anpassas till respektive vårdkedjor [101].

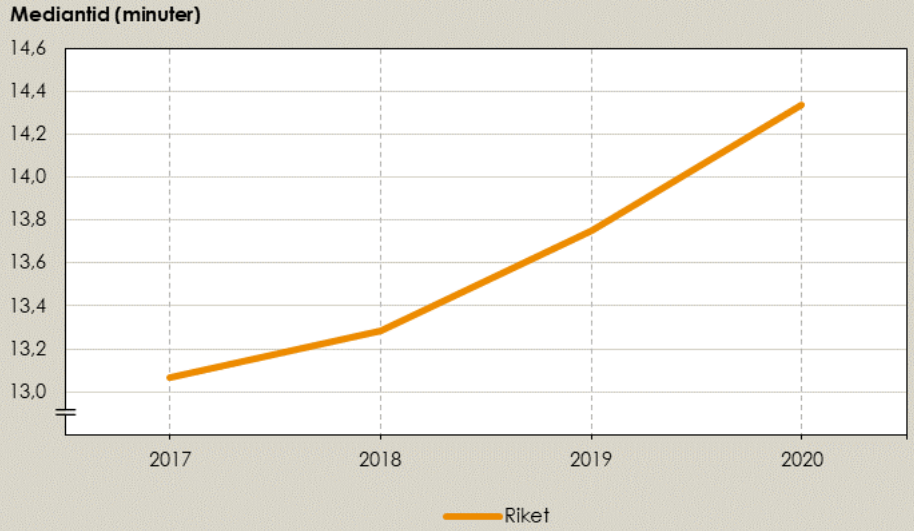
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Snabb bedömning med påbörjad diagnostik och behandling förbättrar möjligheten att bromsa livshotande sjukdomsförlopp och stabilisera läget så att transport till kvalificerad vård kan ske utan ytterligare försämring av patientens förutsättningar att överleva.	Snabb insats vid larm till prehospital vård förutsätter organisation och resursfördelning med hänsyn till geografi och befolkning samt kompetens. Tekniska förutsättningar som möjliggör fortlöpande samarbete, informationsöverföring och kompetensstöd i diagnostik och inledning av behandling ger patienten tidig tillgång till ett avancerat omhändertagande och förbättrar säkerhet och medicinska resultat.

Medianresponstiden för prio 1-larm var drygt 13,1 minuter 2017, en viss ökning syns dock under åren fram till 2020 då medianresponstiden ligger på 14,3 minuter (figur 46.1). Medianen skiljer upp till 6 minuter mellan regionerna mellan åren 2019 och 2020 (figur 46.2.).

Det är svårt att göra någon internationell jämförelse inom ambulanssjukvården. Bland annat för att prioriteringarna skiljer sig åt och att hälso- och sjukvårdssystemen organiseras på olika sätt. National Health Service (NHS) i Storbritannien publicerar månadsvisa rapporter med resultat för ambulanssjukvården, och i juni 2019 var mediantiden 7 minuter och 11 sekunder från larmsamtal till dess att ambulansen var på plats för prio 1-fallen [102].

Figur 46.1. Responstid för ambulans

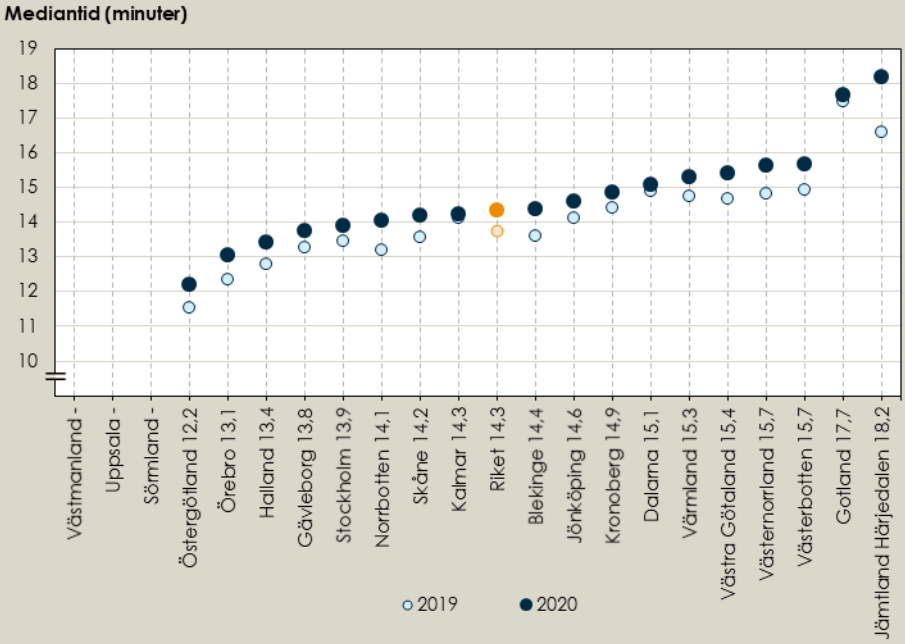
Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.



Källa: SOS Alarm.

Figur 46.2. Responstid för ambulans

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm



Källa: SOS Alarm.

Kompetens

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring

47. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring

Undernäring definieras som en näringsrubbning i form av brist på näringsämnen som orsakar sjukdom eller försämring av kroppssammansättning, funktionsförmåga eller sjukdomsförlopp [64]. I Sverige är undernäring vanligast bland äldre personer och allmänt i samband med sjukdom.

Med undernäring följer en ökad risk för bl.a. fördröjd sårläkning, försämrad muskelfunktion och nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försvåras tillfrisknandet vid sjukdom. Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få allvarliga konsekvenser med ett personligt lidande och en högre vårdtyngd som följd. Äldre personer med undernäring besöker oftare vården, och har längre vårdtider med högre risk för komplikationer och dödlighet, än välnärda äldre.

En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs. Undernäring kan i sig komma att klassas som en vårdskada men en vårdskada kan även uppstå som en konsekvens av undernäring. Exempel på vårdskador som konsekvens av undernäring kan vara fallskador, trycksår eller försämrad munhälsa [103].

Vårdgivaren ska fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas och hur en utredning ska göras. Vårdgivaren är också skyldig att fastställa rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas. I socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska det finnas rutiner för hur undernäring ska förebyggas, hur risker för undernäring ska upptäckas och hur och när hälso- och sjukvården ska kontaktas för en bedömning av näringstillståndet vid misstanke om undernäring hos en enskild individ. [104].

Att förebygga och behandla undernäring eller risk för undernäring fullgörs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är kvalificerad att bidra till vården av patienten vid prevention och behandling av nutritionsrelaterade tillstånd och som har en syntes av kunskap beträffande klinisk nutrition såsom näringslära, näringsbehov och livsmedelsval i kontexten av både hälsa och sjukdom. Till kunskapsstödet *Att förebygga och behandla undernäring i hälso- och sjukvård och socialtjänst* har Socialstyrelsen utvecklat tretton indikatorer som är ämnade att spegla centrala delar av kunskapsstödets innehåll [103].

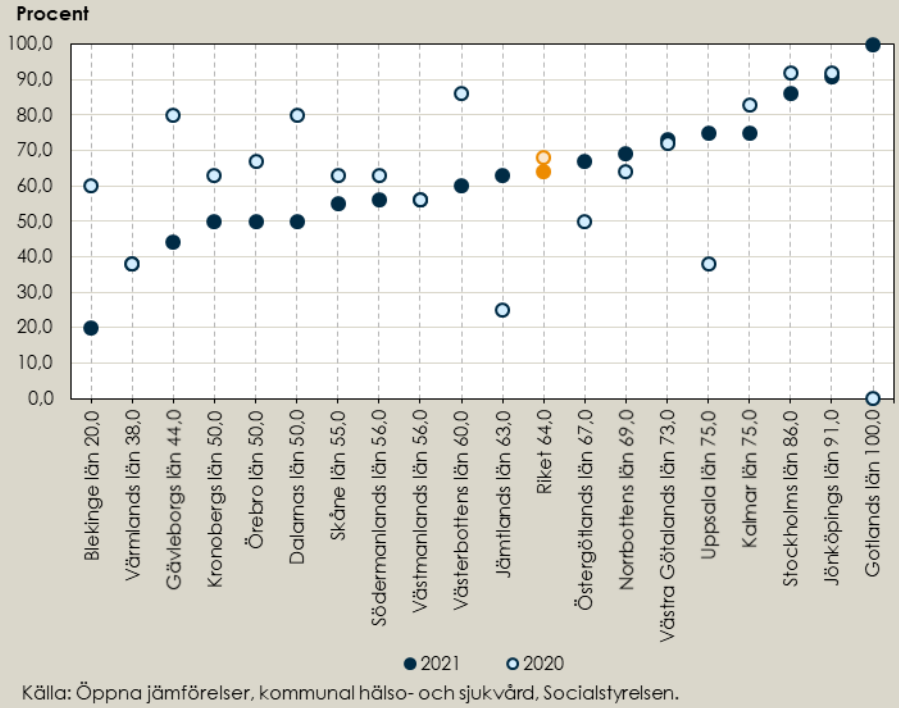
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Undernäring och otillräcklig nutrition försämrar livskvaliteten och hälsoläget, ökar risken för skador, försämrar förutsättningar för läkning och återhämtning och förlänger vårdtiden på sjukhus.	Kompetent bedömning av patienters nutritionsläge och risken för att undernäring kan uppstå förutsätter kompetens för bedömning, diagnostik och genomförande av åtgärder. Teamarbete i en väl utformad vårdprocess, där nutrition är en tydlig del förbättrar patienters förutsättningar att ha nytta av övrig vård och behandling.

Denna indikator visar tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten.

Resultaten för 2021 (figur 47.1) visar att för riket har 64 procent av kommunerna angett att de har tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring. Det är en minskning jämfört med förra mätperioden då resultatet var 68 procent. Det är en spridning i länen mellan 20–100 procent, en ökning jämfört med förra mätperiodens 17–92 procent. Halland och Västernorrland har ett bortfall på över 20 procent och redovisas därför inte på länsnivå för året 2020. År 2019 hade Halland 80 procent och Västernorrland 17 procent.

Figur 47.1. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Andel kommuner per län som uppgett att de har tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med fördjupad kompetens i att förebygga och behandla undernäring.



Källa: Öppna jämförelser, kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Många vårdtagare har behov av insatser från både vård och omsorg. Behovet av samverkan mellan professioner och vårdgivare är stort när det gäller att förebygga, utreda och behandla undernäring, liksom vid vårdpreventivt arbete mer generellt. Samtidigt finns i verksamheterna försvårande omständigheter såsom utbildningsbehov, otydlig arbetsfördelning och begränsningar vad gäller informationsutbyte mellan vårdgivare. Socialstyrelsens kunskapsstöd pekar på sådana möjligheter och resurser som kan underlätta arbetet. Exempel är kvalitetsregistret och implementeringsstödet Senior alert, möjligheten till sammanhållen journalföring och stödmaterial för verksamheters samverkansarbete. Kunskapsstödet beskriver även etiska överväganden vid arbetet mot undernäring i vård och omsorg.

Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområdet syftar till att öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården, identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem samt ge bättre underlag för hur arbetssätt bidrar till säkerhet och risker. Det förebyggande patientsäkerhetsarbetet ska stärkas genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård. Detta uppnås bland annat genom att vårdgivarna på olika organisatoriska nivåer har kompetens och resurser för att analysera data, trender och mönster, använder information från flera olika källor och lär av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa, återkopplar resultat och följer upp åtgärder samt involverar patienter och närstående i det arbetet.

I fokusområde 4 ingår indikatorer som mäter faktorer som bidrar till och stimulerar kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande och därmed öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta förekomst och tillämpning av strukturer och processer för datainsamling, identifiering och analys av systemfaktorer, åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekt på olika organisatoriska nivåer.
- Att mäta förekomst av strukturer och processer som ger återkoppling och lärande för ledning och medarbetare.
- Att mäta strukturer och processer för hur erfarenheter från såväl positiva som negativa händelser tillvaratas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt hur organisationen säkerställer och upprätthåller kompetens inom förbättringskunskap.
- Att mäta strukturer och processer för samverkan gällande analys av data inom patientsäkerhetsområdet, lärande och återkoppling.
- Att mäta hur patienter och närstående involveras i uppföljning, analys och lärande.

Utvecklingsområden

Kartläggningen av indikatorer visar att det inte finns indikatorer för alla punkter som ingår i principer för urval. Det var endast två indikatorer som identifierades vilket pekar på att det finns ett stort utvecklingsbehov. Nedanstående punkter är identifierade utvecklingsområden:

- Utveckla uppföljningen av förekomst och tillämpning av strukturer och processer för datainsamling, identifiering och analys av systemfaktorer, åtgärder, uppföljning och återkoppling och lärande för ledning och medarbetare på olika organisatoriska nivåer.
- Utveckla uppföljningen av hur kompetens och resurser används och utvecklas för att identifiera, analysera och lära av bakomliggande orsaker till såväl positiva som negativa händelser.
- Utveckla uppföljningen av förekomst av strukturer och processer för analys av data inom patientsäkerhetsområdet i samverkan med olika aktörer.
- Utveckla uppföljningen av hur patienter och närstående involveras i uppföljning, analys och lärande.

Om redovisningen för fokusområdet

I avsnittet redovisas indikatorer för samverkan i uppföljning och analys i kommunal hälso- och sjukvård.

Uppföljning och analys i samverkan

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete
49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete

48. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar. Analyser behövs för att öka förståelsen av hur det praktiska arbetet genomförs och vad som bidrar till säkerhet och goda resultat. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att också faktorer på systemnivå analyseras och ger underlag till förbättringsarbete. Information om faktorer som påverkar säkerheten kan integreras från olika källor för att ge en samlad bild av läget.

Kompetens, kapacitet och organisation för aggregering, analys och värdering av data med relevans för patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Analysresultat och slutsatser behöver återkopplas till den nivå i organisationen där de identifierade faktorerna kan förändras. Huvudmannens systemövergripande lägesbeskrivning och underlag för beslut gällande patientsäkerhetsarbetet behöver göras tillsammans med aktörer från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är viktigt

att informationsöverföring mellan olika delar av organisationen är ändamålsenlig, och att det finns förutsättningar för ett gemensamt och analysbaserat lärande [2].

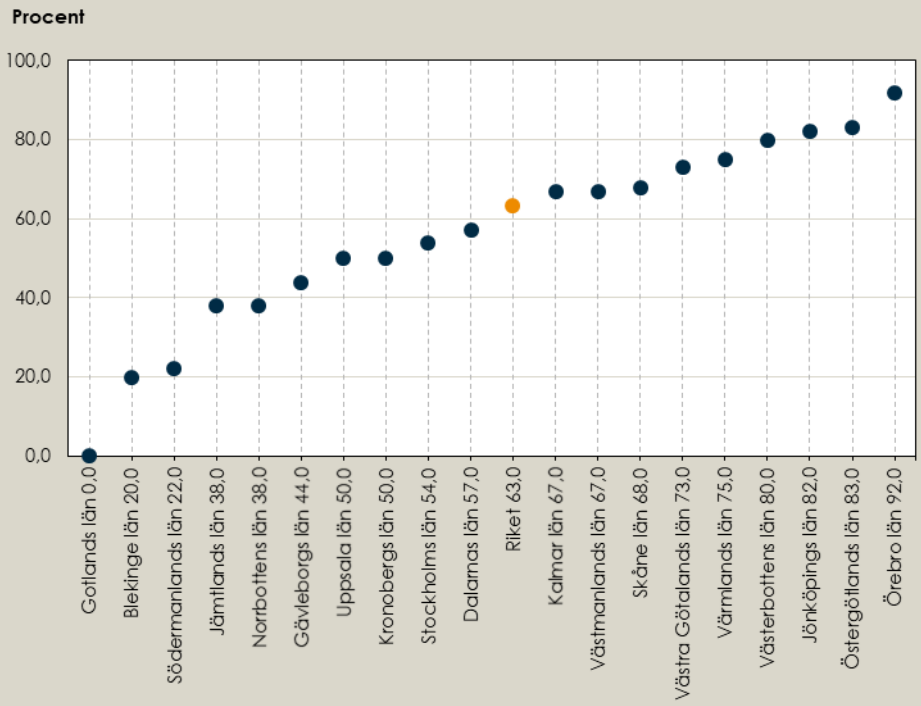
Indikatorn visar hur representanter från olika delar av huvudmannens ledning och hälso- och sjukvårdsverksamhet har regelbundna möten och arbetar med kommunens strategiska patientsäkerhetsarbete. Representanter som ska ingå är ledningsansvarig för huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet, vårdgivare och vårdutförare i egen och enskild regi, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och, om sådana finns, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare eller motsvarande funktion (SAS). Med regelbundna forum avses att aktörerna träffas minst en gång per år för att gemensamt analysera resultat från egenkontroll, risk- och avvikelsehantering och andra relevanta informationskällor. Rapportering och redovisning av årlig patientsäkerhetsberättelse i berörd nämnd ingår inte i denna definition.

Öppna jämförelser i kommunal hälso- och sjukvård 2021 visar att 63 procent av kommunerna har sådana forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete. Flera kommuner anger att det systematiska patientsäkerhetsarbetet sker på lokal nivå, i huvudsak med avvikelser och klagomål, men också att forum varit svåra att genomföra på grund av pandemin. Många verksamheter har haft ökad samverkan med MAS och MAR gällande följsamhet till riktlinjer kopplade till pandemin [71]. Pandemin har tydliggjort utmaningar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Den tillsyn som Inspektionen för vård och omsorg genomfört på särskilt boende för äldre visar bland annat att kompetens, dokumentation och bemanning behöver stärkas och utvecklas vidare [105].

Figuren 48.1. visar att andelen kommuner med forum för systematisk patientsäkerhet på nationell nivå är 63 procent. Det är stor spridning mellan länen från 0 procent till 92 procent. Halland och Västernorrlands län hade ett bortfall på över 20 procent och ingår inte i redovisningen.

Figur 48.1. Forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Andel kommuner per län som uppgett att de haft regelbundna forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete och underlag för beslut gällande det systematiska patientsäkerhetsarbete. Avser 2021.



Källa: Öppna jämförelser, Kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

49. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Det är även viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Patienten som medskapare innebär att patienten är delaktig på varje nivå i vårdsystemet: i mötet mellan patienten och personalen samt på regional, kommunal och nationell nivå. Patienten behöver också göras delaktig vid planering av ny hälso- och sjukvård, i utbildningen av vårdpersonal, i forskningen och i utformning av policyer och reglering av hälso- och sjukvård. Huvudmän som lär och utvecklas når dit bland annat genom att systematiskt tillvarata erfarenheter från patienter och närstående i uppföljning, analys, åtgärder och lärande [2].

Indikatorn visar andel kommuner/stadsdelar per län som haft dialog för kunskapsinhämtning från patienter eller närstående till kommunens/stadsdelens systematiska patientsäkerhetsarbete. Med dialog för kunskapsinhämtning avses att erfarenheter tillvaratas systematiskt och exempel på detta kan vara någon typ av råd för dialog och kunskapsinhämtning med representation

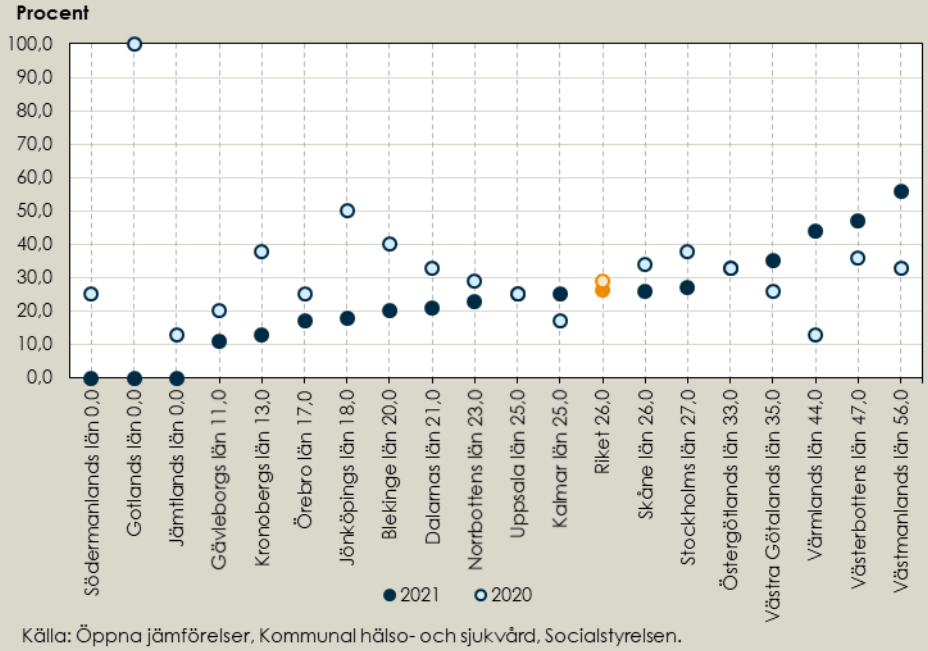
av patient eller närstående i syfte att stödja ledning och styrning av det strategiska patientsäkerhetsarbetet. Patientmedverkan som sker vid den individuella vården ingår inte i denna definition.

Figuren nedan (49.1) visar att 26 procent av kommunerna systematiskt tar till vara erfarenheter och kunskaper från patient och närstående år 2021. Det är en liten minskning jämfört med 2020 då resultatet var 29 procent. Flera kommuner uppgav i kommentarerna i enkäten, att möten med patienter och närstående inte kunnat genomföras på grund av det rådande pandemiläget. Men exempel som att verksamheterna haft dialog med såväl patienter som närstående under året för att informera om nya rutiner angavs [71]. Det är en stor variation mellan länen, 0–56 procent, ungefär i nivå med föregående mätperiod men det är olika län som har det lägsta respektive det högsta värdet. Halland och Västernorrlands län hade ett bortfall på över 20 procent och ingår inte i redovisningen nedan.

En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer inom hälso- och sjukvård och patient och närstående är viktiga medskapare.

Figur 49.1. Patientmedverkan i kommunens systematiska patientsäkerhetsarbete

Andel kommuner per län som uppgett att de haft dialog för kunskapsinhämtning från patienter eller närstående till det systematiska patientsäkerhetsarbetet.



Källa: Öppna jämförelser, Kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fokusområdet syftar till att uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden. Detta uppnås bland annat genom att säkerställa att vårdgivare har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet, bedriver en aktiv omvärldsbevakning, identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt, stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling, bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete och har en god framförhållning i sin kompetensförsörjning samt skapar möjlighet för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

I fokusområde 5 ingår indikatorer som mäter hur *långsiktiga* risker identifieras, analyseras och bidrar till beredskap att hantera olika typer av framtida risker och proaktiv utveckling av organisationens strukturer och processer för en anpassningsbar, resilient och robust verksamhet och säker vård.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta i vilken omfattning det finns strukturer och processer för att identifiera faktorer som behöver stärkas inför kommande långsiktigt förändrade förhållanden. Det kan exempelvis vara i arbetsmiljön, kompetensförsörjningen, leverans och lagerhållning av läkemedel och utrustning och övergripande strategiska förändringar.
- Att mäta i vilken omfattning det finns strukturer och processer för riskbedömningar och beredskap, exempelvis stabsläge, förstärkningsläge och återgång till normalläge.
- Att mäta och visualisera hur resurser som stärker säker vård fördelas. Det kan exempelvis handla om bemanning och kompetens, utrustning och läkemedel eller annat som stärker förutsättningar för säker vård.
- Att mäta förekomst av strukturer och processer för klinisk simulering, metod- och färdighetsträning samt katastrof- och beredskapsövningar som ökar tillämpning av säkra arbetssätt, exempelvis teamträning, kommunikation och bemötande, och skapar beredskap för ovanliga, akuta eller oväntade händelser.
- Att mäta hur patienter och närstående är delaktiga i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Utvecklingsområden

Kartläggningen av indikatorer visar att det inte finns indikatorer för alla punkter som ingår i principer för urval vilket pekar på att det finns ett utvecklingsbehov, exempelvis gällande kompetensförsörjning och patienters delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Nedanstående punkter är identifierade utvecklingsområden:

- Utveckla uppföljning av olika verksamheters förutsättningar att identifiera och analysera risker och skapa beredskap och beakta patientsäkerhet i planering och prioriteringsbeslut.
- Utveckla uppföljning av strukturer, processer och resursfördelning för riskbedömningar och beredskap för förändrade förhållanden inom
  - arbetsmiljö och kompetensförsörjning
  - bemanning: återkommande dygns-, vecko- och årsvariationer
  - it- och informationssäkerhet
  - kommunikation, informationsöverföring och samverkan
  - leverans och lagerhållning av läkemedel och medicinteknisk utrustning
  - smittspridning
  - tillgänglighet.
- Utveckla uppföljning av strukturer och processer för klinisk simulering, metod- och färdighetsträning och kompetensutveckling gällande exempelvis särskilda riskmoment, teamträning samt katastrof- och beredskapsövningar.
- Utveckla uppföljning av patienters och närståendes delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Om redovisningen för fokusområdet

I avsnittet redovisas indikatorer som speglar dels riskfylld läkemedelsbehandling, dels metoder för att identifiera ogynnsam läkemedelsbehandling samt bakgrundsmått inom området kompetensförsörjning.

Riskfylld läkemedelsbehandling

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion.
51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion
52. Äldre med läkemedel som bör undvikas
53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre
54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela årskurs 9

50. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion

Njurarnas funktion börjar avta redan vid 30–40 års ålder och sjunker därefter långsamt men stadigt livet ut. Vid 80 års ålder kan förmågan att filtrera blodet vara halverad, som en normal konsekvens av åldrandet. Nedsatt njurfunktion leder till långsammare utsöndring av läkemedelssubstanser. Detta kan resultera i förlängd verkningstid och förstärkta effekter med risk för biverkningar för de läkemedel som till stor del utsöndras via njurarna i oförändrad form eller som aktiva metaboliter. Läkemedel med sådana egenskaper är vanliga hos äldre, bland annat många hjärt-kärlläkemedel, diabetesmedel,

smärtstillande medel och antibiotika. Det är därför ett viktigt område att följa [106].

Det aktuella bakgrundsmåttet utgår från information om läkemedelsanvändning hos personer 75 år och äldre i befolkningen, baserad på analys av data från läkemedelsregistret.

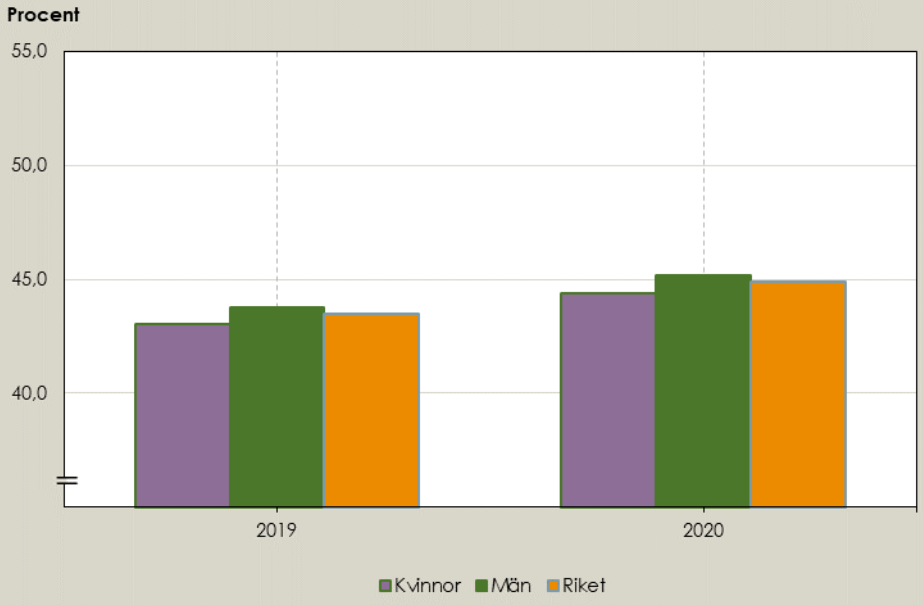
Andelen personer 75 år och äldre som använder två eller flera läkemedel, för vilka användning eller dosering kan behöva anpassas till njurfunktion, var 43,5 procent (av cirka 943 800 personer) 2019 och 44,9 procent (av cirka 982 800 personer) 2020 (figur 50.1). Det var inte några skillnader mellan könen.

Värdena för regionerna varierar från 41,5 upp till 48,8 procent (figur 50.2) för år 2020.

När en äldre person behandlas med ett eller flera läkemedel av denna typ behöver användningen och doseringen anpassas till aktuell njurfunktion. En mätning av njurfunktionen (eGFR – estimated glomerular filtration rate) bör enligt Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*, ske initialt men även på regelbunden basis under behandlingen. Oftast räcker det att anpassa dosen till njurfunktionen, men för vissa läkemedel kan det bli nödvändigt att avsluta behandlingen då njurfunktionen sjunkit under en viss nivå [106].

Figur 50.1. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion

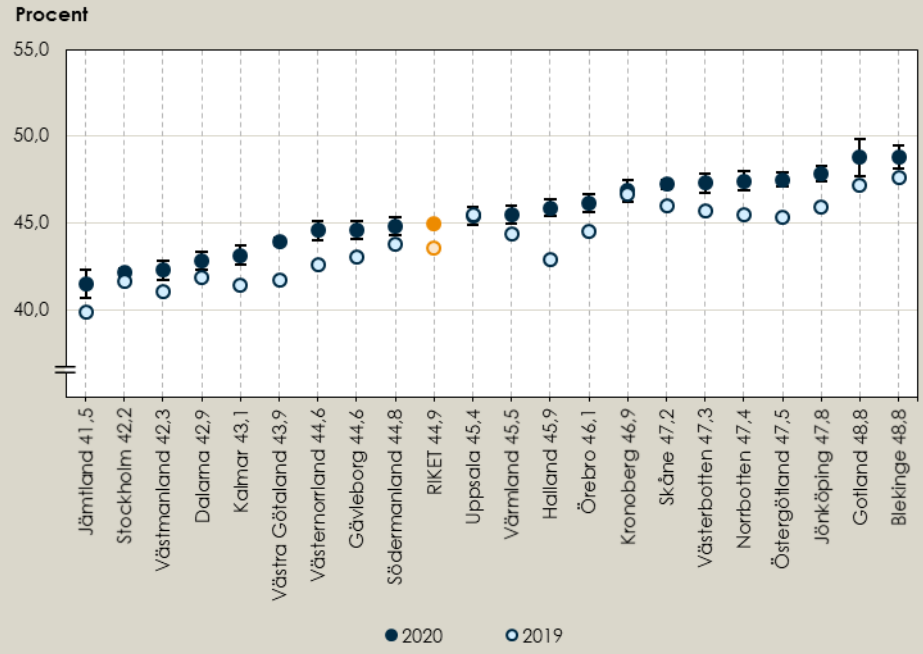
Andel personer 75 år och äldre som förskrivits och/eller ordinerats minst två eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 50.2. Läkemedel då dosering behöver anpassas till njurfunktion

Andel personer 75 år och äldre som förskrivits och/eller ordinerats minst två eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

51. Provtagning av njurfunktion bland dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande. PrimärvårdsKvalitet består av kvalitetsindikatorer samt tekniska lösningar som gör det enkelt för verksamheten att få ut och visualisera kvalitetsdata om sina patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten i primärvården.

Indikatorerna har utvecklats av yrkesverksamma i primärvården för att de ska ha så stor relevans för primärvården som möjligt. Systemet omfattar kvalitetsindikatorer för akuta och kroniska tillstånd, psykisk ohälsa, rehabilitering samt kärnområden såsom kontinuitet, samsjuklighet och levnadsvanor. Indikatorerna som PrimärvårdsKvalitet tagit fram baseras enligt registret på evidens och nationella riktlinjer samt har koppling till den nationella kunskapsstyrningen. Måttet avspeglar att det utförts provtagning för att kunna beräkna om dosering av läkemedel är korrekt och anpassad till patientens njurfunktion. Dosdispenserade läkemedel (e-dos) kommer dock inte med i datauttagen för de flesta regioner. Hur väl data om laboratorieprover kan tas ut varierar mellan regionerna. Också från vilka delar av vården (egna vårdcentralen/hela primärvården/hela regionens sjukvård) laboratorieprover kan hämtas varierar. Detta påverkar förstås resultaten påtagligt. Örebro får till exempel med dosdispenserade läkemedel i underlaget men däremot endast labbeställningar från aktuell vårdcentral, vilket kan förklara det sämre utfallet jämfört med övriga regioner. Data från olika vårdenheter inom en region är

ofta, men inte alltid, jämförbara eftersom organisation och möjlighet till datauttag varierar. Detta gör att måttet är användbart för förbättringsarbete för vårdcentralen, men inte helt optimalt för jämförelse mellan regioner. Därför redovisas den som ett bakgrundsmått i det här sammanhanget.

Det finns en särskild grupp av indikatorer med syfte att användas för identifieringen av patienter som har en risk för att drabbas av vårdskador, kallad ”Säker vård i primärvård” som PrimärvårdsKvalitet tagit fram. Indikatorerna ska vara en hjälp att hitta patientsäkerhetsrisker och att förebygga vårdskador. Fokus ligger på ett proaktivt arbetssätt. Indikatorerna ”Säker vård i primärvård” speglar fyra områden:

- Diagnostik
- Tillgång till behandling
- Riskfylld läkemedelsbehandling
- Uppföljning

Varje område består av cirka fyra till åtta indikatorer som kan ge en ”temperaturmätning” på hur verksamheten ligger till genom att jämföra med andra verksamheter.

Indikatorerna ska ge en överblick över vilka riskgrupper av patienter som verksamheten bör uppmärksamma och var verksamheten kan förbättra sig. Användningen av indikatorerna i Säker vård i primärvård kan leda till frågor som:

- Vet vi hur det borde vara?
- Kan vi förändra sättet vi jobbar på?
- Kan vi jobba så att färre patienter hamnar i den här riskgruppen i framtiden?
- Ska vi kalla patienterna från den här riskgruppen?

Nya indikatorer är under utveckling: risk för undernäring, njursvikt, läkemedlet Metformin i relation till njurfunktion samt några allvarliga interaktioner).

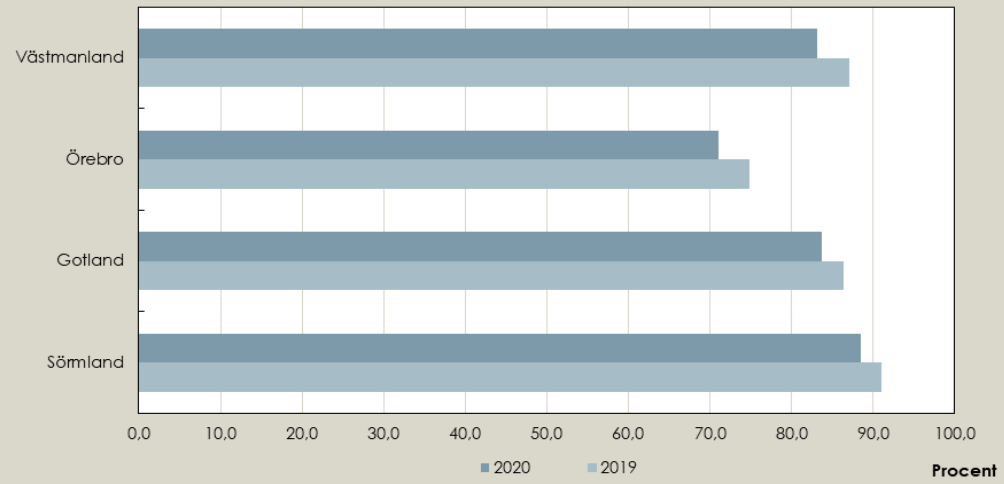
Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
När en äldre person behandlas med läkemedel som till stor del utsöndras via njurarna finns risk att läkemedel ansamlas i kroppen och ger läkemedelsrelaterade problem (LRP). LRP kan bidra till försämrat hälsotillstånd för den enskilde med ökat behov av akutbesök och sjukhusvård.	Regelbunden mätning av njurfunktionen kan vara ett sätt att tidigt upptäcka försämrad njurfunktion så att läkemedelsbehandlingen kan justeras. För att möjliggöra korrekt dosering av sådana läkemedel, där det är viktigt att njurfunktionen är känd, måste en robust process finnas för mätning av njurfunktionen med adekvat intervall, bedömning av svar, ställningstagande till läkemedelsdosen och kommunikation med patienten.

I figuren 51.1 redovisas utfallet som avspeglar att det utförts provtagning för att kunna beräkna om dosering av läkemedel är korrekt och anpassad till patientens njurfunktion. Här redovisas endast ett fåtal regioner från data som

hämtats i Vården i siffror på nationell nivå. Underlaget ska tolkas med försiktighet. Andelen har minskat något under de två åren som ingår i samtliga regioner mellan åren och år 2020 kan en spridning ses mellan 71 till 88 procent i regionerna.

Figur 51.1. Läkemedel som påverkar njurfunktionen

Andel patienter ≥ 75 år som förskrivits och/eller ordinerats ett eller flera läkemedel för vilken användning och dosering behöver anpassas till njurfunktion, vars njurfunktion är uppmätt senaste 18 månaderna.



* Hur data hämtas om laboratorieprover varierar mellan regionerna, vilket påverkar resultaten påtagligt. Data har hämtats från Vården i Siffror.

Källa: PrimärvårdsKvalitet.

52. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Med stigande ålder sker flera förändringar som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk för biverkningar hos äldre, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen.

Om de ska användas ska förskrivande läkare ha bedömt att det finns en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall. I samband med en revidering av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* som publicerades 2017 har indikatorn setts över och urvalet läkemedel består numera av följande preparat [106]:

- långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- tramadol (smärtstillande)
- propiomazin (sömnmedel)
- kodein (smärtstillande)
- glibenklamid (diabetesmedel)

Dessa läkemedel bör endast användas om det finns en välgrundad och aktuell indikation och förskrivande läkare har bedömt att den förväntade nyttan med

läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör vidare följas upp och omprövas regelbundet och med täta intervall. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska läkemedelsgenomgångar genomföras [107].

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Rapporten ger också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [108].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Risken för biverkningar och ogynnsamma effekter är större när vissa typer av läkemedel ges till äldre med sviktande organfunktioner. För att minska risken för läkemedelsrelaterade problem som kan bidra till försämrat hälsotillstånd och innebära ökat behov av akutbesök och sjukhusvård är det viktigt att olämpliga läkemedel och kombinationer av läkemedel inte blir ordinerade.	Läkemedelsgenomgångar ökar möjligheterna till en helhetsbild av patientens läkemedelsbehandling och eventuella läkemedelsrelaterade problem och ger patienten förutsättningar för större delaktighet i läkemedelsbehandlingen. Lokala rutiner för ansvarsfördelning och hur läkemedelsgenomgångar ska genomföras stärker förutsättningarna för tidig upptäckt av läkemedelsrelaterade problem.

Andelen äldre med de läkemedel som bör undvikas har minskat (figur 52.1). År 2005 låg utfallet på 14 procent bland 75 år och äldre enligt 2010 års version av ingående läkemedel och 2020 låg utfallet på 6,5 procent bland 75 år och äldre enligt 2017 års version av ingående läkemedel. Kvinnor har en högre andel läkemedel som bör undvikas. För 2020 var andelen bland kvinnorna 7,4 procent och bland män 5,3 procent. I figuren (52.1) för riket kan ett brott i linjerna ses år 2017 vilket var det år då ingående läkemedelspreparat omprövats.

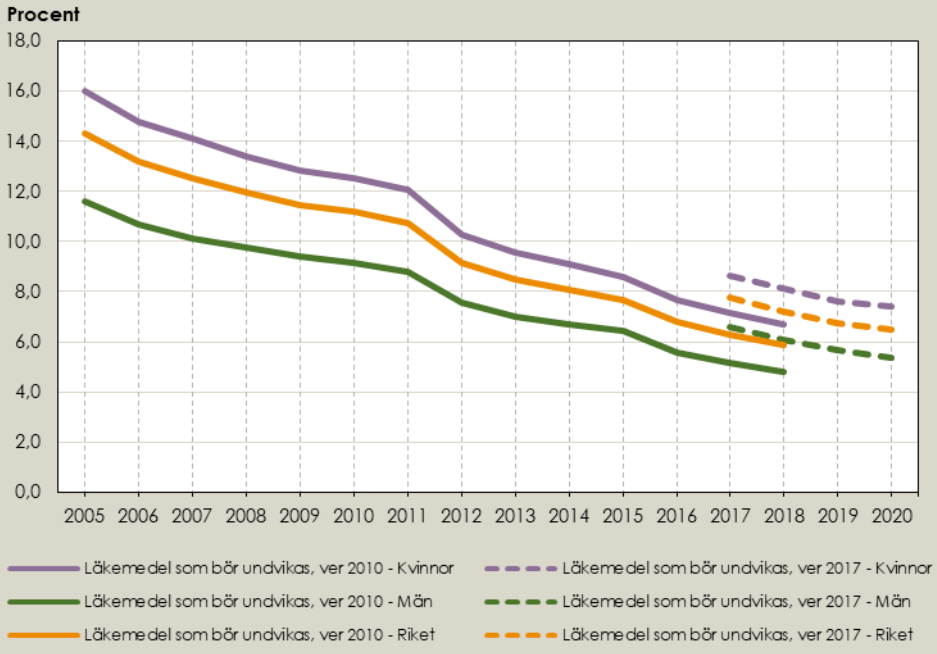
Variationerna mellan regionerna (figur 52.2) ligger mellan 5,4 till 8,1 procent 2020.

Figur 52.3 för hemtjänst respektive figur 52.4 för särskilt boende visar på en variation mellan kommunerna inom respektive län. För hemtjänst kan en variation av utfallet ses från 7,2 till 11,6 procent mellan länen (länsmedel). För särskilt boende kan en variation av utfallet ses från 4,5 till 10,8 procent mellan länen.

Denna indikator tar inte hänsyn till antalet olämpliga läkemedel som en patient använder och inte heller vilken eller vilka doser av dessa läkemedel patienten är ordinerad. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apotek, inte vad som är förskrivet eller vad patienten intar. Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i sluten vård eller dispenserade från läkemedelsförråd. Detta kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen.

Figur 52.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

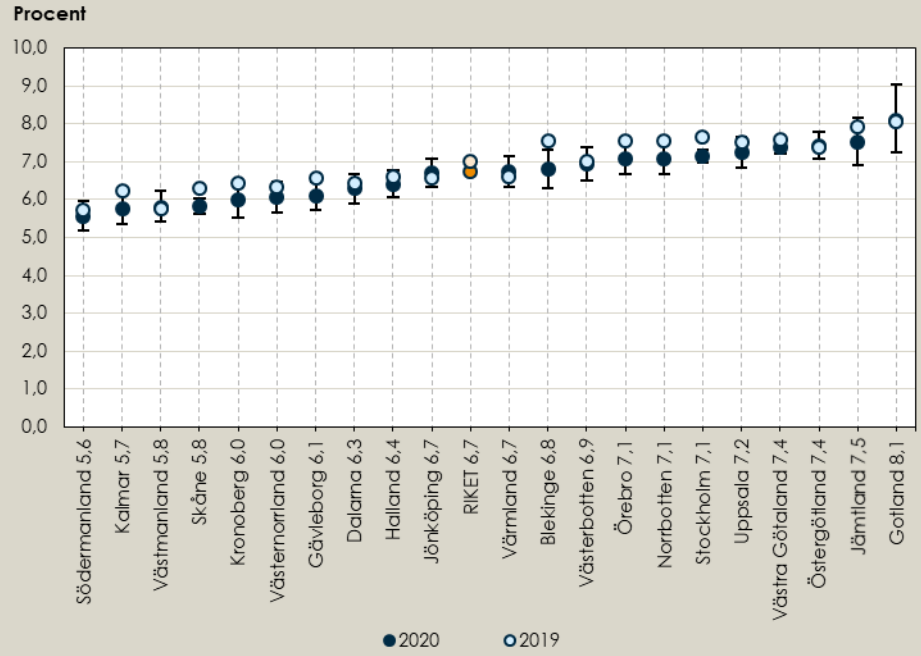
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 52.2. Äldre med läkemedel som bör undvikas

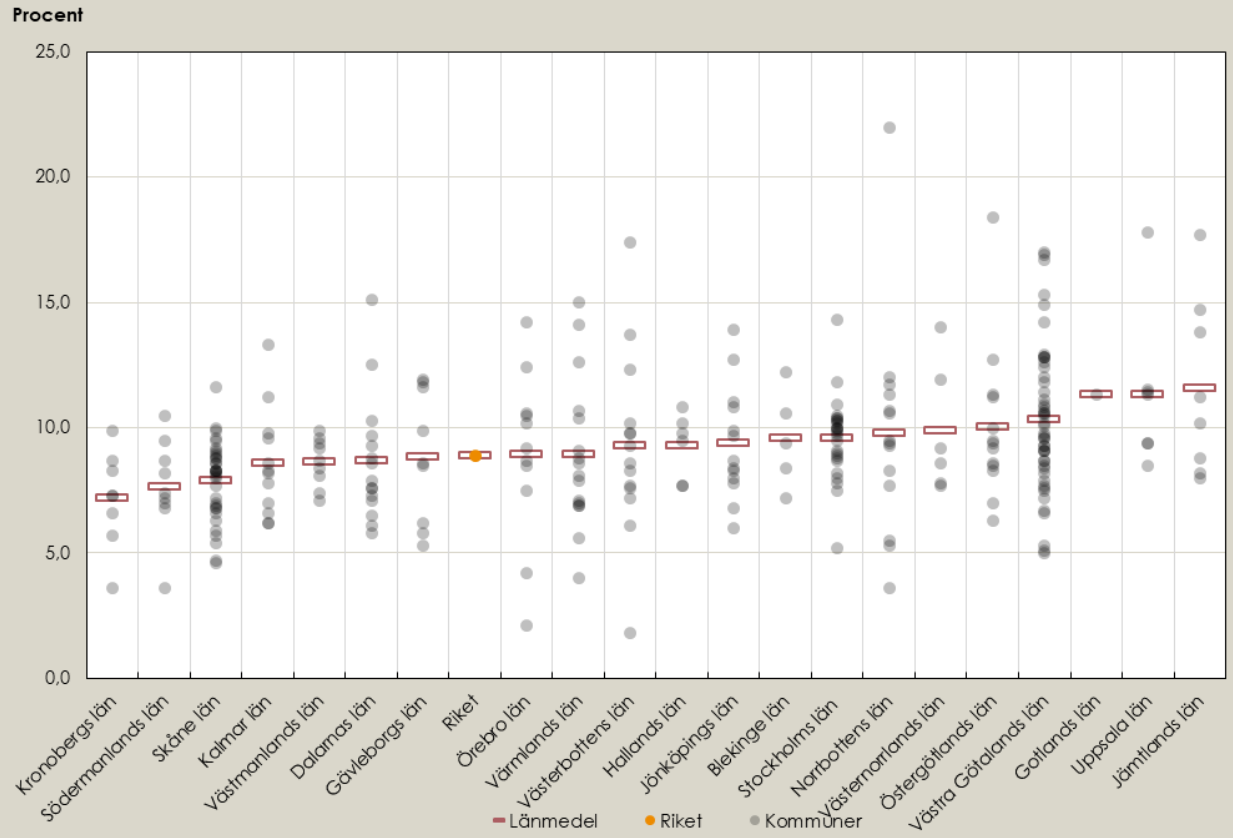
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 52.3 Äldre med läkemedel som bör undvikas

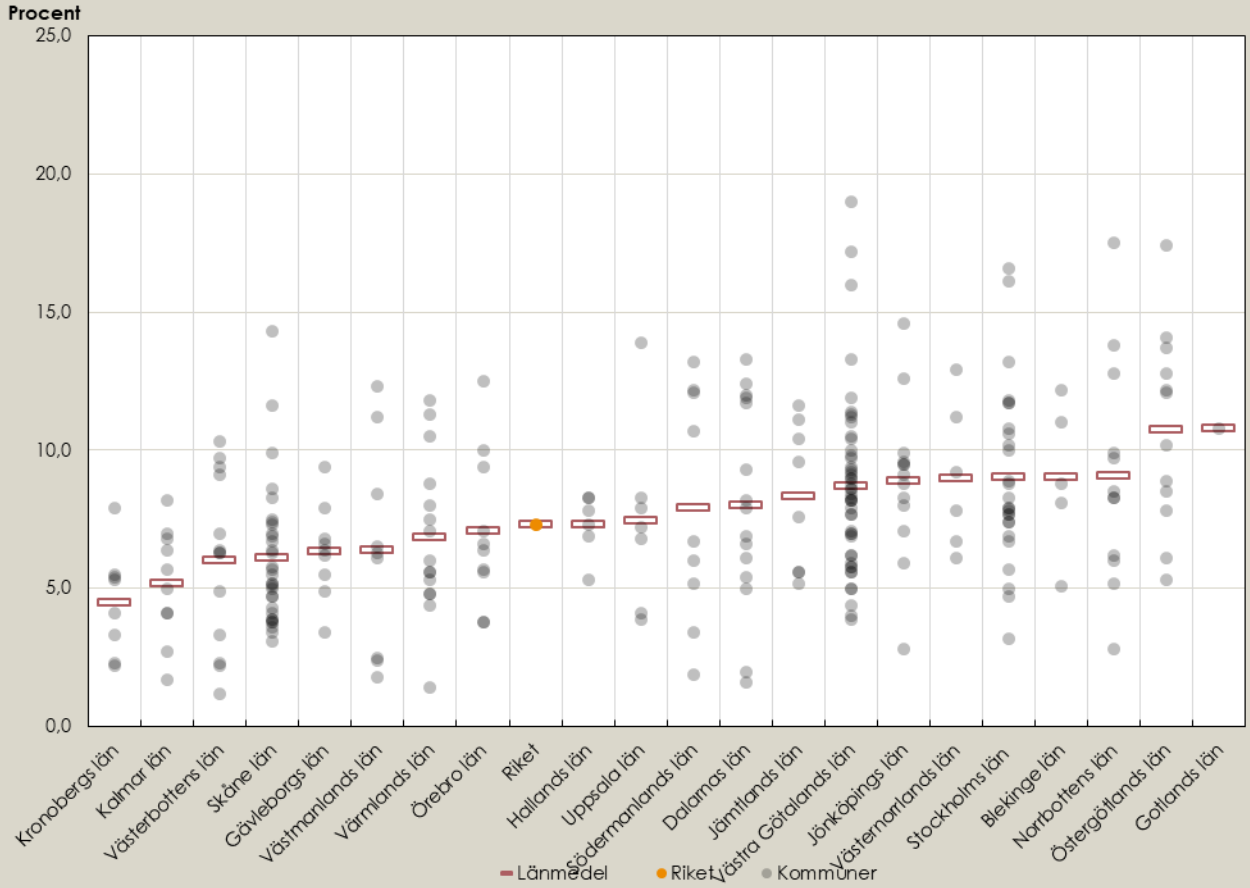
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas (om inte särskilda skäl föreligger.) Avser personer 75 år och äldre med hemtjänst, 31 december. Avser 2020.



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Figur 52.4. Äldre med läkemedel som bör undvikas

Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas (om inte särskilda skäl föreligger). Avser personer 75 år och äldre som bor på särskilt boende, 31 december. Avser 2020.



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

53. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

För antipsykotiska läkemedel finns indikation för förskrivning vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesymptom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesymtom som motorisk oro samt rop och vandring, dock oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar, till exempel passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symptom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner samt medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om behandling bedöms nödvändig bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Behandlingen bör också omprövas med täta intervall för att kunna ta ställning till utsättning eller dosminskning [106].

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 75 år och äldre.

Precis som för indikatorn *Äldre med läkemedel som bör undvikas* är det viktigt att verksamheterna genomför läkemedelsgenomgångar för att metodiskt följa upp och analysera varje individs läkemedelsanvändning samt att upprätta en korrekt och aktuell läkemedelslista samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker. Dessutom är det viktigt att personer som misstänks lida av demenssjukdomar får en demensutredning. Antipsykotiska läkemedel förekommer också på flera ställen i det förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre som Socialstyrelsen har publicerat. Den innehåller också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [108]. Eftersom läkemedelsregistret inte innehåller uppgifter om förskrivningsorsak påverkas indikatorns värde även av att det förekommer förskrivning med lämplig indikation i åldersgruppen, såsom vid psykossjukdom och i palliativ vård.

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Risken för biverkningar och ogynnsamma effekter är större när vissa typer av läkemedel ges till äldre med sviktande organfunktioner. Om den typen av läkemedel ändå används är det viktigt att doseringen hålls på en låg nivå och att kommunikationen med patienten är god så att biverkningar kan upptäckas tidigt och leda till förändrad ordination.	Förskrivande läkare bedömer förväntad nytta i proportion till risker samt att användning är indicerad på låga doser med kort behandlingstid och uppföljning av effekt och eventuella bieffekter. Läkemedelsgenomgångar och diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning är av stort värde för att påverka förekomst av läkemedelsrelaterade problem.

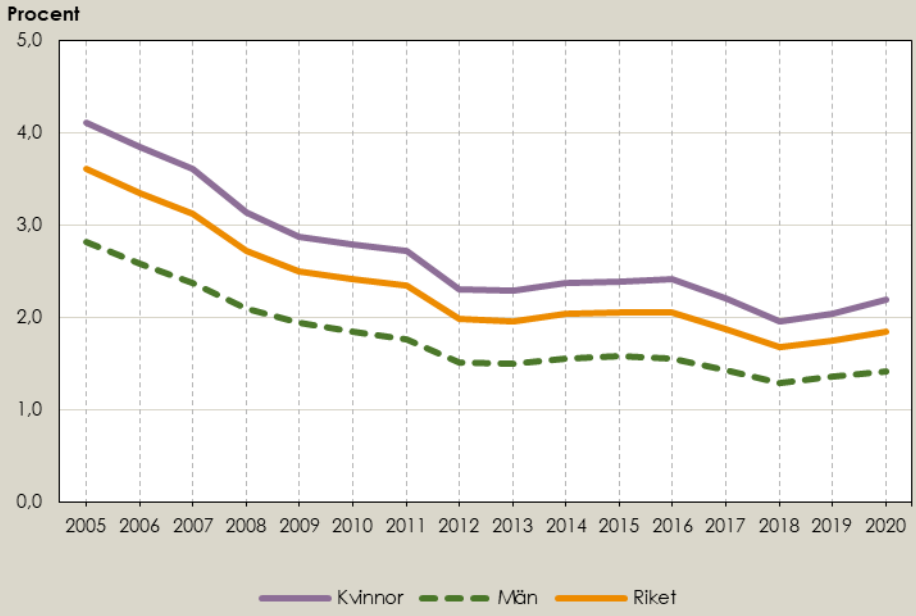
I riket som helhet (figur 53.1) låg andelen som använder antipsykotiska läkemedel bland 75 år och äldre på 3,6 procent år 2005. Under 2020 var användningen 1,8 procent, en minskning med hälften från 2005. Kvinnor har generellt ett något högre utfall än män men skillnaden har minskat något över åren. För 2020 var kvinnornas andel 2,2 och männens 1,4 procent.

På regionnivå (figur 53.2) varierar andelen som använder antipsykotiska läkemedel från 1,3 till 3,1 procent.

Länsmedel, dvs. det samlade värdet för personer som använder antipsykotiska läkemedel och som har hemtjänst i ordinärt boende (figur 53.3) i kommunerna varierade från 2,0 till 6,3 procent i länen. För personer som använder antipsykotiska läkemedel och som bor i särskilda boenden (figur 53.4) i kommunerna varierade utfallet från 8,9 till 21,7 procent i länen.

Figur 53.1. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

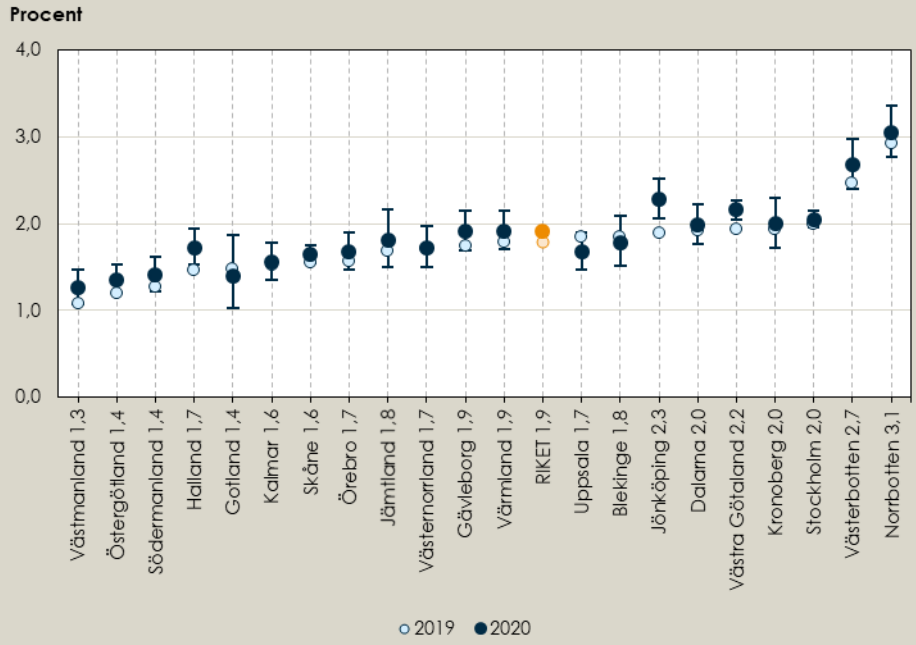
Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 53.2. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

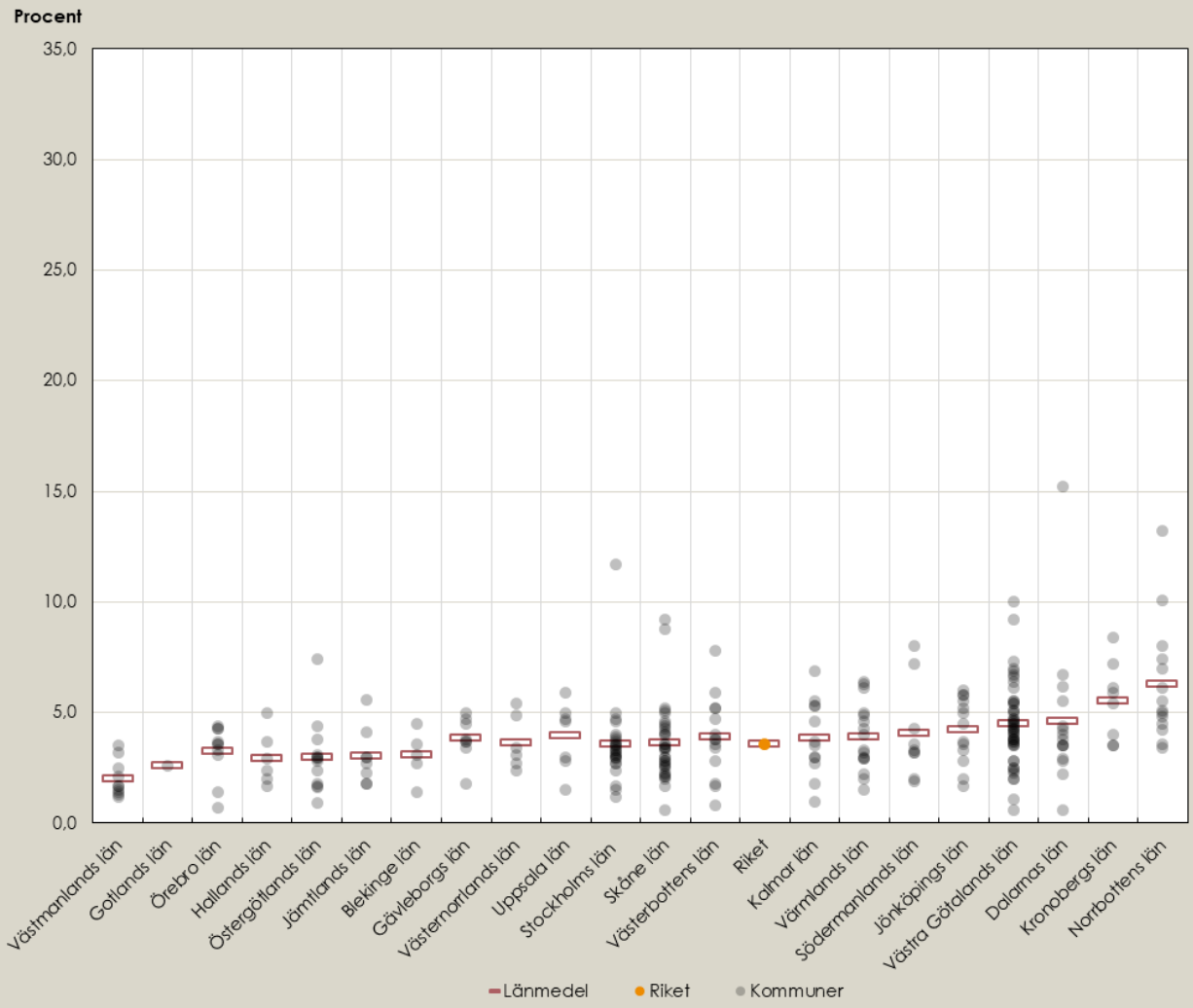
Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Figur 53.3. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

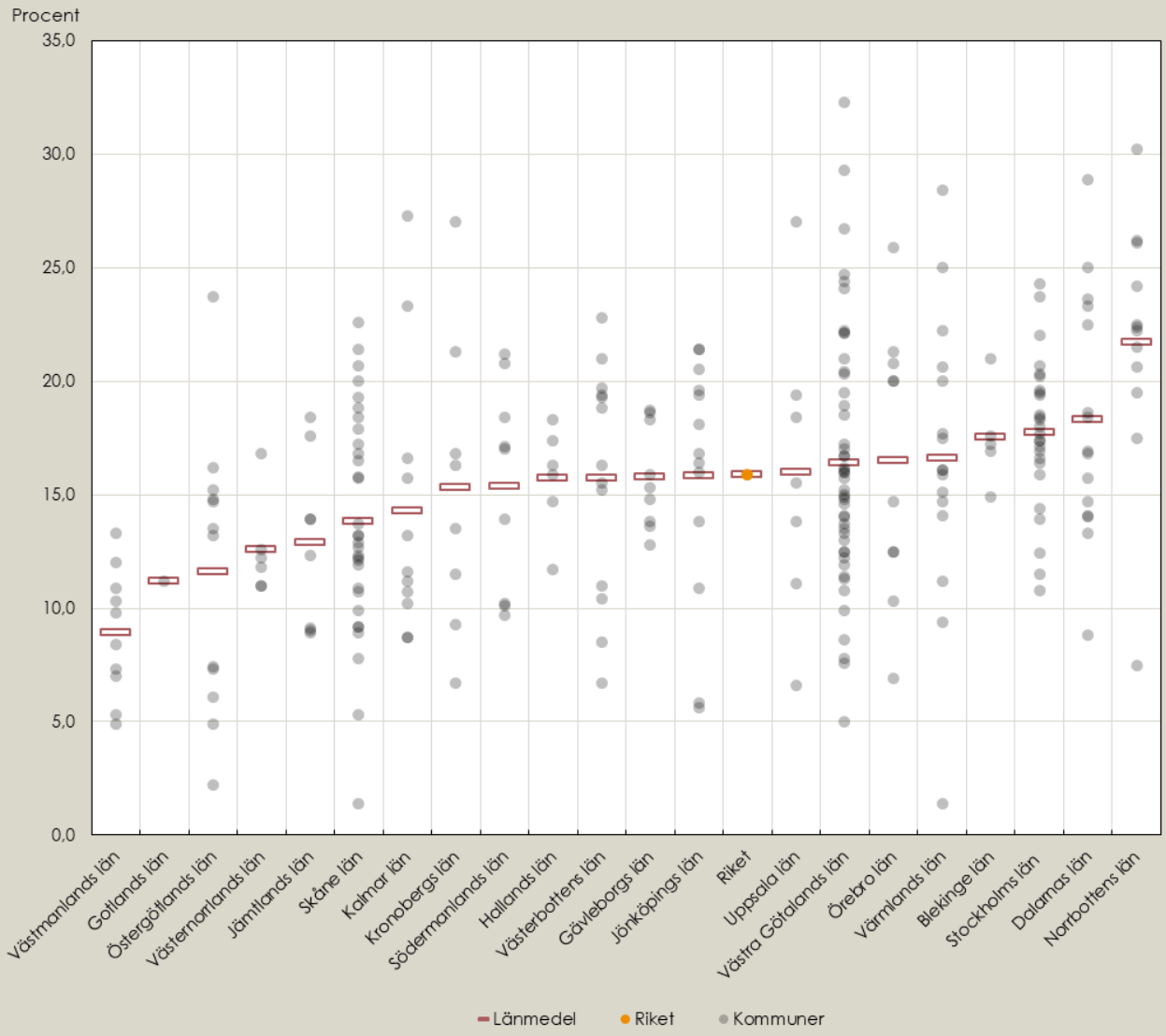
Andel 75 år och äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer med hemtjänst, 31 december 2020.



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Figur 53.4. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

Andel 75 år och äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer som bor i särskilt boende, 31 december 2020.



Källa: Läkemedelsregistret och Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

54. Två eller flera psykofarmaka långvarigt samtidigt, placerade hela årskurs 9

Alla barn och unga har rätt till samma förutsättningar för att lyckas i skolan och att få en likvärdig vård och behandling för sina hälsoproblem. En lyckad skolgång och god behandling vid psykisk ohälsa ger möjligheter till ett bra vuxenliv. Förutsättningarna ökar när socialtjänstens, skolans och hälso- och sjukvårdens samverkan fungerar. Öppna jämförelser 2020 om placerade barns utbildning och hälsa visar på skillnader mellan placerade barn och deras jämnåriga både när det gäller skolgång och psykisk ohälsa [109].

Indikatorn återspeglar placerade barn som behandlas med flera psykofarmaka under lång tid. Den visar att användningen av psykofarmaka är hög

bland placerade barn och unga i jämförelse med barn och unga som inte varit placerade. Tidigare studier visar att det inom gruppen finns barn och unga med en psykiatrisk diagnos som kan förklara användning av psykofarmaka innan placeringen. Cirka 30 procent påbörjade användning av psykofarmaka för första gången under placeringen [110].

Det behöver finnas förutsättningar för den som ordinerar ett läkemedel att kunna säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i barnets behov och att behandlingen kan fullföljas. En del läkemedel som ges till barn saknar till exempel dokumentation om effekt, säkerhet och dosering för barn och används utanför godkänd produktinformation (off label). Användningen kan ändå vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom det kan finnas såväl stor klinisk erfarenhet som vetenskapligt stöd för användning [111].

För att placerade barn och unga med psykisk ohälsa ska få adekvat vård och omsorg är samverkan mellan alla aktörer som delar ansvaret för barnets hälsa ofta en förutsättning [112]. En kontinuerlig uppföljning av patientens tillstånd och läkemedelsbehandlingens effekt behöver säkerställas. Det är också viktigt att möjlighet till specialistvård finns [113]. Socialnämnden har ett ansvar att säkerställa att placerade barn får tillgång till adekvat behandling [114, 115]. Placerade barn och unga har inte tillgång till detta i lika hög utsträckning som övriga jämnåriga [110].

Patientsäkerhetsperspektiv	Verksamhetsperspektiv
Långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel kan vara förenat med olika risker. Långvarig behandling med flera psykofarmaka samtidigt under längre perioder är också förenat med risker och det kan vara svårt att utvärdera läkemedelseffekter och biverkningar vid långvarig användning.	Förskrivande läkare bedömer förväntad nytta i proportion till risker samt att användning är indicerad med kort behandlingstid och uppföljning av effekt och eventuella bieffekter. En riskmedveten förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och unga med psykisk ohälsa förutsätter också samverkan mellan aktörer som delar ansvaret för barnets hälsa.

Det finns skillnader i resultaten mellan flickor och pojkar, 11 procent av de 15–16-åriga flickor som var placerade under hela årskurs 9 hade långvarig hög användning av olika psykofarmaka 2019. I jämförelse med 6 procent av de placerade 15–16- åriga pojkarna. Detta är en stor skillnad oavsett kön mot de som inte varit placerade.

Tabell 15. Långvarig samtidig läkemedelsförskrivning av två eller flera psykofarmaka 2019.

Andel som använt preparat långvarigt (minst tre uttag inom respektive grupp när de var 15-16 år gamla) inom två eller fler av de fyra grupperna (antipsykotika (N05A), antidepressiva (N06A), lugnande (N05B exkl. N05BB01) eller sömnmedel (N05C)

Procent, Riket. Folkbokförda i Sverige

	Placerade hela åk 9	Övriga placerade	Ej placerade
Flickor	11,5	9,4	2,5
Pojkar	6,6	5,5	1,2
Totalt båda könen	8,5	7,3	1,8

Källa: läkemedelsregistret och registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen

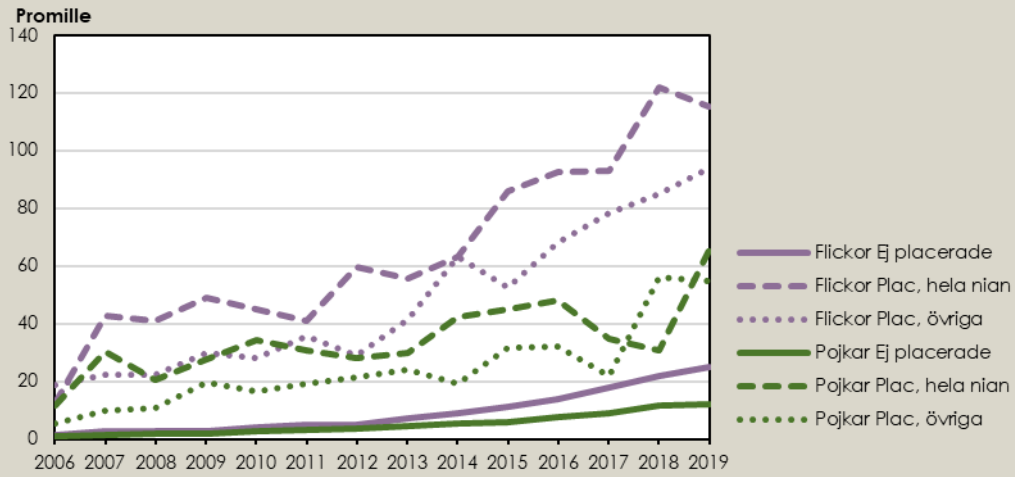
Figur 54.1 visar att flickor har en högre användning av olika psykofarmaka än pojkar. Flickor som varit placerade hela sista året i grundskolan har högre långvarig användning av psykofarmaka än flickor som varit placerade någon gång under uppväxten.

För pojkar som varit placerade under hela årskurs 9 har användningen av psykofarmaka ökat.

År 2017 saknas i insatsregistret (dvs. i Registret över insatser till barn och unga som samkörts med Läkemedelsregistret), vilket begränsar möjligheten till jämförelser över tid avseende år 2017 och övriga år.

Figur 54.1. Långvarig samtidig användning av minst två psykofarmaka vid 15–16 års ålder

Andel flickor och pojkar med minst tre uttag av minst två psykofarmaka fördelat efter placeringshistorik, folkbokförda i Sverige vid 15-16 års ålder perioden 2006-2019. Promille.



Långvarig användning avser minst tre uttag av psykofarmaka inom två eller fler av de fyra psykofarmakagrupperna: antipsykotika (N05A), antidepressiva (N06A), lugnande (N05B exkl. N05BB01) eller sömnmedel (N05C).

Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser för barn och unga, Socialstyrelsen.

Kompetens

I detta avsnitt redovisas följande indikatorer och mått

55. Täthet/tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

55. Tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård [116]. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete.

En mer personcentrerad och samordnad vård, den snabba kunskapsutvecklingen och omstruktureringen till mer hemsjukvård och primärvård ställer nya krav på bemanning och kompetens. Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskador. En god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens.

För en god planering av vårdens kompetensförsörjning behövs tillgängliga fakta- och kunskapsunderlag såväl som analyskompetens för att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven. Kunskapsunderlag kan exempelvis vara prognoser över antal examinerade från högskoleutbildningar inom hälso- och sjukvårdsområdet per utbildning och sjukvårdsregion eller sysselsättningsstatistik.

Det som visas i tabellerna 16-18 är yrkesverksam legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal i länen per 100 000 invånare 2018. De tre vanligaste yrkesgrupperna– sjuksköterska, läkare och fysioterapeuter– sammanfattas i följande text. Det här är ett bakgrundsmått som visar på spridningen i länen men som inte har någon uttalad riktning för hur det bör se ut. Här behövs en utveckling av mått och indikatorer och i relation till patientsäkerhet.

Den vanligaste legitimerade yrkesgruppen var sjuksköterskor. Av de 126 367 legitimerade sjuksköterskorna år 2018 var 86 075 sysselsatta inom hälso- och sjukvård och 9 540 inom vård och omsorg med boende. I genomsnitt var 1081 sjuksköterskor per 100 000 invånare i riket sysselsatta inom hälso- och sjukvård. Det var 16 län som låg över rikets värde och av dessa hade Västerbottens län flest, 1 417 sjuksköterskor per 100 000 invånare. Stockholms län och Södermanlands län hade lägst antal sjuksköterskor, 930 stycken respektive 950 stycken per 100 000 invånare.

Den näst mest förekommande yrkesgruppen var läkare. För sysselsatta inom hälso- och sjukvård var genomsnittet 400 legitimerade läkare per 100 000 invånare i riket. Det var 7 län över rikets nivå. Högst antal var det i Uppsala län, 529 läkare, följt av Västerbottens län med 517 läkare per 100 000 invånare. Lägst antal läkare per 100 000 invånare var det i Norrbottens län och Västernorrlands län, 309 respektive 269 läkare per 100 000 invånare. Av de 44 129 legitimerade läkarna år 2018 var 39 564 var sysselsatta inom hälso- och sjukvård.

Fysioterapeuter är den tredje mest förekommande yrkesgruppen, 134 stycken per 100 000 invånare i riket. Det var 9 län över riksnivån. Väster-

bottens län hade flest fysioterapeuter per 100 000 invånare, 178 stycken, följt av Jämtlands län och Norrbottens län, 172 respektive 165 fysioterapeuter per 100 000 invånare. Av 17 101 fysioterapeuterna år 2018 var 10 601 sysselsatta inom hälso- och sjukvård, 1 367 inom öppna social insatser och 1 300 inom vård och omsorg med boende.

Tabell 16. Antal yrkesverksamma legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i länen och per 100 000 invånare november 2018, kvinnor och män

Kvinnor och män	Apotekare	Arbetsterapeut	Audionom (1)	Barnmorska	Biomedicinsk analytiker (1)	Dietist (1)	Fysioterapeut	Kiropraktor	Logoped
Stockholms län	55	70	8	83	75	13	136	11	24
Uppsala län	54	68	12	88	112	20	140	7	23
Södermanlands län	28	96	9	65	45	11	122	7	12
Östergötlands län	18	142	10	59	104	13	130	5	20
Jönköpings län	25	142	9	80	93	7	117	2	12
Kronobergs län	13	87	9	60	61	9	109	3	13
Kalmar län	15	96	10	63	73	9	125	4	10
Gotlands län	14	110	15	81	79	12	137	0	29
Blekinge län	27	76	9	73	86	9	105	3	14
Skåne län	27	84	8	67	86	11	136	6	16
Hallands län	30	86	9	85	57	9	116	7	26
Västra Götalands län	29	96	14	83	78	16	140	3	17
Värmlands län	18	84	10	67	108	8	118	5	10
Örebro län	24	146	15	84	104	8	123	2	11
Västmanlands län	25	90	10	75	65	12	139	4	18
Dalarnas län	22	86	7	75	54	11	126	5	15
Gävleborgs län	14	84	9	61	52	9	123	8	13
Västernorrlands län	12	83	7	73	70	13	128	2	12
Jämtlands län	18	101	12	92	54	15	172	5	16
Västerbottens län	10	148	13	77	138	21	178	4	20
Norrbottens län	10	141	8	68	50	8	165	3	13
Riket[2]	31	93	10	76	80	13	134	6	18
Variationskoefficient (3)	51,4	25,6	23,4	12,9	30,6	32,0	14,1	53,4	32,4

Källa: förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

(1) Från och 2006 är det möjligt att legitimera sig inom detta yrkesområde. Uppgifterna representerar inte det totala antalet verksamma inom yrket.
(2) Exkl. psykoterapeuter. Observera att de leg. psykoterapeuter som har annan legitimation såsom läkare, psykologer, sjuksköterskor, m.m. räknas i denna tabell med sin senaste andra legitimation.
(3) Spridningen bland de länsvisa observationerna har jämförts på basis av den så kallade variationskoefficienten som kan beskrivas som en normaliserad standardavvikelse, uttryckt i procent. Ju högre värde på variationskoefficienten för ett yrke, desto större är skillnaden mellan länen när det gäller yrkestätheten.

Tabell 17. Antal yrkesverksamma legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (2) i länen och per 100 000 invånare november 2018, kvinnor och män

Kvinnor och män	Läkare	Naprapat	Optiker	Ortopedingenjör (1)	Psykolog	Receptarie	Sjukhusfysiker	Sjuksköterska	Tandhygienist	Tandläkare
Stockholms län	440	20	29	2	114	41	4	930	35	88
Uppsala län	529	10	26	0	123	61	8	1193	40	85
Södermanlands län	329	7	20	4	53	37	4	951	34	74
Östergötlands län	439	7	22	4	70	47	5	1100	39	66
Jönköpings län	348	2	23	7	51	40	3	1137	51	79
Kronobergs län	329	5	23	5	54	47	4	1171	39	83
Kalmar län	342	5	30	5	51	76	4	1112	36	70
Gotlands län	441	20	12	0	71	63	2	1160	34	76
Blekinge län	369	6	17	6	50	36	1	1339	46	83
Skåne län	417	5	21	0	87	43	5	1041	43	82
Hallands län	359	3	21	6	68	47	1	1008	40	70
Västra Götalands län	406	6	24	3	98	46	4	1124	44	88
Värmlands län	319	5	19	0	52	55	2	1149	74	67
Örebro län	393	6	16	4	76	39	4	1215	48	75
Västmanlands län	324	8	22	0	66	50	3	1042	42	69
Dalarnas län	334	7	15	0	61	46	2	1140	57	67
Gävleborgs län	336	5	21	1	50	47	3	1152	68	64
Västernorrlands län	309	8	21	2	72	53	3	1180	39	66
Jämtlands län	388	13	21	0	75	50	2	1325	42	75
Västerbottens län	517	7	21	4	104	82	6	1417	56	86
Norrbottens län	269	4	20	2	41	64	2	1173	50	78
Riket[2]	400	9	24	2	86	47	4	1081	43	80
Variationskoefficient (3)	17,4	61,2	19,4	88,6	31,4	23,4	48,1	10,1	23,0	10,2

Källa: förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

(1) Från och 2006 är det möjligt att legitimera sig inom detta yrkesområde. Uppgifterna representerar inte det totala antalet verksamma inom yrket.
(2) Exkl. psykoterapeuter. Observera att de leg. psykoterapeuter som har annan legitimation såsom läkare, psykologer, sjuksköterskor, m.m. räknas i denna tabell med sin senaste andra legitimation.
(3) Spridningen bland de länsvisa observationerna har jämförts på basis av den så kallade variationskoefficienten som kan beskrivas som en normaliserad standardavvikelse, uttryckt i procent. Ju högre värde på variationskoefficienten för ett yrke, desto större är skillnaden mellan länen när det gäller yrkestätheten

Tabell 18. Antal legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (2) efter arbetsmarknadsstatus och legitimation, november 2018 kvinnor och män

Kvinnor och män[2]	Apotekare	Arbetsterapeut	Audionom[1]	Barnmorska	Biomedicinska analytiker[1]	Dietist[1]	Fysioterapeut	Kiropraktor	Logoped	Läkare	Naprapat	Optiker	Ortopedingenjör[1]	Psykolog	Receptarie	Sjukhusfysiker	Sjuksköterska	Tandhygienist	Tandläkare
Sysselsatta,	4 772	12 173	1 328	8 593	10 207	1 850	17 101	765	2 359	44 129	1 301	2 659	465	10 685	5 687	590	126 367	5 157	9 237
därav inom näringsgren:																			
Hälso- och sjukvård (SNI 86)	446	4 793	953	7 258	7 932	1 151	10 601	565	1 530	39 564	862	371	235	6 703	266	397	86 075	4 388	8 196
Vård och omsorg med boende (SNI 87)	6	1 867	5	107	36	37	1 300	10	38	108	19	x	0	248	6	0	9 540	32	14
Öppna sociala insatser (SNI 88)	5	2 231	8	161	44	45	1 367	10	53	59	13	8	x	259	29	x	7 665	57	23
Offentlig förvaltning (SNI 84.1)	397	1 346	37	202	182	128	902	6	164	959	8	12	6	795	158	22	4 864	87	178
Övrig specialiserad butikshandel med hushållsvaror (SNI 47.7)	2 203	21	6	7	9	4	34	0	x	9	x	1 875	x	6	4 271	0	125	11	8
Arbetsförmedling, bemanning och andra personalrelaterade tjänster (SNI 78)	77	392	33	101	30	16	134	4	4	841	10	100	0	369	41	0	2 940	21	9
Eftergymnasial utbildning (SNI 85.4)	121	159	21	132	502	69	328	x	96	830	10	22	9	409	19	71	1 631	69	288
Grundskoleutbildning (SNI 85.2)	6	74	8	71	27	22	100	x	262	73	14	10	x	379	19	x	2 373	35	6
Partihandel med hushållsvaror (SNI 46.4)	478	62	150	47	130	54	161	8	x	125	21	55	27	10	212	17	1 022	38	29
Gymnasial utbildning (SNI 85.3)	0	94	6	99	16	9	88	x	16	8	10	x	0	61	4	x	1 588	41	x
Konsulttjänster till företag (SNI 70.2)	82	74	5	23	18	12	119	12	5	119	20	21	x	558	29	0	398	17	23
Naturvetenskaplig och teknisk forskning och utveckling (SNI 72.1)	350	x	x	26	193	8	x	x	x	281	4	x	x	18	61	15	395	x	31
Offentliga tjänster (SNI 84.2)	4	25	x	x	58	5	89	x	x	107	8	6	x	196	5	4	710	6	7
Vuxenutbildning och övrig utbildning (SNI 85.5)	9	146	x	20	12	15	156	14	23	43	31	x	x	171	6	5	385	15	17
Skogsförvaltning och skogsskötsel (SNI 02.1)	9	35	x	22	33	x	37	5	x	115	x	4	x	32	44	0	438	11	40
Verksamhet i religösa samfund och i andra intresseorganisationer (SNI 94.9)	8	75	8	35	16	16	59	x	14	29	x	4	x	38	7	x	415	7	12
Andra konsumenttjänster (SNI 96.0)	0	20	x	19	8	16	122	27	4	34	67	0	x	8	4	0	285	15	7
Tillverkning av läkemedel (SNI 21.2)	289	x	0	x	134	x	x	0	0	5	0	x	0	0	120	0	36	x	x
Uthyrning och förvaltning av egna eller arrenderade fastigheter (SNI 68.2)	4	28	x	24	19	11	48	5	5	56	8	18	0	36	15	x	238	16	29
Dataprogrammering, datakonsultverksamhet o.d. (SNI 62.0)	7	24	x	7	42	11	62	4	x	50	6	8	x	22	22	4	208	14	15
Övriga	271	699	73	225	766	218	1 363	80	129	714	185	133	169	367	349	47	5 036	272	298
Ej sysselsatta[3]	587	631	87	594	564	168	2 407	135	176	8 110	108	220	58	758	290	67	10 903	462	3 074
Pensionerade	582	2 347	194	3 142	2 792	93	4 161	29	283	10 105	61	676	59	3 222	3 052	63	44 194	1 105	4 520
Personnummer saknas	251	68	8	287	72	9	496	30	16	6 101	3	412	6	155	121	2	3 556	31	647
Totalt	6 192	15 219	1 617	12 616	13 635	2 120	24 165	959	2 834	68 445	1 473	3 967	588	14 820	9 150	722	185 020	6 755	17 478

Källa: förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen.

(1) Från och 2006 är det möjligt att legitimera sig inom detta yrkesområde. Uppgifterna reflekterar inte det totala antalet verksamma inom yrket.
(2) Observera att de läkare, psykologer, sjuksköterskor, m.m. som är leg. psykoterapeuter räknas både i denna tabell och ytterligare en gång i Tabell 7 som psykoterapeut.
(3) Ej folkbokförda, ej inkomst, arbetslösa och övriga ej sysselsatta.

Om relaterad mått och data

Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal finns på följande webbsidor:

- https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/
- https://www.nationellavardkompetensradet.se/
- https://www.nationellavardkompetensradet.se/aktuellt/nyheter/nya-kunskapsunderlag-sysselsattningsstatistik-per-yrke/

Sammanfattande diskussion

Hur säker är vården?

Sammanfattningsvis pekar 24 av 35 indikatorer (där det finns data med en flerårig trend på nationell nivå för minst tre år) på en positiv utveckling. För 6 av 35 indikatorer är resultaten oförändrade, vilket i sig kan innebära att utvecklingen är negativ och för 5 av 35 indikatorer ses en mindre gynnsam utveckling. Den positiva utvecklingen eller förbättringstakten är av olika omfattning för indikatorerna. För merparten av indikatorerna finns redovisning av variationer av olika omfattning mellan regioner och mellan kommuner i länen. Hur mycket utfallet har förbättrats har inte värderats i det här sammanhanget utan är ett konstaterande att vissa utfall har förbättrats på nationell nivå över tid i mindre eller större omfattning. Redovisningen kan förhoppningsvis bidra till att underlätta för huvudmännen att identifiera utvecklingsområden och därmed också prioritera mellan olika insatsområden och åtgärder utifrån resultatredovisningarna.

En osäkerhet eller reservation i denna uppföljning är oklarheten av hur mycket covid-19 påverkat utfallen som redovisas från 2020. Pandemin har påverkat samhällets alla sektorer och inte minst hälso- och sjukvården.

Rapporten speglar en indikatorbaserad redovisning inom patientsäkerhetsområdet som framåt bör omfatta ännu fler verksamhetsperspektiv (se tabell 1), exempelvis prehospital vård, primärvård och hemsjukvård, tandvård och vård av barn. Vidare vårdperspektiv som exempelvis rehabilitering, diagnostik och omvårdnad. Resursperspektiv såsom arbetsmiljö, kompetensförsörjning och ledning och styrning är också exempel på perspektiv som inte kan redovisas. Detta för att det inte finns indikatorer, mått eller datakällor. Oberoende av verksamhetsområde saknas redovisning av patienters och närståendes erfarenheter av hur säker vården är.

En första baslinjemätning

En redovisning av hur säker vården är i Sverige ur perspektiven som beskrivs i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet behöver vidareutvecklas. De datakällor och indikatorer som nu finns är emellertid otillräckliga för att kunna ge en sådan bild i och med att det saknas möjligheter att spegla såväl vissa delar av vården som centrala arbetssätt och processer. Denna resultatredovisning ger därför inte den önskvärda, heltäckande sammanfattningen av hur säker vården är utan ger snarare ett balanserat urval av resultat utifrån befintliga indikatorer. Rapporten ger en bild av några aspekter som kan belysas i dagsläget samt rapporten är även ett underlag för att framåt kunna etablera en mer robust uppföljning.

Rapporten ska primärt ge ett stöd för att identifiera olika förbättringsområden i patientsäkerheten, men också ett stöd när det gäller möjligheterna att följa upp patientsäkerhetsarbetet. Inventeringen av nuvarande indikatorer och tillgängliga sätt att spegla patientsäkerheten indikerar vad som behöver mätas men som i dagsläget inte går att mäta och ökar möjligheten att hitta vägar för att öka och utveckla säkerheten. Den här rapporten visar några perspektiv för

vägen framåt och är ett stöd för att flytta fram positionerna i arbetet för ökad patientsäkerhet.

Rapporten riktar sig till huvudmännen, som är ansvariga för styrning och ledning av hälso- och sjukvården men förbättringsarbetet och analyserna behöver genomföras på olika organisatoriska nivåer i samverkan med professionen. När det gäller skillnader i utfall mellan regioner respektive kommuner kan orsaker och sammanhang bäst förstås och analyseras utifrån den egna organisationen.

Eftersom förbättringsarbete kan ta tid innan effekten kan återspeglas är det lämpligt att bygga en långsiktighet och kontinuitet i uppföljningen. Syftet med rapporten är att den ska utgöra en baslinjemätning, ett första steg och vara grund för att bygga upp en kontinuerlig systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Målet är att i samverkan med regionerna och kommunerna kunna följa den förflyttning som hälso- och sjukvården ska åstadkomma enligt den nationella handlingsplanens inriktning. Kopplingen till handlingsplanen innebär en perspektivförskjutning från den hittills vanligaste redovisningen av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är med *frånvaro av skada och närvaro av säkerhet*.

Behov av utveckling

Uppföljningen som redovisas här är en viktig del i arbetet med att peka på områden där en utveckling av patientsäkerhetsarbetet behövs och utvecklingen av en systematisk och kontinuerlig uppföljning. Utvecklingen framåt kan handla om att identifiera indikatorer och mått som speglar t.ex. framgångsfaktorer, och prediktiva indikatorer som mäter risk för vårdskador samt arbetssätt och metoder som stödjer medarbetarnas och organisationens förmåga att hantera variabilitet med goda anpassningar. Vidare behöver indikatorer, mått och mätmetoder utvecklas för att beskriva patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är. Indikatorer som än bättre ska kunna spegla förflyttningen i hälso- och sjukvårdens systematiska patientsäkerhetsarbete mot ett mer aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete förutsätter utveckling av nya mått och indikatorer i synnerhet inom fokusområde 4 och 5. Inom dessa fokusområden behövs indikatorer som kan visa hur riskmedvetenhet, beredskap, analys och lärande utvecklas. Den pågående omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden till en god och nära vård samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer också krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder för att följa upp patientsäkerheten. Utveckling av nya indikatorer för patientsäkerhetsarbetet måste styras efter var behovet av mätning och redovisning är stort och där utvecklingen enligt handlingsplanens inriktning behöver följas.

Utveckling i samverkan är en framgångsfaktor

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet i landet. Handlingsplanen för patientsäkerhet har utarbetats i samverkan med en rad myndigheter och organisationer samt den nationella organisationen för kunskapsstyrning. Inom ramen för uppdraget strävar Socialstyrel-

sen nu efter att, tillsammans med huvudmän och vårdgivare, utveckla redovisningen inom patientsäkerhetsområdet på ett sätt som främjar lärande och förbättringsarbete.
Genom att identifiera, beskriva och analysera områden och faktorer där det finns behov av utveckling och kunskapsstöd kan Socialstyrelsen bidra till denna utveckling. En förutsättning för en behovsbaserad och framgångsrik utveckling av uppföljningen av säker vård, med en strävan att verka för att vårdens administrativa börda inte ökar, är en bred samverkan och dialog mellan relevanta myndigheter, nationella aktörer och huvudmän. Socialstyrelsen har i samverkan med bland andra NSG patientsäkerhet påbörjat detta utvecklingsarbete med denna rapport, där identifierade utvecklingsområden beskrivs. En fortsättning i utvecklingsarbetet är bland annat fortsatt kartläggning av ytterligare källor för uppföljning av exempelvis Socialstyrelsens register och nationella kvalitetsregister. Det är viktigt att beakta pågående nationella och regionala satsningar och initiativ, så att det skapas synergier och inte dubbelarbete. Vidare att arbetet samordnas med den indikatorutveckling inom patientsäkerhetsområdet, som pågår inom OECD, EU och Världshälsoorganisationen (WHO). WHO lanserade våren 2021 Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, som bland annat omfattar indikatorer för uppföljning [117].

Ambitionen i en utvecklad nationell uppföljning är också att tydligare kunna återkoppla resultat och utfall inom patientsäkerhetsområdet till olika målgrupper och på olika organisatoriska nivåer. Tillgängliga faktaunderlag och resurser för analys kan möjliggöra situationsanpassning på kort och lång sikt.

Socialstyrelsen föreslår att en indikatorbaserad redovisning genomförs vart tredje år och har för avsikt att genomföra nästa uppföljning 2024. Målet för en sådan redovisning är att presentera en systematisk och kontinuerlig indikatorbaserad uppföljning i samverkan med regioner och kommuner som innehåller analys och bedömning av utvecklingen.

Referenser

1. Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet - Rapportering av regeringsuppdrag S2018/04111/FS (delvis)- dnr 24228/2018.
2. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet- Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20210615: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/.
3. Nationellt råd för patientsäkerhet. Socialstyrelsen. Hämtad 2021-06-17 från: https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationellt-rad-for-patientsakerhet/.
4. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Hämtad 20210809: https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper.657.html.
5. Öppna jämförelser 2016. Säker vård. En indikatorbaserad uppföljning. Socialstyrelsen.
6. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen; 2013.
7. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
8. Griffin FA, RR. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Institute for Healthcare Improvement; 2009.
9. Markörbaserad journalgranskning – skador i somatisk vård januari 2013–december 2019, nationell nivå. Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm; 2020.
10. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Socialstyrelsen; 2019. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf.
11. Skador inom psykiatrisk vård 2019 – Markörbaserad journalgranskning, SKR. Hämtad 20210522: https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/skador-inom-psykiatrisk-vard-2019.html.
12. Handbok (del 1 och 2): Markörbaserad journalgranskning i psykiatri - för att identifiera och mäta skador i vården. Hämtad 20210531: https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/markorbaserad-journalgranskning-i-psykiatri-for-att-identifiera-och-mata-skador-i-varden.html ; https://webbutik.skr.se/internt/artiklar/7585-229-4/Markorer_Markorbaserad_journalgranskning_i_psykiatri.pdf?issuusl=ignore.
13. Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
14. EXPRESS group. ”One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden”, JAMA, vol. 21, nr 301, pp. 2225 - 33, 2009.
15. Mikael Norman, M., Hallberg, B., Abrahamsson, T.et al: Association between year of birth and one-year survival among extremely preterm

infants in Sweden, 2004 - 2007 and 2014 - 2016. JAMA. 2019;321(12): p p.1188 - 1199.
16. Ozminkowski RJ, Wortman PM, Roloff DW. Inborn/outborn status and neonatal survival: a meta-analysis of non-randomised studies. Stat Med. 1988; 7(12):1207 - 21.
17. Hotande förtidsbörd/prematurbörd/för tidig födsel. Internmedicin.se hämtad 20210519: https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/gynekologi-obstetrik/prematura-sammandragningar/.
18. Neonatalvården i fokus. Trygg hela vägen - före, under och efter graviditet. webbrapport. Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
19. Årsrapport. SNQ - Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister. 2019.
20. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen, 2013.
21. Markörbaserad journalgranskning – Markörer för journalgranskning i barnsjukvården – För att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.
22. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018–2019. Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
23. Altman M., Sandström A., Petersson G., Frisell T., Cnattingius S. & Stephansson O. Prolonged second stage of labor is associated with low Apgar score. Eur J Epidemiol. 2015 May 26.15:00 2015-10-22.
24. Moster, D., Lie, RT., Irgens, LM., Bjerkedal, T. & Markestad, T. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: A population-based study in term infants. J Pediatr2001;138:798-803. doi:10.1067/mpd.2001.114694pmid:11391319.
25. Sun, Y., Vestergaard, M., Pedersen, CB., Christensen, J., Olsen, J. Apgar scores and long-term risk of epilepsy. Epidemiology 2006;17:296-301. doi:doi:10.1097/01.ede.0000208478.47401.b6pmid:16570027.
26. Lie; KK., Grøholt, EK., Eskild, A. Association of cerebral palsy with Apgar score in low and normal birthweight infants: population based cohort study. BMJ 2010;341:c4990. doi:doi:10.1136/bmj.c4990pmid:20929920.
27. Thorngren-Jerneck, K., Herbst, A. Perinatal factors associated with cerebral palsy in children born in Sweden. Obstet Gynecol 2006;108:1499-505. doi:doi:10.1097/01.AOG.0000247174.27979.6bpmid:17138786.
28. Persson, M., Razaz, N., Tedroff,K., Joseph, K.S. & Cnattingius, S. Five and 10 minute Apgar scores and risks of cerebral palsy and epilepsy: population based cohort study in Sweden. BMJ, online 8 februari 2018, doi: 10.1136/bmj.k207.
29. AM Friedman AM. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. Obstetrics and gynecology, 2015, Vol. 125(4), p927.
30. Berggren V., Gottvall K., Isman E., Bergström S. & Ekéus C. Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at deliv-ery: a popula-tion-based Swedish register study of 250 000 births. Ac-ta Obstet Gynecol Scand. 2013 Jan; 92(1): 101-8. doi: 10.1111/aogs.12010. Epub 2012 Nov 1.

31. Villot A., Deffieux X., Demoulin G., Rivain A.L., Trichot C. & Thu-bert T. Management of third and fourth degree perineal tears: A sys-tematic review. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Jul 1. pii: S0368-2315(15)00152-0. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.005.
32. Förlossningsbristningar. Diagnostik samt erfarenheter av bemötande och information. SBU Utvärderar. rapport nr 323:2021. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2021.
33. Bäckenbottenutbildning.se. Hämtad 20210519: https://www.backenbottenutbildning.se.
34. Uppdrag till Socialstyrelsen att utarbeta nationella riktlinjer för förlossningsvården. Hämtad 20210809: https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2021/06/uppdrag-till-socialstyrelsen-att-utarbeta-nationella-riktlinjer-for-forlossningsvarden/.
35. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018. Faktablad. Socialstyrelsen; 2020. (finns även tillgänglig via: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-2-6622.pdf).
36. Öppna jämförelser 2015. Jämlik vård. Kvinnors hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
37. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2018. Socialstyrelsen; 2019.
38. Komplikationer efter förlossning. Socialstyrelsen; 2018.
39. Sveriges Kommuner och Regioner. Förlossningsvård, kvinnors hälsa. Hämtad 21-06-01 från: https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/forlossningsvardkvinnorshalsa.10832.html.
40. Säker Förlossningsvård. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Hämtad 21-05-31 från: https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard.
41. Kejsarsnitt i Sverige 2008−2017. Kriterier som styr beslut om förloss-ningssätt, samt kartläggning av komplikationer. Socialstyrelsen; 2019.
42. Andolf E., Bottinga R., Larsson C. & Lilja H. red. Kejsarsnitt, ARG-rapport 65 Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 2010.
43. Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan. Rapport 2011:09 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer. Socialstyrelsen i samarbete med Svenska Läkaresällskapet och Sveriges kommu-ner och regioner; 2011.
44. Akut kejsarsnitt hämtad 20210519: https://obstecare.com/sv/den-storsta-resan/att-foda/utdraget-forlossningsarbete/akut-kejsarsnitt/.
45. Socialstyrelsen. Komplikationer efter förlossning. Rapport 2018-05-20.
46. Socialstyrelsen. (2017). Brister i vården efter förlossning.
47. Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S-E. & Hylander, I. (2014). Sup-port andcontinuity during the first 2 weeks postpartum. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29, 409-417. Doi:10.1111/scs.12144.
48. Socialstyrelsen. (2017). Vård efter förlossning - en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossningen. Hämtad 2018-05-23. Från-https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20592/2017-4-13.pdf.

49. Wiklund, I., Nordström, L., Nordlander; E., Kilssbeck, M., Holmgren Lie, A., Norman, M. & Åkrants, E. (2005). Regionalt vårdprogram. Normal graviditet, förlossning och eftervård. Stockholms läns landsting.
50. Ellberg L., Lundman, B., Persson, M.E.K. & Högberg, U. (2005). Comparison of health care utilization of postnatal programs i Sweden. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonalat Nursing (34) pp 55-62.
51. Waldenström, U. (2007). Föda barn – från naturligt till högteknologiskt. Karolinska institutet university press: Kristianstads boktryckeri AB.
52. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
53. Svenska Höftprotesregistret. Årsrapport 2019. För verksamhetsåret 2019.
54. Nationella riktlinjer för vuxentandvård, Socialstyrelsen. Hämtad 20210526: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/tandvard/.
55. NAG patientsäkerhet i tandvården. Hämtad 20210809: https://kunskapsstyrningvard.se/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomradennpo/npotandvard/nagpatientsakerhetitandvarden.1945.html.
56. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Socialstyrelsen. 2021.
57. Svenska intensivvårdsregistret. Årsrapport 2019.
58. Vårdhandboken. Hämtad 2021-04-19 från: https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/trycksar/.
59. Klassifikation av trycksår, se https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa3956e/1615553303359/SKL_Trycks%C3%A5r_faktablad_A4.pdf.
60. Mätning av trycksår: Sveriges Kommuner och Regioner: Hämtad 2021-04-19 från: https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar.5208.html.
61. Instruktioner till PPM. Senior alert. Hämtad 2021-04-19 från: https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=24126&nodeId=43943.
62. Mätning av trycksår i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2020-11-03 från: https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningtrycksar/resultatmatningtrycksar.2125.html
63. Senior alert. Punktprevalensmätningar (PPM) och resultat. PPM 2020. Hämtad 2020-12-20 från: https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943.
64. Termbanken. Socialstyrelsen. Hämtad 2021-05-17 från: http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=v%C3%A5rdrelaterad+infektion&fSubject=0.0.0.
65. Vårdrelaterade infektioner. En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013-2018. Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
66. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
67. Vårdrelaterade infektioner. Framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Regioner; 2014.
68. Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner. Sveriges Kommu-ner och Regioner: Hämtad 2021-05-17 från: https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa39724/1615554761837/Beskrivning%20av%20PPM-VRI.pdf.

69. Folkhälsomyndigheten. Svenska HALT- resultat. Hämtad 2021-06-07 från: https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-vardrelaterade-infektioner/svenska-halt/.
70. Kunskapsguiden. Fallolyckor. Hämtad 21-05-26 från: https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/fallolyckor/
71. Öppna jämförelser 2021 - Kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen
72. Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2020. Socialstyrelsen.
73. Samlat stöd för patientsäkerhet. Förebygga fallskador. Socialstyrelsen. Hämtad: 20210617: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/.
74. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.
75. Öppna jämförelser 2020 – Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen. 2021.
76. Vårdrelaterade infektioner. Kostnader och konsekvenser. Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
77. Instruktioner PPM-BHK. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2021-05-19 från: https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa399c5/1615555855011/skl-ppm-bhk-2021_Instruktioner_vt_2021.pdf.
78. Mätning av följsamhet till hygienrutiner och klädregler. 2021. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2021-05-12 från: https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner/resultatmatningbhk.2277.html.
79. Utbildningar om att hindra smittspridning av coronavirus, Socialstyrelsen. Hämtad 20210903: https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/utbildning-och-material-covid-19/
80. AmbuReg, Målnivå. Hämtad från Vården i siffror 20210518: https://vardenisiffror.se/indikator/cc1fb407-574a-41b2-a0ed-4d04e6405722?datefrom=2016-01-01&dateto=2019-12-31&periodtype=year&relatedmeasuresbyentry=kallsystem&relatedmeasuresbyid=5afa267b-7323-426c-bb0e-aa17544b3744&units=25&units=24&units=23&units=22&units=21&units=20&units=19&units=18&units=17&units=14&units=13&units=12&units=10&units=09&units=08&units=07&units=06&units=05&units=04&units=03&units=01&units=se.
81. AMBUREG – AMBULANSREGISTRET hämtad 20210518: https://rcsyd.se/anslutna-register/ambureg-svenska-ambulansregistret.
82. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019 – Vård vid depression och ångestsyndrom – Underlagsrapport Socialstyrelsen; 2019.
83. Nationella riktlinjer för lungcancervård, Socialstyrelsen. 2011. Hämtad 20210530: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/lungcancer/.
84. Multidisciplinär konferens, RCC. Hämtad 20210529: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/lungcancer/vardprogram/multidisciplinar-konferens/.
85. SPOR. Årsrapport 2019. Hämtad 21-05-21 från: https://spor.se/wp-content/uploads/2020/09/%C3%85rsrapport-SPOR-2019_v2.0.pdf.
86. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Checklista för säker kirurgi 2.0. Hämtad 21-05-31 från: https://lof.se/patientsakerhet/vara-

projekt/checklista-for-saker-kirurgi Läkartidningen. Nu kommer den nya svenska versionen – checklistan 2.0. Lakartidningen.se 2018-06-20 sid 25-26.
87. Utvärdering av vård vid stroke. Nationella riktlinjer – Utvärdering. Huvudrapport med förbättringsområden. Socialstyrelsen; 2018.
88. Nationella riktlinjer. Vård vid stroke. Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2018.
89. Svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens 2020–2023. Socialdepartementet, 2020. Artikelnr: S2020.001.
90. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2014.
91. Socialstyrelsen. Minskad antibiotikaanvändning under covid-19-pandemin har inte lett till fler allvarliga infektioner. 2020. Hämtad 2021-05-21 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7119.pdf.
92. Antibiotikaförskrivning inom tandvården. Statistikrapport baserad på uppgifter från läkemedels- och tandhälsoregistret 2009–2017. 2019. Socialstyrelsen Hämtad 2021 01 07 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-4-14.pdf.
93. Nationell patientenkät, SKR. Hämtad från: Hämtad 20210515: https://patientenkat.se/nationellpatientenkat/omnationellpatientenkat/modellforpatientupplevelser/dimensioner.44360.html
94. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen. 2012.
95. I väntan på vårdplats. Om patientsäkerhet på akutmottagningar. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård. Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
96. Ingen på sjukhus i onödan. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
97. Svenska intensivvårdsregistret. Årsrapport 2020. Hämtad 2021-05-21 från: https://www.icuregswe.org/data--resultat/arsrapporter/.
98. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
99. Rikshöft, Årsrapport 2020.
100. Socialdepartementet. Överenskommelse om insatser inom psykisk hälsa området 2018. 2018.
101. Vårdprioritering. SOS Alarm. Hämtad 20210516; https://www.sosalarm.se/Kund/tjanstekatalog2/vardprioritering/.
102. Ambulance Quality Indicators: Systems Indicators. National Health Service. 2021. Hämtad 20210516 från; https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/.
103. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjuk-vård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2020.
104. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring.
105. Tillsyn av medicinsk vård och behandling. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 210504 från: https://ivo.se/tillsyn/tillsyn-aldreomsorgen-covid-pandemin/tillsyn-av-medicinsk-vard-och-behandling/.
106. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen. 2017.

107. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
108. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen. 2018.
109. Öppna jämförelser 2020 – placerade barns utbildning och hälsa, Socialstyrelsen. 2021.
110. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen. 2014.
111. Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen. 2019.
112. Om ansvarsfördelning vad samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa Ett vägledande stöd till kommuner och landsting, Socialstyrelsen. 2019.
113. Kartläggning av interventioner med syfte att tillgodose placerade barns och ungas rätt till utbildning och hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen. 2013.
114. Socialtjänstlagen (2001:453) 6 kap. 1 och 7 §§
115. Omsorg, gränssättning och våldsförebyggande arbete. Kunskapsstöd för personal på HVB för barn och unga, Socialstyrelsen. 2019.
116. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Hämtad 20210618: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
117. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. WHO. Hämtad 21-06-15 från: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan.

Bilaga 1 – Förkortningar

- AmbuReg: Kvalitetsregistret för svensk ambulanssjukvård
- BHK: Basala hygienrutiner och klädregler
- BUP: Barn- och ungdomspsykiatri
- HALT: Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities
- IVA: Intensivvårdsavdelning
- LSS: Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade
- Löf: Landstingens ömsesidiga försäkringbolag
- MAR: Medicinskt ansvarig för rehabilitering
- MAS: Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- MDK: Multidisciplinär konferens
- MFR: Medicinska födelseregistret
- MJG: Markörbaserad journalgranskning
- NAG: Nationell arbetsgrupp
- NPO: Nationella programområden
- NSG: Nationell samverkansgrupp
- OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development
- PAR: Patientregistret
- PPM: Punktprevalensmätning
- PREM: Patient Reported Experience Measures, mäter patientrapporterade erfarenheter
- PROM: Patient Reported Outcome Measures), mäter utfall före och efter intervention och är utformade som resultatmått
- SAS: Socialt ansvarig samordnare
- SKR: Sveriges Kommuner och Regioner
- SNQ: Kvalitetsregistret för neonatologi
- SPOR: Svensk Perioperativt Register
- STRAMA: Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens
- SÄBO: Särskilt boende
- VRI: Vårdrelaterad infektion

Bilaga 2 – PM med styrande principer

Indikatorbaserad uppföljning med koppling till nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet– Agera för säker vård

Underlag till urval av indikatorer för indikatorbaserad uppföljning; baslinjemätning och utveckling av nya indikatorer inom patientsäkerhetsområdet.

Socialstyrelsen 21-06-11
Carina Skoglund- KHS/PS
Marianne Aggestam- A/HT3
Urban Nylén- KHS/PS

Dnr: 5.7-14722/2021

Bakgrund

Uppdraget är en åtgärd i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet- *Agera för säker vård.* Uppdraget är att ta fram förslag till ett urval av indikatorer som kan ingå i en framtida systematisk nationell indikatorbaserad uppföljning av patientsäkerhetsområdet samt att bedöma och identifiera områden inom vilka det finns behov för indikatorutveckling. Den indikatorbaserade uppföljningen ska spegla handlingsplanens fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden samt förflyttningen i hälso- och sjukvården mot ett mer aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Uppföljningen ska svara på frågan – *Hur säker är vården?* Den nationella handlingsplanen har utformats med målet att den ska bidra till ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen ska ge ökad kunskap och vägledning och har en struktur där prioriterade områden kopplas till mål, åtgärder och uppföljning. Visionen är: *God och säker vård – överallt och alltid* och det övergripande målet är att: *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*.

Den indikatorbaserade uppföljningen riktar sig till huvudmännen, som är ansvariga för styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Den övergripande mätningen kan indikera områden som behöver fördjupad analys på lokal nivå. Därmed riktar sig uppföljningen också till vårdgivare, verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga.

Arbetsprocessen är att först kartlägga befintliga indikatorer som kan tänkas ingå i indikatorbaserad uppföljning av patientsäkerhetsområdet, därefter ta fram styrande principer för kategorisering av indikatorer för att i nästa steg bedöma och identifiera områden inom vilka det finns behov för indikatorutveckling.

Kartläggningen innehåller indikatorer som sedan tidigare redovisas med befintliga data i olika uppföljningar. Kartläggningen omfattar även mått och mätningar som används idag, för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet, men där det inte finns fastställda indikatorer. Ett urval av dessa kan vara aktuella för indikatorutveckling.

I likhet med att handlingsplanen togs fram i bred samverkan kommer även den indikatorbaserade uppföljningen och identifiering av utvecklingsområden att utformas i dialog och samverkan med relevanta aktörer.

Strukturering av uppföljningsområden och urval av indikatorer

I promemorian presenteras hur strukturering av uppföljningsområden och urval av indikatorer kopplas till den nationella handlingsplanen.

Kartläggningen av befintliga indikatorer utgår från handlingsplanens fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden. Indikatorerna inordnas och kopplas till ett fokusområde. De fyra grundförutsättningarna identifieras för respektive indikator och fokusområde.

Grundläggande förutsättningar

- Engagerad och tydlig ledning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Prioriterade fokusområden

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Figur 1illustrerar den indikatorbaserade uppföljningen som speglar de fem fokusområdena och de fyra grundförutsättningarna, som kan finnas inom alla fokusområden. Detta är grunden för ett balanserat urval av indikatorer i uppföljningen av patientsäkerhet och följer också handlingsplanens struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Figur 1. Ramverk för urval och kategorisering av indikatorer

Utöver att urvalet av indikatorer styrs av handlingsplanens grundläggande förutsättningar och prioriterade fokusområden så behöver flera olika perspektiv beaktas för att balansera den indikatorbaserade uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet, se tabell 1.

Tabell 1. Exempel på perspektiv för en balanserad indikatorbaserad uppföljning av patientsäkerhetsområdet.

Verksamhetsperspektiv	Vårdperspektiv	Patientperspektiv	Resursperspektiv
Utöver områden som hittills följts upp lyfts i handlingsplanen också följande verksamheter som angelägna att följa upp: • Barnsjukvård • Kommunal hälso- och sjukvård • Primärvård • Psykiatrisk vård • Tandvård Ytterligare verksamheter som behöver beaktas: • Akutsjukvård • Hemsjukvård • Palliativ vård • Prehospital vård • Rehabilitering • Vissa delar av somatisk öppen och sluten vård • Vård och omsorg om äldre.	• Behandling • Diagnostik • Digitalisering och teknisk utveckling • Omvårdnad • Sjukdomsförebyggande insatser • Strukturer för samverkan och informationsöverföring.	• God vård: jämlik, effektiv, säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och individanpassad. • Patientrapporterade mått; PROM (Patient Reported Outcome Measures) och PREM (Patient Reported Experience Measures). • Personcentrering och patientdelaktighet. • Sammanhållen vård • Sjukdomsperspektiv: - inte bli sjuk - bli bättre - leva med sjukdom och funktionsnedsättning - vård i livets slutskede. • Åldersgrupper: - barn (0–17 år) - vuxna (18–67 år) - äldre (68 år och äldre).	• Arbetsmiljö och kompetensförsörjning • Dygn-, vecko- och årsvariation. • Effekter av strukturförändringar, t ex. omställningen till nära vård, prioriteringar, nya nationella direktiv och överenskommelser. • Ledning och styrning. • Tillgång till exempelvis läkemedel, bemanning, kompetens m.m.

Handlingsplanen framhåller att indikatorer och mått som används för uppföljningen behöver spegla:

- påverkbara omständigheter som inverkar på processer och som kan förändras för att göra vården säkrare, till exempel bemanning, kompetens och vårdplatser
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken omfattning det sker utveckling av riskmedvetenhet, analys, lärande och proaktivt arbete för säkerhet
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.

Tillsammans utgör detta grunden för urvalet av indikatorer i en baslinjemätning samt underlättar bedömningen för att identifiera uppföljningsområden där det finns ett behov av att utveckla nya indikatorer och mått.

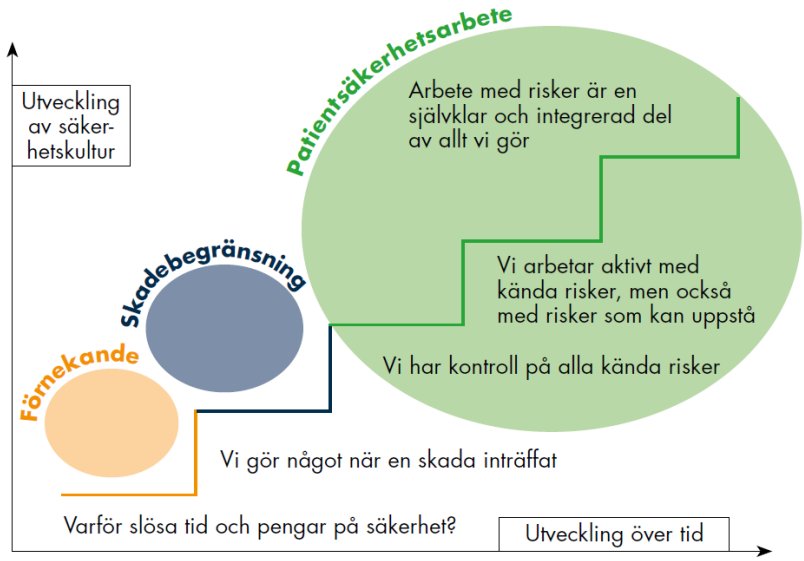
Beskrivning av styrande principer

För att välja och prioritera vilka indikatorer som bör ingå i indikatorbaserad uppföljning av säker vård formuleras här styrande principer på en övergripande nivå.

Huvudfrågeställningar

Uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver utvecklas så att den återspeglar den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med åtgärderna i handlingsplanen med en riktning från det reaktiva till ett mer proaktivt förhållningssätt. Uppföljningen ska bidra till att förflytta synen på och arbetet med patientsäkerhet uppåt i modellen i figur 2. Uppföljningen ska spegla arbetet med att uppnå frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

Figur 2. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg.



Källa: Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

Den indikatorbaserade uppföljningen bör därför ta sin utgångspunkt från tre huvudfrågeställningar kopplade till ett tidsperspektiv.

- Har vården varit säker?
- Är vården säker här och nu?
- Ökar riskmedvetenhet, förebyggande arbete och beredskap?

Nedan tydliggörs kopplingen mellan de tre huvudfrågorna, de fem prioriterade fokusområdena, styrande principer samt utvecklingsbehov av nya indikatorer.

Har vården varit säker?

Fokusområde 1

Här ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning patienter har drabbats av oönskade händelser, vårdskador och skador, av vilken typ dessa är och vilka konsekvenser de haft för patienterna. Här ingår också patienters, närståendes och involverade medarbetares upplevelse och erfarenheter av vårdskador och skador.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta vårdskador avser mätning av skador som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits.[4]
- Att mäta skada avser mätning av något som varit negativt eller medfört en negativ effekt för patienten men där bedömning inte gjorts om det var undvikbart. Ibland kan det inte fastställas om vården hade kunnat påverka utfallet. Det innefattar även det som benämns komplikationer och oönskade händelser (med ett engelskt uttryck adverse events).
- Att mäta patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av komplikationer, oönskade händelser och skador samt hur klagomål och synpunkter dokumenteras och tillvaratas.
- Att mäta personalen uppfattning och erfarenhet av konsekvenser och stöd i samband med oönskade händelser och inträffade vårdskador.

Utvecklingsområden

- Utveckla metoder och datakvalitet för att identifiera och mäta vårdskador och skador inom alla typer av vårdverksamhet och diagnosområden liksom inom diagnostik, omvårdnad och rehabilitering.
- Utveckla uppföljningen av patienters och närståendes upplevelse, som kan vara klagomål och synpunkter, och av insatser för stöd och återkoppling i samband med att vårdskador och skador inträffat.
- Utveckla uppföljningen av personalens upplevelse av, och insatser för stöd i samband med oönskade händelser och vårdskador.

Är vården säker här och nu?

Fokusområde 2

Här ingår indikatorer som mäter i vilken utsträckning ett etablerat ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns och tillämpas för en sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer oavsett var vården sker. Här ingår att mäta i vilken utsträckning rekommenderade rutiner och processer tillämpas i vården.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta i vilken utsträckning rekommenderade processer tillämpas för att vården ska vara kunskapsbaserad och säker, dvs. att vård ges på rätt sätt. Här ingår kunskapsbaserade riktlinjer och nationella vårdprogram avseende personcentrering, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering eller andra överenskomna åtgärder för exempelvis kontinuitet och sammanhållen vård.
  Att mäta patienters och närståendes uppfattning av hur vårdens processer fungerar exempelvis samordning mellan vårdutförare, upplevelse av behandlingseffekt samt hur patienter och närstående involveras i planering och utformning av olika vårdprocesser.

[4] För definition av vårdskada se 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen [PSL, 2010:659], PSL.

Utvecklingsområden

- Utveckla uppföljning av i vilken utsträckning riktlinjer och rekommendationer för tillförlitliga och säkra strukturer och processer tillämpas.
- Utveckla indikatorer som mäter samordning och prioritering av hur olika kunskapsunderlag implementeras respektive avvecklas i vården.
- Utveckla uppföljningen av olika aspekter på processer inom exempelvis diagnostik, digitaliserad vård, egenvård, informationssäkerhet, kommunikation, kontinuitet, läkemedelshantering, medicinteknik, samordning och samverkan, strålsäkerhet, transportsäkerhet och ändamålsenliga vårdmiljöer.
- Utveckla uppföljning av patienters och närståendes återkoppling om behandlingseffekter, upplevelse och erfarenheter av tillgänglig och sammanhållen vård, samt hur patienter och närstående involveras i planering och utformning av olika processer.

Fokusområde 3

Här ingår indikatorer som mäter organisationens förmåga att förutse variationer och hantera risker och inträffade störningar som kan försämra patientsäkerheten i den *pågående* verksamheten. Det handlar till exempel om att spegla organisationens förmåga till att göra situationsanpassningar vid händelser som ger förändrade förutsättningar.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta hur organisationen kontinuerligt arbetar med att skapa en säker vård, dvs. har en säkerhetskultur som innebär att risker identifieras och hanteras på ett tidigt stadium.
- Att mäta att chefer och medarbetare dels har förutsättningar och förmåga att identifiera risker i vård- och arbetsmiljön och dels att de flexibelt kan anpassa verksamheten så att säkerheten och en god arbetsmiljö kan upprätthållas vid variationer och oväntade störningar.
- Att mäta hur ledning och styrning säkerställer en ändamålsenlig och säker bemanning samt hur adekvat kompetens upprätthålls–patientsäkerhetskunskap och yrkeskunskap– hos ledning och hos medarbetare.
- Att mäta om adekvat vård ges enligt rekommenderade processer och arbetssätt, dvs. att patienten får adekvata åtgärder i rätt tid.
- Att mäta patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av säkerheten i vården samt hur de är delaktiga i vård och behandling.

Utvecklingsområden

- Utveckla uppföljningen av säkerhetskulturen på olika organisatoriska nivåer.
- Utveckla uppföljning av förekomst av oönskad variation och arbete med att minska förekomsten.
- Utveckla uppföljningen av chefer och medarbetares förutsättningar och förmåga till organisatorisk flexibilitet och anpassning vid belastning.

- Utveckla uppföljningen avseende bemanning som utgår från kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens samt hur adekvat kompetens upprätthålls.
- Utveckla uppföljningen kring riskmedvetenhet och förekomst av metoder för att förutse olika typer av påfrestningar och störningar samt metoder för reflektion om risker i dels den pågående verksamheten och dels i arbetsmiljön.
  Utveckla uppföljningen av patienters och närståendes uppfattning och erfarenheter av säkerheten i vården samt hur de görs delaktiga i vård och behandling.

Ökar riskmedvetenhet och beredskap?

Fokusområde 4

Här ingår indikatorer som avser att mäta faktorer som bidrar och stimulerar kunskapsutveckling genom datainsamling, analys, återkoppling och lärande och därmed öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador, hur vårdens kvalitet och patientsäkerhet kan utvecklas och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta förekomst och tillämpning av strukturer och processer för datainsamling, identifiering och analys av systemfaktorer, åtgärder och uppföljning av åtgärdernas effekt på olika organisatoriska nivåer.
- Att mäta förekomst av strukturer och processer som ger återkoppling och lärande för ledning och medarbetare.
- Att mäta strukturer och processer för hur erfarenheter från såväl positiva som negativa händelser tillvaratas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt hur organisationen säkerställer och upprätthåller kompetens inom förbättringskunskap.
- Att mäta strukturer och processer för samverkan gällande analys av data inom patientsäkerhetsområdet, lärande och återkoppling.
- Att mäta hur patienter och närstående involveras i uppföljning, analys och lärande.

Utvecklingsområden

- Utveckla uppföljningen av förekomst och tillämpning av strukturer och processer för datainsamling, identifiering och analys av systemfaktorer, åtgärder, uppföljning och återkoppling och lärande för ledning och medarbetare på olika organisatoriska nivåer.
- Utveckla uppföljningen av hur kompetens och resurser används och utvecklas för att identifiera, analysera och lära av bakomliggande orsaker till såväl positiva som negativa händelser.
- Utveckla uppföljningen av förekomst av strukturer och processer för analys av data inom patientsäkerhetsområdet i samverkan med olika aktörer.
- Utveckla uppföljningen av hur patienter och närstående involveras i uppföljning, analys och lärande.

Fokusområde 5

Här ingår indikatorer som mäter hur *långsiktiga* risker identifieras, analyseras och bidrar till beredskap att hantera olika typer av framtida risker och proaktiv utveckling av organisationens strukturer och processer för en anpassningsbar, resilient och robust verksamhet och säker vård.

Principer för urval av indikatorer

- Att mäta i vilken omfattning det finns strukturer och processer för att identifiera faktorer som behöver stärkas inför kommande långsiktigt förändrade förhållanden. Det kan exempelvis vara i arbetsmiljön, kompetensförsörjningen, leverans och lagerhållning av läkemedel och utrustning och övergripande strategiska förändringar.
- Att mäta i vilken omfattning det finns strukturer och processer för riskbedömningar och beredskap exempelvis stabsläge, förstärkningsläge och återgång till normalläge.
- Att mäta och visualisera hur resurser som stärker säker vård fördelas. Det kan exempelvis handla om bemanning och kompetens, utrustning och läkemedel eller annat som stärker förutsättningar för säker vård.
- Att mäta förekomst av strukturer och processer för klinisk simulering, metod- och färdighetsträning samt katastrof- och beredskapsövningar som ökar tillämpning av säkra arbetssätt, exempelvis teamträning, kommunikation och bemötande, och skapar beredskap för ovanliga, akuta eller oväntade händelser.
- Att mäta hur patienter och närstående är delaktiga i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Utvecklingsområden

- Utveckla uppföljning av olika verksamheters förutsättningar att identifiera och analysera risker och skapa beredskap och beakta patientsäkerhet i planering och prioriteringsbeslut.
- Utveckla uppföljning av strukturer, processer och resursfördelning för riskbedömningar och beredskap för förändrade förhållanden inom:
  - arbetsmiljö och kompetensförsörjning
  - bemanning: återkommande dygns-, vecko- och årsvariationer
  - it- och informationssäkerhet
  - kommunikation, informationsöverföring och samverkan
  - leverans och lagerhållning av läkemedel och medicinteknisk utrustning
  - smittspridning
  - tillgänglighet.
- Utveckla uppföljning av strukturer och processer för klinisk simulering, metod- och färdighetsträning och kompetensutveckling gällande exempelvis särskilda riskmoment, teamträning samt katastrof och beredskapsövningar.
- Utveckla uppföljning av patienters och närståendes delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Kartläggning av indikatorer

Kartläggningen har omfattat indikatorer som ingår inom befintlig indikatorproduktion 2019 till och med våren 2021. Indikatorerna redovisas och benämns vanligen som indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvården. Det finns flera versioner av indikatorerna och ibland olika datakällor med liknande indikatorer. I samband med urvalet av indikatorer fastställdes vilken version som skulle användas. Drygt 300 indikatorer har kartlagts, granskats och bedömts. Bedömningen innebar att identifiera de indikatorer som tydligast bidrar till att ge en bild av patientsäkerhetsområdet baserat på innehållet i den nationella handlingsplanen. Exempel på indikatorer som kartlagts ingår vanligen i följande typ av rapportering:

- Öppna jämförelser.
- Utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer.
- Socialstyrelsens regeringsuppdrag, exempelvis Uppföljning av omställningen till en mer nära vård.
- Socialstyrelsens årliga lägesrapporter.
- Vården i siffror.

Indikatorer inom de nationella kvalitetsregistren har inte kartlagts mer än att de som redovisas med data i *Vården i siffror* ingår. Källor som ingår i kartläggningen framgår av referenslistan.

Baslinjemätning

Ett urval av kartlagda indikatorer redovisas i en baslinjemätning (rapport). Baslinjemätningen kommer att omfatta cirka 60 indikatorer som redovisas utifrån ramverket (figur 1) baserat på den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I bilaga presenteras därtill indikatorer som kan ingå i en indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet men för dessa redovisas inga data. I en indikatorbilaga redovisas indikatorerna med fullständiga beskrivningar och operationalisering samt grupperingar.

Omfattningen i respektive fokusområde varierar och beror på avsaknad av indikatorer och data som kan återge utfall. Detta återspeglar ett behov av att utveckla nya indikatorer och datakällor inom patientsäkerhetsområdet kopplat till den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med den nationella i handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Referenslista

Underlag för kartläggning av indikatorer

- Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården, 2019. Socialstyrelsen.
- Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Öppna jämförelser. Socialstyrelsen. 2020.
- Hälso- och sjukvårdsrapporten 2020. Övergripande rapport. Öppna jämförelser. Vården i siffror. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad från: https://skr.se/skr/tjanster/oppnajamforelser/halsoochsjukvard.1563.html
- Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen. 2017.

- Kommunal hälso- och sjukvård. Öppna jämförelser 2020. Enhetsundersökning. Socialstyrelsen.
- Kvalitetsindikatorkatalog: https://www.kvalitetsindikatorkatalog.se/#/measures
- Nationell patientenkät. Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad från: https://patientenkat.se/
- Nationella riktlinjer. Utvärdering av följsamheten. Socialstyrelsen. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/om-utvardering/
- Patientsäkerhet, 2020. Områdesrapport. Vården i siffror. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Primärvårdskvalitet. Hämtad från: http://primarvardskvalitet.skl.se/
- Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Öppna jämförelser 2020. Socialstyrelsen.
- Standardiserade vårdförlopp inom cancervård. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen.
- Säker vård, En indikatorbaserad uppföljning. Öppna jämförelser 2016. Socialstyrelsen.
- Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Del 2. Socialstyrelsen: 2020.
- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020? Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/
- Vården i siffror. Indikatorer med olika datakällor. www.vardenisiffror.se
- Öppna jämförelser äldreomsorg 2020. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/

Övrigt

- Analysverktyg patientsäkerhet för kommuner. Sveriges Kommuner och Regioner: 2020. Hämtad från: https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematisktpatientsakerhetsarbete/analysverktygkommunerna.33406.html
- Analysverktyg patientsäkerhet för regioner. Sveriges Kommuner och Regioner: 2020. Hämtad från: https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematisktpatientsakerhetsarbete/analysverktygregionerna.35414.html
- Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen. 2019.
- Charles Vincent, René Amalberti, 2016, Safer Healthcare. Strategies for the Real World.
- Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. Socialstyrelsen: 2020.
- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020.

Bilaga 3 – Metodbeskrivning

En indikatorbaserad uppföljning eller det som vanligen kallas i olika uppföljningssammanhang öppna jämförelser bygger på redovisningar om variationer i olika utfall mellan huvudmännen som bedriver olika typer av verksamheter. Ambitionen är att dataunderlaget som redovisas ska ha en god kvalitet, vara aktuella samt både rikstäckande och om möjligt redovisningar på regional och lokal nivå. Genom en kontinuerlig användning förbättras dataunderlaget. Nedan beskrivs några viktiga steg i det arbetssätt som används inom öppna jämförelser och indikatorbaserade uppföljningar.

Resultatredovisning och tolkning

En indikatorbaserad jämförelse innebär huvudsakligen att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator. Ett antal olika redovisningsnivåer förekommer ofta som har relevans för området som följs upp. I den här rapporten används länsnamn genomgående i figurerna eftersom data till övervägande del redovisas utifrån patienternas hemlän.
En indikatorbaserad jämförelse är deskriptiv och variationerna som ses kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet för egna analyser och nedbrytning på en mer detaljerad nivå hos den enskilde huvudmannen. Texterna innehåller i allmänhet inte någon analys av orsakerna till de skillnader som uppvisas. Det är verksamhetens företrädare som bäst kan tolka och värdera sina egna utfall i nästa steg. Rapporten har för avsikt att utgöra ett underlag i förbättringsarbetet och analysen inom regionerna och kommunerna.

Utfallen i figurerna sorteras efter önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering högt i upp i figurerna är ett bättre utfall än en lägre placering. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna ska ha möjlighet att påverka utfallet för de enskilda indikatorerna. Det finns många faktorer att ta hänsyn till och variationerna beror inte sällan på skillnader i lokala och regionala förutsättningar, t.ex. skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd och patientsammansättning. I många fall görs en åldersstandardisering utifrån regionernas befolkningsunderlag för att öka jämförbarheten vilket innebär att de olikartade åldersstrukturerna i regionerna korrigeras för eller jämnas ut.

Det kan dock finnas skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte beror på ålder och som inte kan korrigeras för. De justeringar som gjorts anges i rubrikerna i figurerna eller text.

Det är också viktigt att beakta skalan på värdeaxeln (dvs. den beroende variabeln): den skiljer sig stort mellan olika figurer och ofta börjar den inte på noll eller går exempelvis inte upp till 100 procent. Värden som bygger på färre än 30 observationer visas inte. Det är önskvärt att visa så aktuella data som möjligt och det är en fördel om indikatorn är utformad så att förbättringsarbeten ger effekt på kort sikt, men oftast ses effekter först på lång sikt. För indikatorer med liten datamängd, bör dock längre tidsperioder användas. Orsaken är att den statistiska osäkerheten kan bli alltför stor annars och att de

årliga resultaten varierar beroende på slumpen. En avvägning behöver därför göras mellan aktualitet och statistisk säkerhet.

Konfidensintervall

I många figurer redovisas konfidensintervall (där så är möjligt) för att visa på den statistiska osäkerheten för ett enskilt värde genom att visa var inom ett visst intervall det så kallade sanna värdet befinner sig. Sådana intervall används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Med få observationer ökar utrymmet för slumpen och då blir konfidensintervallen bredare.

Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Flera av indikatorerna och datakällorna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod, exempelvis uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister. I kvalitetsmätningar och i samband med jämförelser är det ändå vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som innehåller en slumpfaktor. Då är det en fördel att beskriva osäkerheten med konfidensintervall.

Målnivåer

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna i nationella riktlinjer och i samband med att följsamheten till att nationella riktlinjer utvärderas. De fastställda målnivåerna ger hälso- och sjukvården tydligare och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot och målnivåerna har en vetenskaplig förankring. I den här rapporten redovisas indikatorer med fastställda målnivåer av Socialstyrelsen samt med hänvisning till aktuella riktlinjer och utvärderingar.

Representativitet

När det gäller data från kvalitetsregister är det viktigt att ta hänsyn till registrens olika täckningsgrader. Även om ett register har god täckningsgrad, dvs. då alla regioner ingår, kan registrets data ändå innehålla kvalitetsbrister som inte alltid är helt uppenbara.

Andelen rapporterade patienter varierar mellan de olika regionerna, vilket kan påverka utfallet.

Bilaga 4 - Indikatorbilaga

Indikatorbilagan till baslinjemätningen redovisas separat.

Bilaga 5 – Indikatorbilaga med indikator relevanta inom patientsäkerhet

Indikatorer som inte redovisas med data i rapporten.
Indikator redovisas i separat bilaga.