

Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017

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

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

Artikelnummer 2017-4-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2017

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att redovisa en rapport som beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2016 för den somatiska vården, psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården i enlighet med tillgängliga data. Socialstyrelsen har tidigare lämnat årliga lägesrapporter för åren 2010–2015.

Rapporten syftar till att vara ett kunskapsunderlag till stöd för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på nationell och regional nivå. Den redovisar nuläget, speglar skillnader i utfall, beskriver genomförda och pågående utvecklingsarbeten och utvecklingsområden.

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

Rapporten har utarbetats av sakkunnig Carina Skoglund (projektledare) och utredare Katarina Sandberg. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till årets rapport.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Strukturella förhållanden som påverkar patientsäkerheten	10
Utlokaliseringar och överbeläggningar	11
Sammanhållen vård och omsorg för utskrivningsklara patienter	19
Klinisk simulering och färdighetsträning	21
Diagnostiska fel	23
Landstingens styrning av städning i vårdlokaler	28
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	30
Antibiotikaanvändning	32
Sammanfattande diskussion	36
Åtgärder som förebygger vårdskador	39
Direktintag på strokeenhet	40
Reperfusion inom målsatt tid vid STEMI	41
Höftfrakturopoperation inom 24 timmar	42
Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom	43
Trycksår, fall, undernäring och munhälsa – förebyggande åtgärder	44
Olämplig och riskfylld läkemedelsbehandling	49
Sammanfattande diskussion	54
Patientens delaktighet och medverkan för en säker vård	56
Personcentrerad vård	57
Anmälningar från patienter ökar	61
Sammanfattande diskussion	68
Förekomst av skador och vårdskador	70
Våratillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård	71
Vårdrelaterade infektioner	74
Förekomst av trycksår och fall	76
Anmälningar av vårdskador	79
Sammanfattande diskussion	83
Utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten	85
Nationellt patientsäkerhetsarbete	85
Internationellt patientsäkerhetsarbete	95
Sammanfattande diskussion	97
Appendix	100
Hearing om klinisk simulering och färdighetsträning	100
Landstingens styrning av städning i vårdlokaler	102

Referenser	109
Bilaga 1 Projektorganisation.....	116

Sammanfattning

I denna femte rapport av patientsäkerhetsutvecklingen ingår en redovisning av strukturella förhållanden som har inverkan på patientsäkerheten, användandet av åtgärder som förebygger vårdskador, förekomst av skador och vårdskador samt en beskrivning av utvecklingsarbeten som syftar till att stärka och utveckla patientsäkerheten. Rapportens huvudsakliga resultat är följande.

- Patienternas anmälningar till patientnämnderna, Inspektionen för vård (IVO) och omsorg och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) ökar. Det stigande antalet anmälningar till Löf motsvaras inte av en liknande ökning för ersatta skador utan har stabiliserats på en nivå runt 40 procent vilket kan tolkas som att vårdskadorna inte ökar i förhållande till den ökade rapporteringen från patienter och närstående.
- Överbeläggningarna och utlokaliseringarna inom framför allt den slutna somatiska vården har ökat från 2013 till 2016. Markörbaserad journalgranskning visar att utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats.
- Förebyggande åtgärder för trycksår, fall och undernäring vidtas i begränsad omfattning. Det är stor skillnad i andel planerade förebyggande åtgärder mellan boendeformer.
- Markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård för vuxna visar att andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat mellan första halvåret 2013 och första halvåret 2016: från 9,0 procent till 7,5 procent. Fram till mitten av 2015 skedde en successiv minskning av andelen vårdtillfällen med vårdskador. Därefter verkar trenden ha planat ut eller vara svagt uppåtgående.
- Förekomsten av vårdrelaterade infektioner och trycksår (i punktprevalensmätningar) är i stort sett oförändrad jämfört med tidigare år. Det är stora regionala skillnader.
- Användningen av läkemedel som bedöms vara olämpliga för äldre fortsätter att minska. Det är stora skillnader i läkemedelsanvändningen mellan boendeformer.
- Diagnostik och diagnostiska fel i hälso- och sjukvården är ett område som bör uppmärksammas mer i patientsäkerhetsarbetet.
- Klinisk simulering och färdighetsträning har intagit en mer central plats för att höja kompetensen hos vårdens medarbetare. Förutsättningar och utbud varierar stort mellan olika simulerings- och träningscentrum.

Sammanställningen och analysen av data visar att förekomsten av vårdskador har minskat initialt men de senaste årens resultat visar inte en fortsatt nedåtgående trend vilket ger anledning till oro.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2015/08135/RS) att redovisa utvecklingen på patientsäkerhetsområdet för år 2016. Rapporten ska spegla patientsäkerheten år 2016 inom bl.a. den somatiska vården, den psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården i enlighet med tillgängliga data.

Socialstyrelsen har under åren 2013–2016 lämnat lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet (S2010/9220/FS). De innehåller till stor del indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten inom den landstingsfinansierade vården. Från och med 2016 omfattar redovisningen även kommunal hälso- och sjukvård, i den mån det finns tillgängliga data.

Redovisningen utvecklas kontinuerligt för att främja utvecklings- och förbättringsarbetet med fokus på områden där det finns behov av olika kunskapsstöd.

I arbetet med rapporten har vi samrått med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Definition av vårdskada

Rapporten utgår från patientsäkerhetslagens (5–6 §§ 2010:659) definitioner av patientsäkerhet och vårdskada:

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

Rapportens innehåll

Rapporten är i huvudsak en sammanställning av andra rapporter och redovisningar, i syfte att ge en samlad lägesbeskrivning. De flesta indikatorerna belyser patientsäkerheten ur vårdgivarnas och professionens perspektiv. Ambitionen är att i denna rapport även beskriva betydelsen av patienternas delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet.

Rapporten redovisar indikatorer för strukturella förhållanden som kan påverka vårdskadeförekomsten. Strukturindikatorer ska spegla förutsättningar som går att påverka, exempelvis lokaler, personal och kompetens. Sådana påverkbara omständigheter inverkar på vårdprocesserna och kan därmed påverka hur säker vården blir. Överbeläggningar och utlokaliseringar är exempel på strukturindikatorer som redovisas i den här rapporten.

Den redovisar också indikatorer för i vilken omfattning vården vidtar åtgärder som förebygger vårdskador. Processindikatorer ska spegla aktiviteter som utförs. Vårdskador kan uppstå om patienter inte får adekvat diagnostik, behandling och åtgärder i rätt tid. Rekommendationer för en specifik behandling baseras på verifierad kunskap eller forskning. Det är viktigt att ur ett

patientsäkerhetsperspektiv följa upp att dessa rekommendationer följs. I rapporten är indikatorn direktintag på strokeenhet ett exempel på detta.

Brister i vårdprocesserna kan dessutom medföra att patienter i onödan utsätts för behandlingar som medför ökade risker för att skadas. I den här rapporten är olämplig läkemedelsförskrivning till äldre ett exempel på en sådan indikator.

Slutligen redovisas resultatindikatorer för i vilken utsträckning patienter har drabbats av skador och vårdskador. För att mäta patientsäkerheten eller egentligen bristen på säkerhet, finns en rad indikatorer som visar förekomsten av skador som drabbar patienter. I andra sammanhang kallas denna typ av indikatorer ofta oönskade händelser eller komplikationer. I rapporten redovisas bland annat resultat från markörbaserad journalgranskning, där varje enskild skada undvikbarhet har bedömts, vilket ger ett säkrare mått på förekomsten av vårdskador.

Rapportens sista avsnitt redovisar ett urval av genomförda och pågående utvecklingsarbeten som syftar till att stärka patientsäkerheten. Socialstyrelsen har även följt upp landstingens styrning av städning i vårdlokaler och genomfört en hearing om klinisk simulering och färdighetsträning. Delar av de resultaten redovisas i ett appendix i rapporten.

Datakällor

De resultat som redovisas i rapporten kommer huvudsakligen från följande källor:

- Socialstyrelsens hälsodataregister
- Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2017. Säker vård
- Socialstyrelsens webbenkätundersökning av landstingens styrning av städning i vårdlokaler
- SKL: resultat från punktprevalensmätningar (PPM) och markörbaserad journalgranskning m.m.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO): uppgifter om anmälningar m.m.
- Folkhälsomyndigheten: uppgifter om antibiotikaanvändning m.m.
- Kvalitetsregistret Senior alert: resultat från PPM och data från registret
- Inera AB: uppgifter gällande olika it-stöd
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf).

Kort om dispositionen

Procentsatsen i redovisningen är generellt avrundad. Figurerna är i huvudsak liggande stapeldiagram där landstingen är placerade i fallande ordning utifrån det senaste mätvärdet. I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i figuren är ett bättre utfall än en lägre placering. Denna ordning gäller dock inte redovisningen av anmälningar. Där innebär hög placering flest antal anmälningar. Det innebär dock ingen värdering att ett högt antal anmälningar är bättre än ett lågt antal. Vidare skiljer sig skalan på värdeaxeln mellan olika figurer. Ofta börjar den inte på noll eller går exempelvis inte upp till 100 procent.

Landsting och regioner benämns landsting i rapporten .

Strukturella förhållanden som påverkar patientsäkerheten

Inledning

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet. Därför behövs det ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador¹. Strukturella förhållanden kan inverka på vårdprocesserna och därmed påverka hur säker vården blir. Sådana påverkbara förutsättningar är exempelvis lokaler, personal och kompetens.

I det här avsnittet beskrivs faktorer som kan påverka risken för att patienter drabbas av vårdskador. Stycket inleds med vårdplatssituationen följt av faktorer som i sin tur har påverkan på och av vårdplatssituationen såsom samverkan mellan vårdutförare, bemanning och kompetens. Därefter följer redovisning av faktorer som kan påverka förekomsten av vårdrelaterade infektioner: styrning av vårdnära städning, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt antibiotikaanvändningen.

Resultat i korthet

- Mellan 2013 och 2016 har årsgenomsnittet för överbeläggningar i somatisk vård ökat från 2,6 till 3,7 per 100 disponibla vårdplatser. Inom psykiatrisk vård är ökningen från 2,1 till 2,5. Det är stor variation mellan årets månader och mellan landstingen.
- Användningen av nationell patientöversikt (NPÖ) har ökat stort det senaste året.
- Simulering och färdighetsträning har intagit en mer central plats för att höja kompetensen hos vårdens medarbetare.
- Diagnostiska fel är inte ovanliga men förekomsten är svårt att bedöma.
- Landstingens styrning av vårdnära städning har förbättrats.
- I genomsnitt följer 77 procent av personalen i landstingen basala hygienrutiner och klädregler (BHK).
- Personalen i kommunerna har i genomsnitt en följsamhet till BHK på 51 procent. Det var 63 kommuner som deltog i mätningen.
- Antibiotikaförsäljningen har minskat med 1,6 procent. Det är stor variation mellan landstingen, från 345 till 252 recept per 1000 invånare och år.

¹ 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9.

Utlokaliseringar och överbeläggningar

Det finns flera patientsäkerhetsrisker kopplade till överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar av patienter. Det kan exempelvis medföra smittspridning, ökad infektionsrisk, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering, och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd. Granskning av tillsynsärenden har bland annat visat att kommunikationen brister mellan vårdenheter vid utlokalisering. Detta medför i sin tur oklarheter och försämrade möjligheter till kontinuitet och uppföljning av åtgärder [1]. Markörbaserad journalgranskning visar att utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats [2].

Överbeläggning uppstår när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, det vill säga vårdplatsen saknar den fysiska utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Brist på disponibla vårdplatser kan även leda till att patienter utlokaliseras, det vill säga vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten [1].

Landstingen rapporterar kontinuerligt antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter till den nationella databasen Väntetider i vården².

Överbeläggningar i somatisk vård har ökat

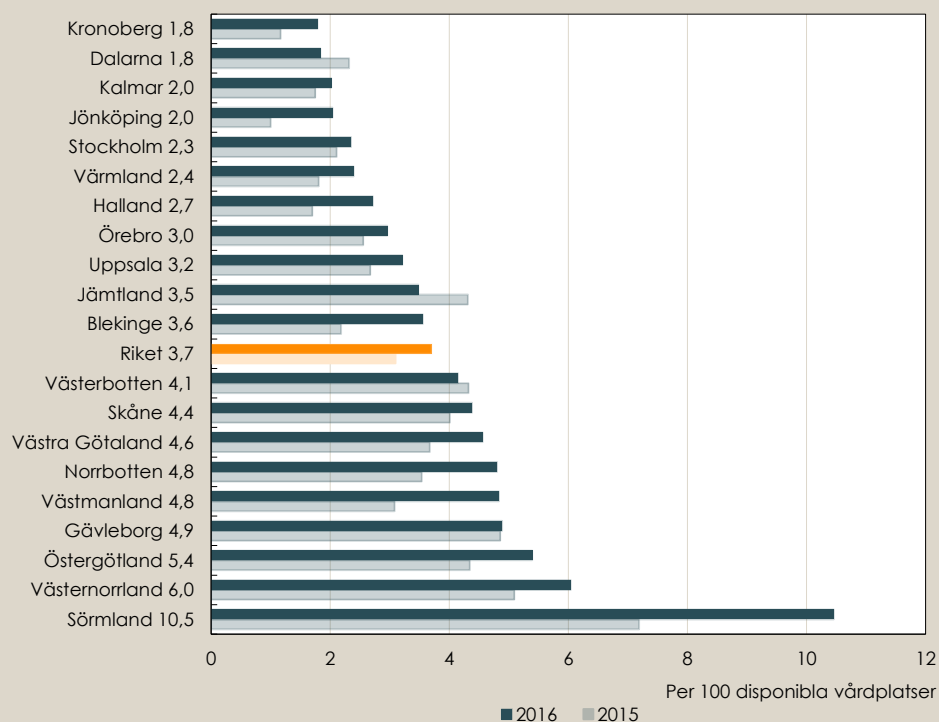
År 2016 var riksgenomsnittet 3,7 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den somatiska slutenvården. Antalet överbeläggningar varierade mellan månaderna, från 2,8 till 4,7 per 100 disponibla vårdplatser. Det är flest överbeläggningar i januari och i juli. Riksgenomsnittet av antalet överbeläggningar är högre än 2015 då det var 3,1 per 100 disponibla vårdplatser, med en månadsvariation mellan 2,6 och 3,9.

Årsgenomsnittet av antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser varierar mellan landstingen från 1,8 till 10,5 år 2016. Variationen är större jämfört med 2015 då den låg mellan 1 och 7,2. Nio landsting ligger över riksgenomsnittet. Antalet överbeläggningar ökar framför allt i Sörmland. Tre landsting har färre överbeläggningar än föregående år, se figur 1.

² <http://www.vantetider.se/>.

Figur 1. Överbeläggning i somatisk slutenvård 2015 och 2016

Överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården. Årsgenomsnitt i landsting.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

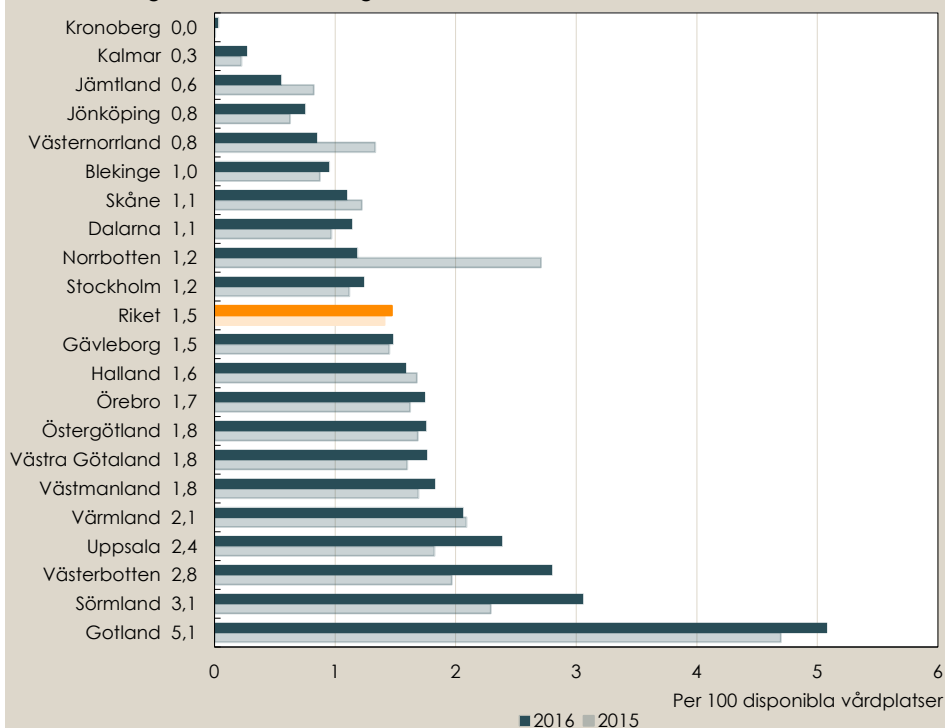
Utlokaliseringar i somatisk slutenvård

År 2016 var det i riket i genomsnitt 1,5 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser, att jämföra med 2015 då det var 1,1 per 100 disponibla vårdplatser. Antalet utlokaliseringar varierade mellan månaderna, från 1,1 till 1,9 per 100 disponibla vårdplatser, vilket är samma variation som för 2015.

Årsgenomsnittet av antalet utlokaliseringar 2016 varierar mellan landstingen från 0 till 5,1 per 100 disponibla vårdplatser. Variationen 2015 låg mellan 0 och 4,7 per 100 disponibla vårdplatser. Elva landsting ligger på eller över riksgenomsnittet. Region Gotland, som hade högst antal utlokaliserade 2015, har ökat ytterligare. Fem landsting har färre utlokaliseringar jämfört med 2015, se figur 2.

Figur 2. Utlokalisering i somatisk slutenvård 2015 och 2016

Antal utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården. Årsgenomsnitt i landsting.

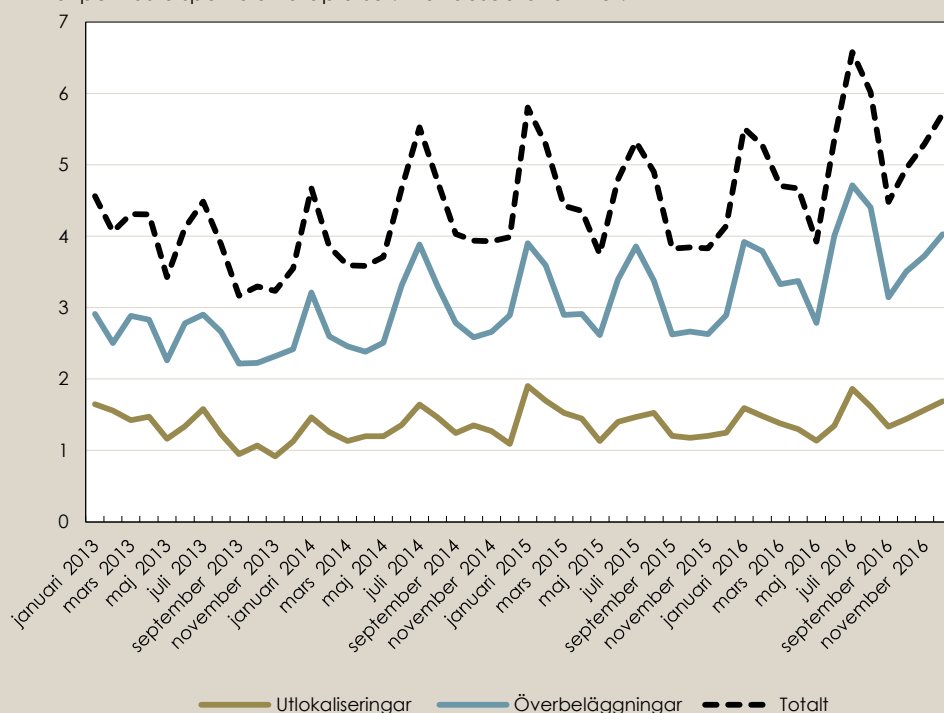


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är flest överbeläggningar och utlokaliseringar under semesterperioden och under jul och nyår, se figur 3. Mellan 2013 och 2016 har riksgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,6 till 3,7 per 100 disponibla vårdplatser. För samma tidsperiod har utlokaliseringarna ökat marginellt, från 1,3 till 1,5 per 100 disponibla vårdplatser.

Figur 3. Överbeläggning och utlokalisering i somatisk slutenvård 2013–2016

Antal per 100 disponibla vårdplatser. Månadsdata för riket.



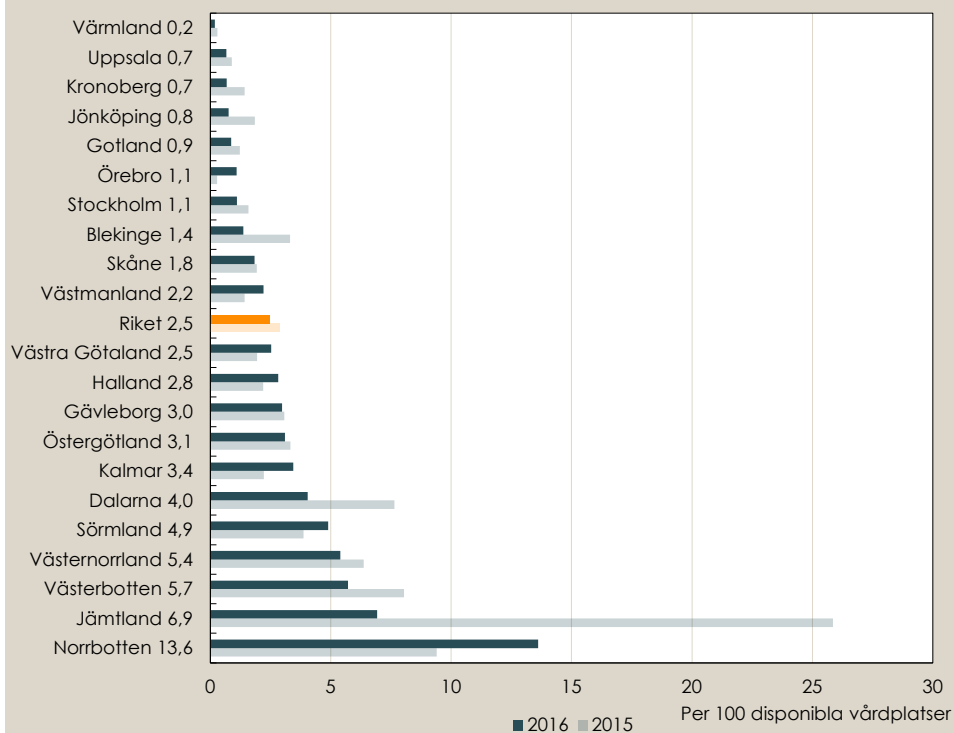
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Överbeläggningarna är lägre inom psykiatrisk slutenvård
Inom psykiatrisk slutenvård är överbeläggningar inte lika vanligt som inom den somatiska slutenvården, och variationen är mindre mellan olika månader och olika landsting. År 2016 var det i genomsnitt 2,5 överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den psykiatriska slutenvården. Antalet överbeläggningar varierade mellan månaderna, från 1,9 till 3,1 per 100 disponibla vårdplatser. Under 2016 var det flest överbeläggningar i januari och i oktober.

Riksgenomsnittet av antalet överbeläggningar är därmed något lägre 2016 än 2015 då det var 2,9 per 100 disponibla vårdplatser, med en månadsvariation mellan 2,2 och 3,5. Elva landsting ligger på eller över riksgenomsnittet. Region Norrbotten har påtagligt fler överbeläggningar än övriga landsting, 13,6 per 100 disponibla vårdplatser, se figur 4.

Figur 4. Överbeläggning i psykiatrisk slutenvård 2015–2016

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser i den slutna psykiatriska vården. Årsgenomsnitt i landstingen.



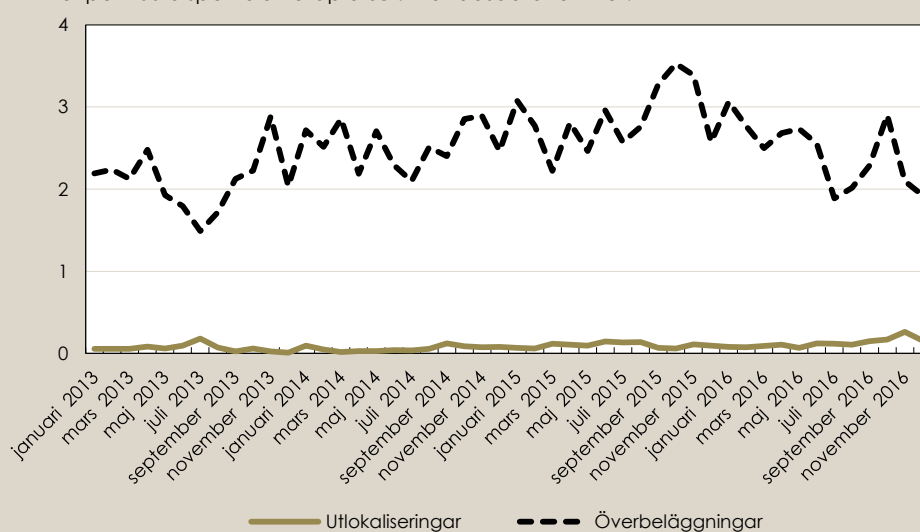
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Utlokaliseringar är ovanliga inom psykiatrisk slutenvård: 0,1 per 100 disponibla vårdplatser år 2016. Enstaka landsting ligger något högre vissa månader. Region Gävleborg ligger högst med ett årsgenomsnitt på 1,5 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser.

Mellan 2013 och 2016 har årsgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,1 till 2,5 per 100 disponibla vårdplatser. Värdena var dock högre både 2014 och 2015. För samma tidsperiod har årsgenomsnittet för utlokaliseringar legat stadigt på 0,1, se figur 5.

Figur 5. Överbeläggning och utlokalisering i psykiatrisk slutenvård 2013–2016

Antal per 100 disponibla vårdplatser. Månadsdata för riket.



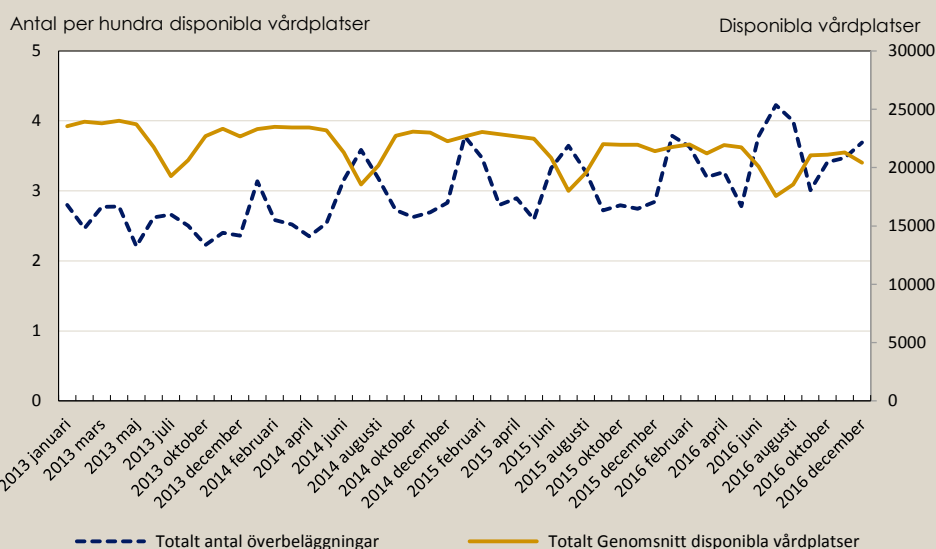
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Antalet disponibla vårdplatser har minskat

Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser har minskat från 22 705 stycken år 2013 till 21 922 år 2016. Samtidigt har antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser ökat. Somsamtid minskar antalet disponibla vårdplatser och antalet överbeläggningar ökar. I januari där antalet överbeläggningar också är högt är det däremot inte samma tydliga minskning av antalet disponibla vårdplatser, se figur 6.

Figur 6. Överbeläggningar och disponibla vårdplatser 2013–2016

Totalt antal överbeläggningar inom psykiatrisk och somatisk slutenvård per 100 disponibla vårdplatser och totalt genomsnitt antal disponibla vårdplatser.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är stora skillnader mellan landstingen i antalet överbeläggningar och utlokaliseringar sett till antalet disponibla vårdplatser. Det finns också en stor variation mellan sjukhusen inom landstingen och mellan sjukhustyper. SKL har genomfört analyser av samvariation mellan olika faktorer och förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar. SKL:s analys visar att ingen av de faktorer som påverkar inflöde och utflöde till sjukhus såsom antal vårdtillfällen, medelvårdtider, antal dagar som utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhuset enskilt förklarar skillnader i förekomsten av överbeläggningar och utlokaliseringar mellan olika landsting [3].

Akut återinskrivning efter förlossning

Att bevaka återinskrivningsfrekvensen är viktigt eftersom 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.

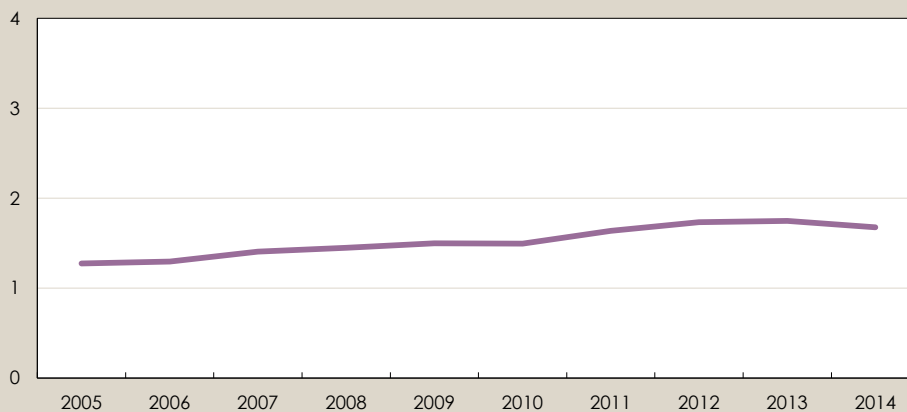
Medelvårdtiden efter vaginal förlossning var 4 dygn 1990 och mindre än 2 dygn 2014. För kejsarsnitt minskade medelvårdtiden från 6,5 till cirka 3 dygn under motsvarande period.

Nordiska ministerrådets arbetsgrupp för patientsäkerhet har föreslagit detta mått som en av flera viktiga indikatorer på patientsäkerheten inom förlossningsvården [4]. Vid de mätningar som arbetsgruppen gjorde 2012 rapporterade både Norge och Finland något lägre andel återinläggningar, 1,2 respektive 1,4 procent, jämfört med Sverige som hade en andel på 1,7 procent. Under perioden 2012–2014 låg Sverige kvar på denna jämförelsevis höga nivå. Mellan åren 2005 och 2014 skedde en tydlig ökning av andelen mödrar som återinskrevs, se figur 7. Det finns en viss spridning mellan länen i andelen återinskrivningar för perioden 2012–2014, mellan 0,6 och 3,3 procent. I de flesta län har återinskrivningarna ökat sedan jämförelseperioden 2009–2011 [5].

Figur 7. Akut återinskrivning efter förlossning

Andel mödrar som återinskrevs oplanerat inom 30 dagar efter förlossningen för en diagnos inom graviditet och förlossning. Åldersstandardiserade värden.

Procent



Källa: Medicinska födelseregistret samt Patientregistret, Socialstyrelsen.

Ett ramverk från SKL i syfte att minska överbeläggningar och utlokaliseringar

SKL har under 2016 tagit fram ett ramverk med förslag på åtgärder för att förebygga och hantera överbeläggningar och utlokaliseringar. SKL menar att en välfungerande vårdkedja är en förutsättning för detta och åtgärderna syftar till att minska patientsäkerhetsriskerna. I ramverket finns förslag på konkreta verktyg som ska kunna användas för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar. De har tagits fram utifrån goda exempel och riktar sig till alla nivåer i verksamheterna och till vårdgivare inom slutenvård, primärvård och kommunal vård.

Åtgärder på mikro-, meso- och makronivå

Åtgärderna i ramverket är uppdelade på olika nivåer i verksamheten. De baseras på frågor som ska bidra till att identifiera fungerande rutiner och förbättringsmöjligheter. Ramverket omfattar: strategiska åtgärder för hur fokus och resurser ska prioriteras, taktiska steg för att förverkliga den beslutade strategin samt operativa initiativ i den dagliga verksamheten.

Den enskilde medarbetaren på mikronivå

På mikronivå finns frågor om den enskilde medarbetarens bild av sin del i en välfungerande vårdkedja och hur man uppnår ett konstruktivt förhållningssätt till vårdgrannar utanför den egna enheten. Medarbetaren ska erbjuda en god vård och omsorg och bidra till en sammanhållen vårdkedja genom lokala rutiner och riktlinjer. Bland annat kan en aktiv uppföljning av medicinska och sociala insatser minska risken för återinskrivning på sjukhus.

Verksamhetsledningen på mesonivå

Frågorna på mesonivå handlar om hur verksamhetsledningen på sjukhus, inom primärvård eller kommun ser att den egna verksamheten bidrar till den övergripande strategin genom taktiska och operativa åtgärder. En tydlig bild behövs av hur den egna verksamheten bidrar till en välfungerande vårdkedja. Verksamhetsledningen får den bilden bland annat genom att använda LEON-principen³ och en ändamålsenlig bemanningsstrategi. Andra åtgärder är att minimera förutsägbara orsaker till ett ansträngt vårdplatsläge och att regelbundet uppdatera lokala riktlinjer och rutiner.

Centrala beslutsfattare på makronivå

På makronivå finns frågor om hur centrala beslutsfattare tar övergripande strategiska beslut kring ansvars- och resursfördelning mellan huvudmän och vårdgivare samt ser till att förutsättningar finns att genomföra dessa beslut.

Konkreta verktyg för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar

För att konkretisera förslagen i ramverket beskrivs ett antal verktyg för olika nivåer i verksamheten. Det handlar bland annat om hur gemensamma mötesforum mellan vårdaktörer kan skapas och modeller för implementering av task shifting⁴ och vårdplatskoordinering [3].

³ Lägsta effektiva omhändertagandenivå. Det innebär att arbetsuppgifter utförs av den yrkeskategori som kan utföra dem till lägst kostnad men utan att kvaliteten påverkas.

⁴ Förflyttning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper.

Sammanhållen vård och omsorg för utskrivningsklara patienter

Socialstyrelsen har kartlagt förutsättningarna för en sammanhållen vård och omsorg av utskrivningsklara patienter med fortsatta vård- och omsorgsbehov. Syftet var att stödja kommuner och landsting i att identifiera flaskhalsar i övergången mellan slutenvården och öppenvården. Det är ett problem att utskrivningsklara patienter över 65 år får vänta kvar länge på sjukhus⁵. Under 2014 skrevs 1 121 823 personer ut från sjukhus i Sverige. Av alla utskrivna fick 334 420 fortsatt hälso- och sjukvård av kommuner och 221 221 fick omsorgsinsatser. Av de utskrivna med fortsatta behov fick 53 763 både vård och omsorg. Flertalet av dessa var kvinnor 80 år eller äldre och 48 procent av dessa 53 763 med behov av både vård och omsorg återinskrivdes på sjukhus inom 30 dagar.

För att kartlägga problem gällande övergången mellan slutenvården och öppenvården tog Socialstyrelsen kontakt med huvudmännen i samtliga län och i nio genomfördes lokala möten. Det genomfördes även en litteratursökning om effekter av åtgärder vid utskrivning från sjukhus. Överenskommelser mellan landsting och kommuner om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården kartlades. Slutligen undersöktes patienters rapporterade upplevelser om trygghet i vård och omsorg via Webbkollen⁶.

Arbetsätt för effektivare utskrivning kan spridas över länsgränserna

Av litteraturgenomgången framgår att antalet återinskrivningar kan minskas genom att åtgärder före utskrivningen kombineras med att dessa följs upp efter utskrivningen. I alla 21 landsting finns överenskommelser om samverkan mellan slutenvården och öppenvården och omsorg. Majoriteten av patienterna som intervjuats via Webbkollen upplevde en trygghet i sina kontakter med vård och omsorg. Från de nio länen framkom olika hinder för en sammanhållen vård och omsorg, vilka skulle kunna påverka patientsäkerheten för de personer som har behov av både vård och omsorg från olika aktörer inom landsting och kommuner. Det som främst rapporterades var:

- färre platser på sjukhus, korttidsboenden och särskilda boenden
- brist på personal med lämplig utbildning
- bristande informationsöverföring
- ett ökande behov av vård och omsorg.

Framför allt kommunerna har initierat flera arbetsätt för att främja en samlad vård och omsorg. Exempel är samverkan för att främja samsyn mellan vårdgivare och över huvudmannagränser, och lokala uppföljningar av antalet utskrivningsklara. Andra initiativ är gemensamt finansierade mellanvårdsformer, t.ex. en närvårdsenhet som är samfinansierad av landsting och kommun, ett korttidsboende med tillgång till sjukhusgeriatriker, mobila

⁵ SOU 2015:20 s. 17.

⁶ www.webbkollen.com administreras av SKL och är en webbaserad enkät som används av vård- och omsorgspersonal för att genomföra trygghetsskapande samtal med äldre personer inom olika vårdformer (sjukhus, kommunal vård och omsorg eller vårdcentral).

äldrevårdsteam med bl.a. läkare och sjuksköterska som gör hembesök i ordinärt boende. Andra exempel på nya arbetssätt är videomöten för att främja samverkan över geografiska gränser och rutinmässig telefonuppföljning av utskrivna patienter från sjukhuset.

Flera län har likartade svårigheter kring samverkan vid övergång från sluten vård till öppen vård. Därför skulle flera av arbetssätten kunna spridas över länsgränserna [6].

Samverkan är viktig för en god och säker vård

Brist på samverkan mellan verksamheter är ett riskområde eftersom personer med ett stort vård- och omsorgsbehov ofta är beroende av vård och omsorg från olika verksamheter. Samverkansproblem beror ofta på otydlig kommunikation och bristande information mellan olika verksamheter. IVO gjorde under 2015 en granskning av samverkan och informationsöverföring mellan hemtjänst, hemsjukvård och primärvårdens läkare på fyra orter⁷. Fokus var äldre personer över 65 år med behov av hälso- och sjukvård samt hemtjänst i ordinärt boende.

Av tillsynen framkom brister gällande fungerande processer och rutiner för informationsöverföring mellan de olika verksamheterna. Exempelvis fanns inga korrekta samordnade individuella planer (SIP)⁸ upprättade, trots att det ska finnas enligt HSL och SoL⁹. Vidare fanns behov av bättre egenkontroll kring samverkan och informationsöverföring. Bristande läkarkontinuitet försvårade samverkan. Enskilda brukare uppgav också att bristande läkarkontinuitet var ett problem [7].

Det har också noterat brister i samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. De handlar om bristande samsyn, ansvarsfördelning och samfinansiering samt att SIP inte görs för alla vårdtagare [8]. Det finns få upprättade SIP mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten inom missbruks- och beroendevården. Dessutom finns en låg grad av samverkan mellan HVB-hem¹⁰ och hälso- och sjukvården, samt bristande rutiner, dokumentation och egenkontroll [9].

Den enskilde individen kan få en sämre upplevelse och i vissa fall också en kvalitativt sämre vård och omsorg när samverkan mellan vården och omsorgen inte fungerar. Ledning, styrning och organisering är viktiga verktyg för att skapa en säkrare vård och omsorg. Eftersom bristerna och behoven förväntas öka kommer samverkan i vård- och omsorgskedjan för multisjuka äldre att lyftas fram i IVO:s planerade egeninitierade tillsyn för 2017 [10].

Nationell patientöversikt kan minska riskerna

Bristande kommunikation innebär risk för vårdskador. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha aktuell information om patienters hälsotillstånd och behandling bland annat för att säkerställa kontinuitet. Många patienter har

⁷ Luleå, Skellefteå, Sundsvall och Östersund.

⁸ Planerna ska upprättas tillsammans med den enskilde personen och klargöra vilka insatser som är aktuella och vem som ansvarar för dem.

⁹ 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL resp. 16 kap.4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL (vid tidpunkten för tillsynen: 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹⁰ Hem för vård och boende.

kontakt med flera olika vårdgivare, som registrerar och förvaltar journalinformation lokalt, vilket innebär att vårdgivarna som ansvarar för olika delar av patientens vård inte har samlad information om patientens behandling. Nationell Patientöversikt (NPÖ) gör det möjligt för den behöriga vårdpersonalen att med patientens samtycke ta del av journalinformation som har registrerats hos andra landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Användningen av NPÖ har ökat stort det senaste året. I februari 2017 var antalet unika patienter man frågat om 34 850 stycken. Det var 17 363 i januari 2016. Antalet unika användare dvs. hälso- och sjukvårdspersonal inom kommuner och landsting var 11 623 stycken att jämföra med 6 253 i januari 2016. Alla landsting är anslutna till NPÖ, främst som producenter av information. Anslutningen av kommuner har ökat till 261 stycken, vilket är en ökning med 19 kommuner jämfört med föregående årsskifte. Kommunerna är främst konsumenter av informationen i NPÖ men antalet kommuner som även producerar information har ökat från 11 till 23 kommuner sedan föregående årsskifte.

Denna ökning av användare och omfrågade patienter är en positiv utveckling som har förbättrat villkoren för en säker informationsöverföring mellan olika vårdgivare i vårdkedjan.

Klinisk simulering och färdighetsträning

Simulering är en pedagogisk metod för att träna situationer eller upplevelser, som efterliknar verkligheten i en kontrollerad miljö. Centralt i metoden är att övningen efterföljs av en strukturerad reflektion där förloppet går igenom och lärdomar sammanfattas. Simuleringsträning har som mål att öka medarbetares kompetens, minska andelen undvikbara negativa händelser och därmed minska risken för vårdskador.

Inom det medicinska området påbörjades simuleringsträning under 1950-talet då man testade hjärt- och lungräddning (HLR) och scenariobaserad träning i akutteam. Kliniska träningscentrum (KTC) för kirurgisk träning började växa fram i Sverige under 1990-talet. I takt med att simulatorer blivit alltmer avancerade och med stöd av den pedagogiska forskningen har det utvecklats avancerade träningscentrum. I Sverige finns idag ett drygt 50-tal centrum vid landets sjukhus. Majoriteten av dessa centrum tränar medicinska team i scenarioträning med enkla dockor vid akutrums- och traumaövningar samt vid undervisning av HLR. Cirka 40 procent bedriver färdighetsträning med hjälp av avancerad simulator [11]. Simulering och färdighetsträning samlas oftast under KTC respektive simuleringscentrum men det finns också i den kliniska verksamheten där instruktörer tränar direkt med personalen. Centrum för färdighetsträning finns också på lärosäten.

Såväl tekniska som icke tekniska färdigheter kan tränas vid simuleringar

För att en verksamhet ska kunna bedrivas säkert krävs att medarbetarna har både teknisk färdighet och icke teknisk färdighet. Tekniska färdigheter innefattar praktisk kunskap om hur diagnostiska undersökningar, bedömningar av fynd, kirurgiska ingrepp och procedurer ska utföras. Icke tekniska

färdigheter avser kommunikation, ledarskap, beslutsfattande, teamarbete, konflikthantering och återkoppling [12,13].

Studier talar för att kirurgisk simuleringsträning kan förbättra den kirurg-tekniska färdigheten vid operationsbordet, i jämförelse med ingen simule-ringsträning eller träning genom verkliga operationer [11].

CRM (Crew Resource Management) syftar till att skapa en högsäkerhets-kultur där säkerheten kommer i första hand, och där förståelse finns för att alla kan göra misstag oavsett kompetens eller erfarenhet. CRM utvecklades inom flygindustrin som ett svar på flera allvarliga olyckor där bristande kommunikation och teamarbete bidragit till händelseförloppet. CRM har anpassats och spridits till hälso- och sjukvården och konceptet ligger som teoretisk grund i många simuleringssammanhang [14].

Träning av icke tekniska färdigheter kan ske i simulator eller genom öv-ningar som ordnas ute i verksamheterna. Upplägget vid simulatorträning bygger på pedagogiska principer från vuxenlärande [15] och har som mål att förmedla grunder i CRM, skapa medvetenhet om och träna icke tekniska färdigheter samt träna teamets förmåga att avvärja negativa konsekvenser av risker. Det finns flera olika typer av övningar och exempel på övningar är falldiskussioner, rollspel i ett scenario, att reflektera över beslutsfattande och samarbete efter en verklig situation samt upplägg där rutin- eller olycksscena- rion återskapas i simulatorer [16]. Deltagarna tränas under scenarierna i kommunikation, ledarskap, teamarbete, konflikthantering och återkoppling. Efter varje övning görs en genomgång med fokus att utveckla förståelse för den egna rollen i teamarbetet, identifiera icke tekniska färdigheter och reflektera över hur en stressad situation kan begränsa såväl förmågan att kommunicera som kognitiva färdigheter, med fel som resultat [17].

Studier har visat att återkommande teamövningar [18], standardiserad kommunikation [19] och att skapa kloka standardiseringar av arbetssätt [20–22] kan påverka kvalitet och patientsäkerhet positivt. För att förstå om denna potential kan infrias behövs mer utvärdering av och forskning kring hur CRM och simulering bäst anpassas till vårdens verklighet [23].

Hearing om klinisk simulering och färdighetsträning

Socialstyrelsen har genomfört en hearing med representanter från landsting och lärosäten i syfte att få en bild av simuleringsverksamheten, hur den kan utvecklas samt hur representanter från KTC och simuleringscentrum uppfat- tar att simulering och färdighetsträning kan öka patientsäkerheten. Nedan är en sammanfattande diskussion av denna hearing som hade följande fråge- ställningar som utgångspunkt:

- Är klinisk simulering och färdighetsträning en del av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete?
- Hur ser arbetet ut med att utveckla simuleringskompetensen?
- Vilken roll ser ni att simulerings- och färdighetsträning har i kompetensut- vecklingen av vårdens medarbetare?

Nedan redovisas en sammanfattning och en bedömning. En sammanställning av resultatet finns i appendix.

Olika förutsättningar och utbud

Simulering och färdighetsträning har intagit en mer central plats för att höja kompetensen hos vårdens medarbetare och för att åstadkomma förbättringar i den kliniska vardagen. Förutsättningarna ser dock olika ut och utbud och kompetens varierar mellan olika simuleringscentrum, KTC tillika landsting och lärosäten. Varierar gör också uppfattningar, hos personer verksamma inom dessa verksamheter, om hur simuleringsträning länkar till övrigt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Deltagare vid hearingen är överens om att träning av tekniska och icke tekniska färdigheter är viktig för vårdens medarbetare. Åsikterna går dock isär om träningen ska vara examinerande. Vissa länder har obligatoriska träningsprogram, certifiering och återcertifiering för att läkare ska få behålla legitimationen. Vissa länder ackrediterar både simuleringsinstruktörer och simuleringscentrum. Det saknas dock etablerade metoder för att bedöma, värdera och följa tekniska och icke tekniska färdigheter.

Simuleringsverksamheten kan utvecklas

Det är av vikt att både tekniska och icke tekniska färdigheter ses som en naturlig del av professionalitet och något som behöver tränas och utvecklas kontinuerligt. Den övergripande potentialen för att höja kvalitet och säkerhet är svår att bedöma eftersom simuleringsträning ännu inte är en spridd och etablerad del av verksamheternas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. De flesta medarbetare erbjuds träning enbart någon gång per år. Det behövs mer kunskaper om vad säkerhet i vården innebär, om hur kliniskt arbete faktiskt utförs och om hur säkrare arbetssätt, som stödjer tillämpningen av icke tekniska färdigheter, kan utvecklas och tillämpas i det dagliga arbetet.

Simulering sker mest på individ- och teamnivå men ett utvecklingsområde är systemnivån eller systemsimulering. Exempelvis som del av riskanalysen inför ombyggnad av sjukhus, eller införande av större förändringar som kan påverka andra vårdgivare eller organisationer. Det innebär simuleringar, med representation från olika organisationsnivåer och yrkeskategorier, där scenarion baserade på olika förslag till beslut eller förändringar simuleras innan beslut fattas. Detta för att identifiera såväl risker som möjligheter.

Sammanfattningsvis är Socialstyrelsens bedömning att det finns anledning att fördjupa kartläggningen och identifiera behov av kunskapsstöd för exempelvis bedömning av tekniska färdigheter samt stimulera till ökad nationell samordning av simuleringsverksamheten.

Diagnostiska fel

Att ställa rätt diagnos är avgörande för den fortsatta behandlingen. Diagnostiska fel – att diagnosen blir felaktig, fördröjd eller inte ställs alls – är vanliga. Dessa fel har dock inte varit särskilt uppmärksammade vare sig i svenskt eller internationellt patientsäkerhetsarbete. En anledning är att det inte råder enighet om vad begreppet diagnostiska fel innefattar. En annan är att det till stor del saknas tillförlitliga metoder för att mäta förekomsten av diagnostiska fel. Att mäta och följa upp diagnostiska fel medför att risker och

orsaker kan identifieras och att förbättringsåtgärder kan vidtas. Även metoder för uppföljning och egenkontroll av diagnostik behöver utvecklas.

Förekomsten av diagnostiska fel

Det är viktigt att klargöra att diagnostiska fel inte alltid leder till en skada eftersom många av dem upptäcks i tid. Risken för diagnostiska fel som medför skada anses vara störst på akutmottagningar och i primärvård. WHO har beskrivit diagnostiska fel i primärvård som ett högprioriterat problem [24,25]. En skattning indikerade att 1 av 20 vårdsökande råkar ut för diagnostiska fel och att hälften av dessa fel hade potential att medföra skada [26]. Socialstyrelsen beskrev 2008 området diagnostik som ett orsaksområde till vårdskador inom somatisk slutenvård. Då bedömdes diagnostiska fel vara orsak till 11,9 procent av vårdskadorna vilket beräknas motsvara cirka 12 500 vårdskador per år [27]. Förekomsten av diagnostiska fel som orsak till allvarliga vårdskador har bland annat studerats vid testistorsion¹¹ och halsryggsskador samt hos kritiskt sjuka patienter [28–30].

Hur det förhåller sig i Sverige i dagsläget går inte att ange, men utifrån nationella databaser framkommer att synpunkter och anmälningar som rör området diagnostik inte är ovanliga. Dock fångar systemen för spontanrapportering i allmänhet endast enstaka procent av det som har inträffat. Under 2016 utgjorde andelen anmälningar på grund av *felaktig/fördröjd/utebliven diagnos* drygt 10 procent av alla anmälningar till Löf. Ersättningsgraden bland dessa anmälningar, dvs. det som bedömts som vårdskada, var cirka 90 procent, vilket är betydligt högre än för övriga anmälningar. Detta indikerar en stor underrapportering. Av klagomålen till patientnämnderna år 2015 utgjorde *diagnos* 6 procent av alla ärenden [31]. Det var 17 procent av IVO:s beslutade klagomålsärenden 2016 som hade klassificerats under *diagnostisering*. Och av beslutade lex Maria-ärenden utgjordes 22 procent av *diagnostisering*. Det var 56 procent av akutmottagningarnas ärenden som klassificerats under *diagnostisering* och för primärvården var det 48 procent [32]. I Nitha¹² kunskapsbank var *diagnostik* angivet som arbetsprocess i 22 procent av analyserna¹³. Att notera är att ett och samma diagnostiska fel kan ha inrapporterats i flera databaser.

Behov av gemensam terminologi

Svårigheterna att bedöma hur vanliga diagnostiska fel är beror delvis på att det saknas en gemensam terminologi inom området. Det är inte självklart vad begrepp och termer som *diagnos*, *diagnostik*, *diagnostisering* och *diagnostiska fel* innefattar. Det saknas också en enhetlig nationell klassificering och kategorisering av orsakerna till inträffade händelser. I Socialstyrelsens termbank beskrivs *diagnos* som *bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunction och med diagnostisera avses att det görs en bestämning av patientens tillstånd* [33]. Patientnämnderna kategoriserar *diagnos* respektive *undersökning/utredning* som delproblem under kategorin vård och behandling och båda exemplifieras med

¹¹ Testikelns sädesledare och blodkärl har snott sig kring sig själva (torsion). Detta leder till att testikelns blodcirkulation upphör.

¹² Nationellt it-stöd för händelseanalys.

¹³ Datauttag 2016-12-31.

felaktig/fördröjd/utebliven [34]. IVO kategoriserar vad ärendet gäller och använder då *diagnosticering* (felaktig/fördröjd/utebliven). Löf kategoriserar orsaksområdet *diagnostik* huvudsakligen baserat på den konsekvens händelsen fick för patienten. I Nitha är det respektive analysteam som tolkar vad som ska kategoriseras i arbetsprocessen *diagnostik*.

Individ- och systemrelaterade orsaker

Orsakerna till diagnostiska fel är både individ- och systemrelaterade. Systemfaktorer orsakar oftare fördröjd diagnos, medan individrelaterade faktorer oftare leder till felaktig diagnos. Systemfaktorer kan exempelvis vara ineffektiva processer, bristande kontinuitet, bristande kommunikation, bristfällig information, bristande samarbete och hög arbetsbelastning. De individuella faktorerna kan t.ex. vara förmåga till kritiskt tänkande, beslutsstil, känslomässigt tillstånd, tolerans för kognitiv belastning och motståndskraft mot grupstryck, för att nämna några. Bristande förmåga att sammanställa tillgänglig information till rätt diagnos uppges vara orsaken till 83 procent av de diagnostiska felen medan bristande kunskap står för tre procent [35].

Åtgärder för säkrare diagnostik

Institute of Medicine (IOM) publicerade 2015 rapporten *Improving Diagnosis in Healthcare*, som beskriver diagnostiska fel, orsaksområden och förslag till åtgärder för att förbättra säkerheten. Den betonar vikten av samarbete och delaktiga patienter, i samklang med aktuella tendenser inom patientsäkerhetsarbetet såväl nationellt som internationellt. Insatser för att öka säkerheten inom det diagnostiska området är enligt IOM bland annat att stärka samarbetet i den diagnostiska processen vilket inkluderar både profession och patienter, förbättra utbildning och fortbildning inom området och att skapa en patientsäkerhetskultur med arbetssätt som identifierar och återkopplar diagnosättning och diagnostiska svårigheter i den kliniska vardagen. Vidare att skapa en rapporteringsmiljö och avvikelshantering som underlättar ett lärande och därmed skapa förutsättningar för en förbättrad diagnostik samt utveckla IT till att vara ett stöd i den diagnostiska processen [35].

Kompetensförsörjningen är en utmaning

I *Tillsynsrapport 2016* lyfter IVO att kompetensförsörjning är ett utvecklingsområde inom hälso- och sjukvården, liksom det var under både 2014 och 2015. I rapporten beskrivs att det råder brist på läkare och sjuksköterskor med rätt kompetens i landstingen och att det kan göra att patienter inte får en korrekt bedömning när de besöker vården. IVO betonar att kompetens och bemanning är utmaningar inom de flesta vårdområden. Eftersom få arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården är bundna till specifika yrkeskategorier finns det anledning att se över hur den befintliga personalen kan användas på ett mer flexibelt och effektivt sätt [10].

Ökad användning av hyrläkare kan minska patientsäkerheten

Under 2015 och 2016 genomförde IVO en tillsyn av användningen av hyrläkare¹⁴ vid offentligt drivna primärvårdsmottagningar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Bemanning, egenkontroll och introduktion för hyrläkare var fokus för tillsynen av 21 vårdcentraler i sju län. Tillsynen innefattade även en enkät till patienter vid respektive vårdcentral.

Nöjda patienter men bristande kontinuitet

Patienterna var överlag nöjda med sin vårdcentral, men klagomål framkom kring bristande kontinuitet, att patienterna får träffa olika läkare eller har svårt att byta läkare, samt brister i bemötandet. Vårdgivarna, som alla hade hyrläkare tillfälligt anställda vid en eller flera vårdcentraler, uppgav att de har svårt att klara av bemanningsfrågan själva. Det framkom en önskan om en tydligare nationell samordning av rekrytering av läkare till primärvården. IVO sammanfattar tillsynen och belyser fyra patientsäkerhetsrisker kopplade till hyrläkare i primärvården:

- Hög personalomsättning leder till sämre kontinuitet med högre risk för felbehandling, bristande informationsöverföring, fördröjda diagnoser, brister i uppföljningen av provsvar och remisser.
- Det saknas en systematisk egenkontroll av hyrläkarnas arbete, t.ex. kollegial journalgranskning.
- Bristen på fasta läkare gör att övrig personal får ta mer ansvar och en stressigare arbetsmiljö, vilket kan leda till att hyrläkarna inte får tillräckligt med stöd eller den introduktion som krävs.
- IVO får inte i tillräcklig utsträckning kännedom via anmälningar om legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Åtgärder för att stärka patientsäkerheten

Alla landsting som har ingått i tillsynen fick krav på att redovisa åtgärder för de brister som framkommit inom primärvården. De åtgärder som redovisas är bland annat utbildningssatsningar, nya ersättningsmodeller, översyn av avtal och rekrytering av hyrläkare samt att identifiera faktorer som skapar intresse för arbete inom primärvården. Vidare avser landstingen utvidga och säkerställa rutiner för systematisk egenkontroll av hyrläkares arbete, t.ex. genom stickprovskontroller av journaler, samt avsätta tillräckligt med tid till att introducera hyrläkare. Slutligen redovisar landstingen hur de ska verka för att uppfylla anmälningsskyldigheten till IVO när det förekommer legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten [36]. Detta avser de främst att påverka genom utbildning av verksamhetsledning och personal.

¹⁴ IVO definierar hyrläkare som en läkare, oftast allmänläkare, som arbetar tillfälligt på en vårdcentral eller en annan medicinsk enhet för att fylla vakanser som inte har kunnat tillsättas av fast personal. Hyrläkaren anställs via bemanningsföretag och kan också kallas stafettläkare och resursläkare.

Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagningarna

Våren 2015 fattade IVO ett så kallat principbeslut: det är inte förenligt med god och säker vård att läkare anställda med vikariatsförordnande arbetar självständigt vid akutmottagning. Om en läkare anställd med vikariatsförordnande ska tjänstgöra vid akutmottagning ska det finnas en legitimerad läkare på plats, i rimlig fysisk närhet till akutmottagningen. Den legitimerade läkaren ska då ha ansvaret för patienternas vård och behandling.

IVO har gjort tillsyner vid samtliga akutmottagningar i norra regionen¹⁵ för att granska om vårdgivarna har vidtagit åtgärder med anledning av principbeslutet. Syftet är att bidra till en ökad kompetens på akutmottagningen och därmed en säkrare vård. Resultatet visar att fem av tolv akutmottagningar fram till sommaren 2016 hade uppfyllt kraven som IVO ställt i principbeslutet inom den somatiska specialistsjukvården. Inom den psykiatriska specialistsjukvården har endast några vårdgivare granskats men de nådde inte upp till IVO:s krav.

I sammanställningen *Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagning* vill IVO bidra till en högre patientsäkerhet på akutmottagningarna i landet genom att sprida informationen om att läkare med vikariatsförordnande inte ska arbeta självständigt eftersom det inte är förenligt med god och säker vård. Det gäller för samtliga jourlinjer inom den somatiska och psykiatriska specialistsjukvården [37].

Kunskapsbrist och få diskussioner kring överförskrivning utgör hinder för anmälan till IVO

Apotekspersonal är skyldig att anmäla till IVO om de misstänker att en legitimerad yrkesutövare förskriver narkotiska eller alkoholhaltiga läkemedel i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet¹⁶. IVO gjorde 2015 en tillsyn av apotekspersonalens förutsättningar och hinder för att anmäla överförskrivning i fyra landsting¹⁷. En liknande undersökning gjordes 2013 vilket möjliggör att till viss del undersöka om förutsättningarna för att anmäla har förändrats över tid.

Tillsynen visar att fler apotek har infört rutiner kring anmälningsskyldigheten, men apotekspersonalen upplever sig ändå mer hindrad att anmäla överförskrivning idag jämfört med 2013. De hinder som främst uppges är kunskapsbrist kring vad som utgör en överförskrivning, hur sekretessregler ska tillämpas och vilka förskrivningar de ska anmäla. Vidare diskuteras sällan anmälningsskyldigheten och lagens innebörd bland personalen.

IVO föreslår att apotekspersonalen hålls à jour med kunskap om vilka läkemedel som finns och vad som är brukliga doser. Det behövs också kontinuerliga och strukturerade former för kommunikation kring anmälningsskyldigheten och misstänkta överförskrivningar [38].

¹⁵ Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen.

¹⁶ 6 kap. 11 § patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL.

¹⁷ Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland.

Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat vården ska bedrivas med en god hygienisk standard¹⁸. Rutiner för vårdhygien ska finnas i verksamhetens ledningssystem och det gäller bl.a. arbetskläder, punktdesinfektion och städning. En hög städskvalitet kompletterar en god handhygien för att begränsa vårdrelaterade infektioner [39,40]. På sjukhus där ledningen prioriterar städning och utbildar städpersonal inom smittspridning och vårdhygien, är förekomsten av vårdrelaterade infektioner lägre. Vårdnära städning är en viktig åtgärd för att förhindra och begränsa spridning av resistenta bakterier [41–43]. Stöd vid utformning av städrutiner kan inhämtas från Svensk Förening för Vårdhygien som gett ut en kunskapssammanställning om säker städning på vårdinrättningar ur smittspridningssynpunkt [44].

Tredje enkätuppföljningen

Det är angeläget att följa hur styrning och uppföljning av städningen i vårdlokaler utvecklas. Socialstyrelsen har under 2016 genomfört en uppföljande enkätundersökning av landstingens styrning av städning i vårdlokaler. Tidigare undersökningar har genomförts 2012 och 2014 [45,46]. I enkätundersökningen 2016 fick landstingsstyrelserna svara på en enkät, identisk med den som användes 2012 och 2014, med elva frågor om deras styrning av städningen i vårdlokaler. Frågorna berörde åtta områden:

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

En femgradig skala, där 1 motsvarade inte alls och 5 helt och hållet, användes för att ange i vilken utsträckning landstinget bedömde att frågan stämde överens med förhållandena i den egna verksamheten. Samtliga landsting besvarade enkäten. Resultatet för varje fråga och landsting redovisas i figur 30–40 i appendix.

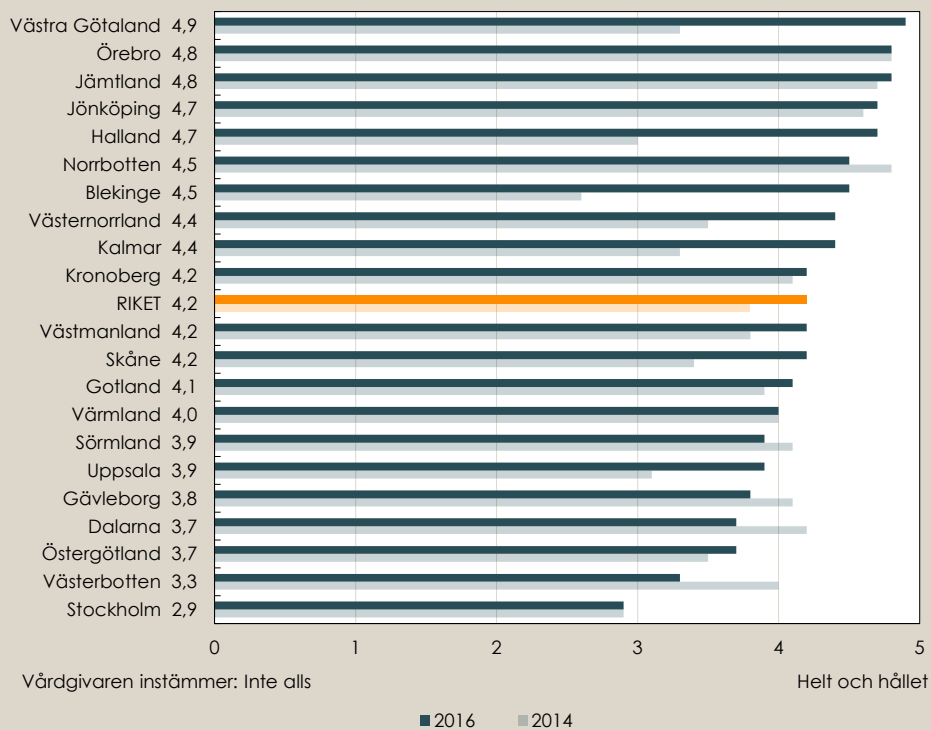
Styrningen av städningen i vårdlokaler har utvecklats

Landstingens styrning av städningen i vårdlokaler har utvecklats positivt jämfört med år 2014. Medelvärde för samtliga landstings svar på enkätens elva frågor har ökat till 4,2 från 3,8 på den femgradiga skalan. Tretton landsting har utvecklats, tre landsting noterar ingen skillnad och fem landsting har försämrats jämfört med bedömningen 2014, se figur 8.

¹⁸ 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30) HSL.

Figur 8. Landstingens samlade bedömning av styrning av städning i vårdlokaler

De enskilda landstingens medelvärde för bedömning av styrning av städning i vårdlokaler i enkätundersökningar.



Källa: Enkätundersökning om "Styrning av städning i vårdlokaler", Socialstyrelsen.

Det är en liten förbättring när det gäller att ha dokumenterade rutiner för städning i ledningssystemet. Det är 18 landsting som svarar 5 (helt och hållet) eller 4 jämfört med 16 stycken 2014. Tre landsting backade från att tidigare ha svarat 5 till att nu svara 4 eller 3 (figur 30).

Flertalet landsting, 17 stycken, har alltid med experter inom vårdhygien när de tar fram rutiner och kompetenskrav för städning av vårdlokaler, vilket är en förbättring med tre landsting jämfört med 2014 (figur 31).

Fyra landsting utför städning helt och hållet i egen regi vilket är en halvering jämfört med 2014¹⁹ (figur 32). 12 landsting svarar med 4 på den femgradiga skalan och det är då framförallt städning av vårdcentraler och folktandvården som inte ligger i egen regi. Majoriteten av landstingen kräver så gott som alltid att vårdgivarens rutiner och kvalitetskrav gällande städning i vårdlokaler ska tillämpas av externa upphandlade utförare av städtjänster. Detta har utvecklats jämfört med 2014 (figur 33).

Lite mindre än hälften av landstingen har helt och hållet städutrustning, avsedd för extra städinsatser som vårdpersonalen kan behöva utföra, placerad i lämpligt utrymme. Det innebär ett oförändrat resultat för riket jämfört med 2014 (figur 34). Ansvarsfördelningen mellan vårdpersonal och städpersonal

¹⁹ Tre landsting besvarade inte frågan.

är tydligt dokumenterad i de flesta landsting och har förbättrats jämfört med 2014 (figur 35).

Kunskapsbehov och egenkontroll

Det har skett en förbättring när det gäller kunskap och kompetens för berörd personal. Det är 11 landsting som helt och hållet kan tillgodose behoven av kunskap och kompetens när *nya arbetsuppgifter* introduceras på arbetsplatsen, jämfört med fem landsting år 2014 (figur 36). Att tillgodose kunskaps- och kompetensbehov när *nya metoder och ny utrustning* introducerades på arbetsplatserna är det däremot färre landsting som uppfyller, även om det är en förbättring från tre landsting 2014 till åtta landsting 2016 (figur 37).

Det ses en blygsam förbättring för egenkontroll med dokumenterade rutiner för uppföljning av resultat, avvikelshantering och för återföring av resultat till berörd personal (figur 38, 39,40).

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Det finns många olika orsaker till att en vårdrelaterad infektion (VRI) uppstår. En viktig insats för att undvika såväl VRI som spridning av antibiotikaresistenta bakterier är att vårdpersonalen alltid följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Från och med den 1 januari 2016 gäller de hygien- och klädregler som redan gäller inom sjukvården, även vid arbete inom hemtjänsten, särskilda boenden och vissa LSS-boenden (Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg).

I Sverige görs punktprevalensmätningar (PPM) av personalens följsamhet till hygienrutiner och klädregler. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll och omfattar observationer av åtta steg²⁰. Mätmetoden beskrivs på SKL:s webbplats²¹.

Följsamheten till hygienrutiner och klädregler är oförändrad i landstingen

Tjugo landsting medverkade i PPM-BHK 2016²² och antalet observationer var drygt 26 300. Följsamheten till samtliga steg i både hygienrutiner och klädregler²³ är 77 procent vilket ligger i nivå med 2015 då den var 76 procent. Följsamheten till klädregler är högre än följsamheten till hygienrutiner, 96 respektive 80 procent, vilket är på samma nivå som tidigare mätningar. Under de tio PPM som har genomförts i landstingen mellan 2010 och 2016 har följsamheten till klädreglerna ökat från 87 procent till 96 procent. Följsamheten till hygienrutinerna har ökat från 62 till 80 procent, se figur 9.

²⁰ Ett nytt steg infördes 2016: observation av kortklippta naglar fria från konstgjorda material.

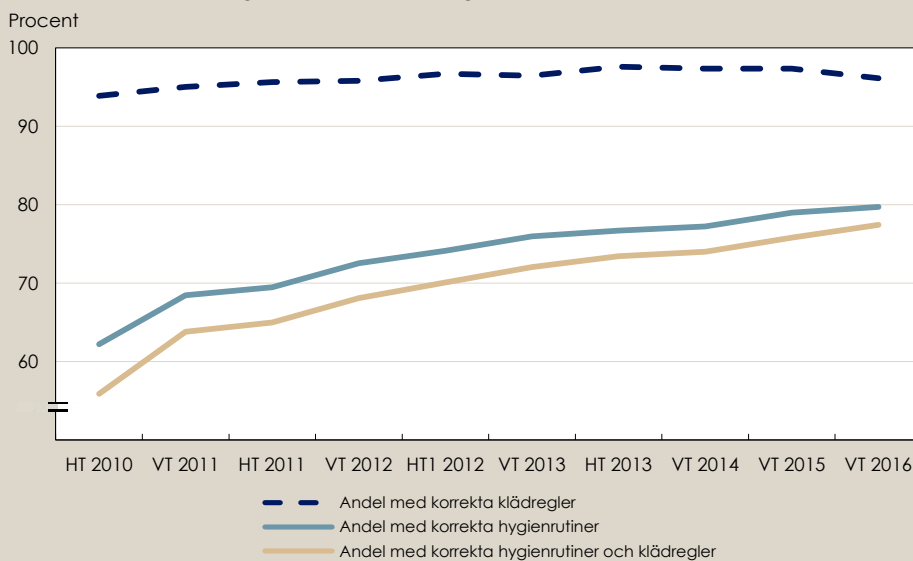
²¹ <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.2277.html>.

²² Region Östergötland deltog inte i PPM utan registrerade data från kontinuerlig mätning av BHK. I Stockholms läns landsting deltog inte Danderyds sjukhus i PPM 2016. Region Jönköping deltog inte i mätningen 2016.

²³ Resultatet omfattar inte observation av kortklippta naglar fria från konstgjorda material eftersom enstaka landsting inte registrerat resultat för detta nyinförda steg.

Figur 9. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

Punktprevalensmätning 2010–2016 i landsting.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Spridningen mellan landstingen är stor och följsamheten till samtliga steg i både hygienrutiner och klädregler varierar mellan 86 och 64 procent. Följsamheten mellan yrkesgrupper skiljer sig åt. Bäst följsamhet till samtliga steg har fysioterapeuter och studerande 86 procent. De yrkesgrupper som har lägst följsamhet är skötare 52 procent och läkare 66 procent.

Resultatskillnaden kan bero på variation i de olika yrkesgruppernas storlek och att vissa moment är svårare att bedöma, eftersom observatören inte alltid deltar i vårdssituationen. Mer information om PPM-BHK finns i Öppna Jämförelser säker vård [5].

Mätning av följsamhet till BHK i kommunerna

PPM-BHK i kommunerna har genomförts sedan hösten 2010 men utvecklingen över tid redovisas inte på grund av att antalet deltagande kommuner i samtliga mätningar har varit lågt. Nedan presenteras resultat från PPM 2016. Resultat från 2015 anges inom parentes.

Det var 63 kommuner som deltog i PPM 2016 (47) och antalet observationer är knappt 7 300 (5 400) vilket är en positiv utveckling av deltagandet. Resultaten visar 51 procent (53)²⁴ följsamhet till alla åtta steg. Andelen korrekta klädregler är 82 procent (86)²⁵ och andelen korrekta hygienrutiner är 60 procent (59). Det går inte att dra några generella slutsatser av följsamheten i kommunal vård på grund av att endast en dryg femtedel av landets kommuner deltog i mätningen och att antalet observationer per kommun varierar stort, mellan 9 och 638.

²⁴ PPM-BHK 2016 omfattar observation av åtta steg. Observationerna 2015 omfattade tidigare sju steg.

²⁵ PPM-BHK 2016: Klädreglerna omfattar observation av 4 steg. Observationerna 2015 omfattade tre steg.

Antibiotikaanvändning

Inledning

Antibiotika intar en särställning bland läkemedel eftersom felaktig användning och hög förbrukning på sikt kan öka risken för antibiotikaresistens och därmed minska dess effektivitet. Utbredd resistens mot antibiotika kommer på sikt att allvarligt påverka sjukvårdens möjligheter att behandla vanliga bakteriella infektionssjukdomar och bedriva avancerad sjukvård. Antibiotika måste användas rationellt – rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid. Antibiotikaförsäljningen i öppenvården har under en lång tid minskat i Sverige. Detta beror bland annat på riktade insatser för att öka den rationella antibiotikaförskrivningen i samband med patientsäkerhetsöverenskommelsen²⁶ och utvecklingen av lokala så kallade Stramagrunder, som finns i alla landsting. Dessa arbetar för rationell antibiotikabehandling bland annat genom att återkoppla till primärvårdsläkarna om antibiotikaförskrivningen och genom att utveckla lokala behandlingsrekommendationer.

Av de bakterier som är resistenta mot antibiotika finns fyra grupper som är anmälningsskyldiga enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168). Det är landstingens vårdhygienenheter och smittskyddsenheter som främst är involverade i det förebyggande arbetet, tidig upptäckt och omhändertagande av olika bakterieutbrott.

Antibiotikaförsäljningen har minskat

Antibiotikaförsäljningen minskade 2016 i öppen vård med 1,6 procent jämfört med 2015, från 323 till 318 recept/1 000 invånare och år. I åldersgruppen 0–6 år och 7–19 år ökade dock försäljningen med 4,5 procent respektive 1,5 procent. I övriga åldersgrupper fortsatte försäljningen att minska. Störst minskning ses i åldersgruppen 65–79 år, där försäljningen av antibiotika minskade med 3,5 procent. Antibiotikaförsäljningen varierade mellan de olika landstingen, från 345 recept per 1 000 invånare och år i Stockholm till 252 i Västerbotten. Västerbotten har i stort sett nått det långsiktiga målet med 250 expedierade recept per 1 000 invånare och år. Störst minskning av antal sålda recept per 1 000 invånare mellan 2015 och 2016 hade Värmland, Dalarna och Skåne.

Antibiotika som har sålts på slutenvårdsrekvisition²⁷, mätt i definierade dygnsdoser (DDD)/1 000 invånare och dag, minskade något 2016 jämfört med 2015, från 1,57 till 1,54 DDD/1000 invånare och dag²⁸. En positiv trend är att slutenvården under perioden 2000–2016 har gått från en hög användning av bredspektrumantibiotika till en större andel smalspektrumantibiotika. Bredspektrumantibiotika har effekt på ett flertal typer av bakterier och innebär en betydligt större risk för resistens, medan smalspektrumantibiotika specifikt påverkar skadliga bakterier och generellt inte påverkar kroppens normalflora och det är därmed inte lika stor risk för att bakterierna blir

²⁶ Överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL för perioden 2011–2014.

²⁷ Slutenvårdsrekvisition omfattar i huvudsak sjukhus men också andra vårdenheter t.ex. äldreboenden.

²⁸ Landstinget i Blekinge ingår inte.

resistenta. Andelen smalspektrumantibiotika av den totala antibiotikaförbrukningen inom slutenvården låg 2016 på samma nivå som under 2015 (12 procent). Det var en skillnad på 11 procentenheter mellan det län som hade högst respektive lägst andel [47].

En analys av försäljningen och användningen 2016 kommer i nästa SWEDRES-rapport, som publiceras i juni 2017.

Antibiotikaanvändningen inom tandvården minskar

Sedan 2007 har antalet uthämtade förpackningar med antibiotika förskrivna av tandläkare minskat med en tredjedel. År 2015 förskrev tandläkare i snitt 21,8 recept på antibiotika per 1000 invånare. Minskningen mellan 2010 och 2015 har varit större bland offentliga vårdgivare än bland privata vårdgivare. Med några undantag minskar förskrivningen i samtliga landsting. Det finns dock stora regionala skillnader. Det är fram för allt inom läkemedelsgruppen Fenoximetylpenicillin (PcV) som skillnaderna ses. Kvinnor förskrivs fler recept på antibiotika än män. Skillnaden mellan män och kvinnor har dock minskat. Orsakerna till skillnaden och till att den består är inte känd.

Socialstyrelsen har gjort en fördjupad analys av antibiotikaförskrivningen inom tandvården för vilka diagnoser och för vilka behandlingar antibiotika används. Exempelvis har antibiotikaanvändningen vid akut tandvärk minskat från 20 till 16 procent mellan 2010 och 2015 men det är stora skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare. Antibiotika förskrivs också i profylaktiskt syfte t.ex. i samband med operationer för att sätta in tandimplantat i käkarna. År 2015 fick 38 procent av patienterna i riket som behandlades med tandimplantat antibiotika förskrivet på recept. Mellan 2010 och 2015 minskade förskrivningen med 10 procent men det är stora regionala skillnader. Resultatet från analysen redovisas i sin helhet i *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2017*.

Minskningen av den totala förskrivningen av antibiotika kan förutom ökad följsamhet till nationella riktlinjer och en rationell antibiotikaförskrivning också tillskrivas en förbättrad tandhälsa i befolkningen. I och med att antalet implantatbehandlingar ökar i befolkningen kan dock antalet förskrivningar av antibiotika komma att öka om behandlarnas förskrivningsmönster inte förändras [48].

Antibiotikaförbrukningen varierar mycket i Europa

Sverige är bland de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning. Det är stora skillnader i hur antibiotika används. Exempelvis under 2015 förbrukade de länder som använder mest antibiotika, tre gånger så mycket antibiotika som de länder som förbrukade minst mängd (från 36,1 DDD/1 000 invånare och dag i Grekland till 10,7 DDD/1 000 invånare och dag i Nederländerna). I Sverige används oftare penicillin med smalt spektrum än i de flesta andra länder i Europa. Sverige är, tillsammans med de övriga nordiska länderna, också ett av de länder som använder lägst andel bredspektrumantibiotika i förhållande till smalspektrumantibiotika [49].

Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar

Resistensnivåerna för vanliga bakterier har länge varit låga i Sverige jämfört med situationen i andra länder, men resistensläget försämrats kontinuerligt. Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier fortsätter att öka men den snabba ökningstrenden som sågs hösten 2015 och i början av 2016 har avtagit. Under 2015 anmäldes nästan 3 900 fall av resistent bakterier av typen MRSA²⁹, vilket var drygt 30 procent fler än 2014. Ökningen berodde till stor del på att fler människor på flykt sökt vård och provtagits i Sverige under 2015. Under 2016 rapporterades drygt 4 400 fall av MRSA. Avstanningen av den snabba ökningstrenden hösten och vintern 2015–2016 bedöms bero på minskat flyktingmottagande som i sin tur ger en minskad provtagning av personer från områden med hög förekomst av MRSA. Sverige har en låg förekomst av MRSA jämfört med många andra länder i Europa.

Resistensutvecklingen har under senare år varit särskilt oroande för gram-negativa tarmbakterier som producerar ESBL³⁰. Av de anmälningspliktiga bakterierna var bakterier som producerar ESBL den vanligaste med cirka 10 659 anmälda fall under 2016. Även det är en ökning jämfört med 2015 då 9 582 fall rapporterades. För ESBL var ökningstrenden hösten 2015 och början av 2016 inte lika stor som för MRSA.

Ett särskilt hot är fler fall med mycket resistent tarmbakterier, ESBL_{CARBA}, som är en variant av ESBL där bakterierna är resistent mot den antibiotika som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier. ESBL_{CARBA} har i Sverige ökat från 115 fall 2015 till 126 fall 2016. Antalet fall mer än fördubblades 2015 jämfört med 2014 då det rapporterades totalt 47 fall. I likhet med trenden för MRSA ökade antalet fall med ESBL_{CARBA} hösten 2015 och i början av 2016 och bedöms ha samma orsaker.

För resistent bakterier av typen VRE³¹ rapporterades 166 fall under 2016; under 2015 rapporterades 157 fall. Trenden är oförändrad och påverkas av förekomsten av smittspridningar på sjukhus. Under 2016 hade det t.o.m. november endast rapporterats små smittspridningar på sjukhus [50].

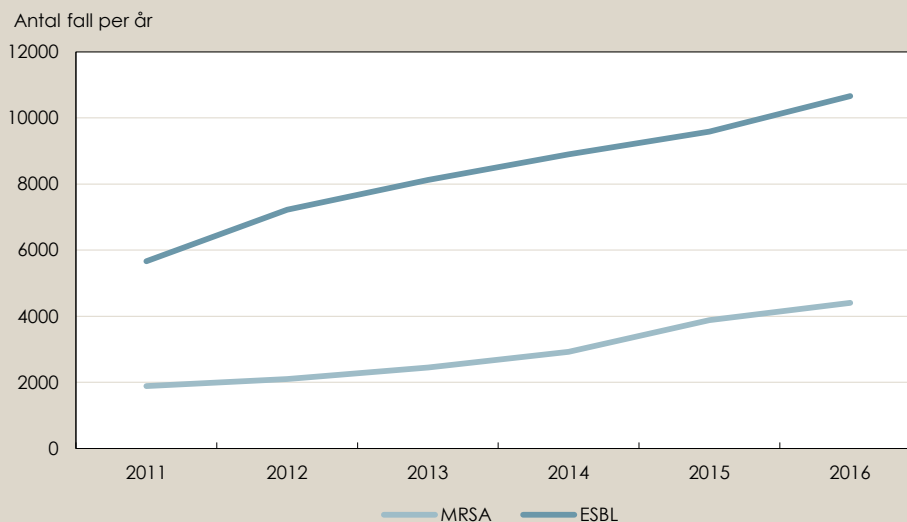
Figur 10 beskriver förekomsten av antal fall av MRSA och ESBL i Sverige 2011–2016.

²⁹ MRSA: Meticillinresistent *Staphylococcus aureus*.

³⁰ ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum Betalactamase.

³¹ VRE: Vancomycinresistent enterokocker.

Figur 10. Förekomsten av MRSA och ESBL i Sverige 2011–2016



Infektionsverket

Infektionsverket är ett nationellt it-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om VRI och antibiotikaanvändning. Syftet är att förebygga VRI och förbättra följsamheten till behandlingsrekommendationer för antibiotika. I samband med dokumentationen av en antibiotikaordination registrerar ordinatorerna även ordinationsorsaken. Uppgifter om diagnos, åtgärder, vårdtillfälle med mera överförs därefter automatiskt från journalsystemen. Vårdpersonal och chefer kan därefter skapa olika typer av rapporter för återkoppling och uppföljning. Stöd för att använda Infektionsverket finns i en vägledning [51].

Infektionsverket är infört i den somatiska slutenvården i alla landsting men användningen varierar stort. En handfull landsting är mycket aktiva användare medan andra i stort sett inte använder verket. Den låga användningen beror främst på tekniska problem i journalsystemen. Det är sammanlagt 499 vårdenheter³² som är anslutna. Det är dock inte alla anslutna enheter som sedan använder resultatet i sitt patientsäkerhetsarbete.

År 2016 blev det enklare att använda verket i och med att vårdenheter kan prenumerera på rapporter med sitt resultat, med visst intervall. Infektionsverket är i nuvarande version utformat för att möta slutenvårdens behov men en handfull landsting använder verket även i primärvården.

I dagsläget är det inte möjligt att sammanställa data över vårdgivargränser och få nationella datasammanställningar. Folkhälsomyndigheten och Inera arbetar med att stabilisera kraven så att det går att införa nationell datasammanställning, som är juridiskt, tekniskt och organisatoriskt genomförbar. Verket måste byggas om och vårdgivarna måste ge godkännande att dela

³² Hämtat 2017-02-03 från http://www.inera.se/KONTAKT_KUNDSERVICE/Statistik-om-anvandande-och-anslutning/. Vårdenhet är enligt PDL-definition i HSA-katalogen t ex kirurgklinik. För att räknas in ska vårdenheten skickat in minst 4 av 5 möjliga informationsmängder.

med sig av data och skicka in sina data. Målsättningen är att detta ska vara på plats till slutet av 2018.

Sammanfattande diskussion

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Antalet disponibla vårdplatser har minskat och orsakerna till det kan vara flera. Det kan bero på nya behandlingsformer som minskat behovet av slutenvård, en utbyggd hemsjukvård men också en brist på personal som medfört att vårdplatser måste hållas stängda. Samtidigt ökar antalet överbeläggningar sedan mätningarna inleddes för tre år sedan. Hur stort behovet av disponibla vårdplatser är i de enskilda landstingen behöver studeras närmare utifrån bl.a. demografi, sjuklighet och rörlighet av patienter mellan landsting. Analyser behövs också av bakomliggande orsaker till variationer mellan landstingen. Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt med kontinuerlig mätning av överbeläggning och utlokalisering av patienter åtföljt av verksamheternas analyser av vårdplatssituationen och åtgärdsplaner med ett helhetsperspektiv som gäller hela vårdkedjan. Åtgärdsplanerna måste omfatta samverkan med andra vårdgivare såväl som en analys av vårdplatsfördelningen mellan klinikerna och mellan sjukhusen i landstinget och vid behov en plan för hur resurser ska omorganiseras.

Utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats och vårdtiden ökar påtagligt för de utlokaliserade patienterna. Socialstyrelsens kartläggning av tillgänglig forskning om sambandet mellan överbeläggningar och vårdskador [1] ligger dock några år tillbaka i tiden och studierna återspeglar inte helt dagens hälso- och sjukvård med allt mer avancerad sjukvård för exempelvis äldre patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Mer kunskap behövs om eventuell förekomst av vårdskador och risker som inträffat till följd av den aktuella vårdplatssituationen.

Överbeläggningar och utlokaliseringar leder till betydande risker för patienterna. Det är angeläget att åtgärder vidtas för att öka tillgången på disponibla vårdplatser.

Diagnostiska fel

Kunskapsläget gällande diagnostiska fel behöver utvecklas. Det är svårt att få en bild av problemområdet, och som nämnts saknas till stor del tillförlitliga metoder för att mäta förekomsten av diagnostiska fel. Det saknas även en enhetlig nationell terminologi och en enhetlig kategorisering av orsakerna till inträffade händelser i de nationella rapporteringssystemen. Socialstyrelsen har inlett ett förarbete om terminologin inom diagnostikområdet.

Det är av vikt att hantera diagnostiska fel ur olika perspektiv i vårdssystemet och det måste göras i samverkan mellan olika professioner och aktörer inom vården. För att skapa ett lärande behövs en utvecklad patientsäkerhetskultur som medger öppna diskussioner i den lokala verksamheten om diagnostiska svårigheter och återkoppling om huruvida diagnosen var korrekt eller felaktig. Utbildning och träning i den diagnostiska processen behöver

vidareutvecklas för att åstadkomma ökad medvetenhet hos individen om de kognitiva fallgropar som finns. Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen ha tillgång till elektroniska beslutsstöd som skapar effektivare skyddsnät och barriärer som fångar fel och förhindrar patientskada. Slutligen är det viktigt att involvera patienten och de närstående i den diagnostiska processen.

Kompetens och bemanning

Brist på kompetens och bemanning är centrala utmaningar inom hälso- och sjukvården som riskerar att försämra patientsäkerheten. Socialstyrelsen har i mars 2017 lanserat en uppdaterad version av en tidigare handbok i form av en webbplats med handledning kring vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården³³. Det är ett sätt som bör underlätta för verksamheterna att använda de befintliga resurserna på ett mer effektivt sätt. Socialstyrelsen har också tillsammans med Universitetskanslersämbetet i uppdrag att säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser samt utveckla nationella samverkansarenor för att ge stöd för den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Den generellt höga användningen av hyrpersonal behöver analyseras för att förstå vilken effekt denna användning har på patientsäkerheten.

Faktorer som kan påverka förekomsten av VRI

Landstingens styrning av vårdnära städning har förbättrats. Kunskapen och kompetensen hos personalen vid införande av nya metoder och utrustning samt återkoppling av resultat från egenkontrollen behöver utvecklas. Styrningen av vårdnära städning inom kommunal hälso- och sjukvård bör också kartläggas för att identifiera behovet av kunskapsstöd.

I all hälso- och sjukvård, oavsett om den bedrivs i sluten eller öppen vård, i särskilt eller ordinärt boende är det viktigt att vidta åtgärder som minskar riskerna att patienterna drabbas av VRI. PPM-BHK visar att följsamheten är oförändrad i landstingen och med en fortsatt stor variation mellan yrkesgrupper och mellan landsting. Det är låg följsamhet till BHK i kommunerna men också ett lågt deltagande i mätningarna. PPM-BHK är ett verktyg för egenkontroll och kommunernas deltagande bör ökas. Verksamhetsledningarna måste analysera orsaker till bristerna i följsamheten och skapa förutsättningar för en ökad följsamhet till bestämmelserna i gällande föreskrift, Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg.

Antibiotikaförsäljningen har fortsatt att minska men det är fortfarande stor skillnad mellan landstingen vilket tyder på att det i vissa landsting finns en fortsatt överanvändning av antibiotika. Det är viktigt att arbetet med att främja en rationell antibiotikaanvändning fortsätter på alla nivåer i syfte att dels begränsa resistensutvecklingen och dels uppmärksamma att det inte blir en underanvändning med komplikationer för patienterna. Infektionsverktyget är ett viktigt stöd i arbetet att förebygga VRI och förbättra följsamheten till behandlingsrekommendationer för antibiotika. Det är av vikt att lösa de tekniska problemen i journalsystemen så att verktyget kan användas aktivt. Det är också viktigt att verktyget utvecklas till att kunna användas inom

³³ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/>.

primärvården eftersom det framför allt är inom den öppna vården som antibiotika förskrivs.

Åtgärder som förebygger vårdskador

Inledning

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att det skulle kunna inträffa händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador³⁴. Vårdskador kan uppstå om patienter inte får adekvat diagnostik, behandling och åtgärder i rätt tid. Rekommendationer för en specifik behandling baseras på verifierad kunskap eller forskning. Det är därför viktigt att ur ett patientsäkerhetsperspektiv följa upp att dessa rekommendationer följs.

I januari 2017 publicerades Öppna jämförelser för säker vård [5]. Det är den första Öppna jämförelse som belyser vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Redovisningen syftar till att förskjuta perspektivet från skaderapportering till redovisning av hur säker vården är, med indikatorer som återspeglar dels strukturella förhållanden som kan påverka vårdskadefrekvensen, dels förebyggande åtgärder som minskar förekomsten av skador och vårdskador. Dessa förebyggande åtgärder återfinns exempelvis i nationella riktlinjer³⁵. Denna perspektivförskjutning vill vi även lyfta fram i den här rapporten och redovisar därför ett urval av indikatorerna från ÖJ. De utvalda processindikatorerna har fastställda målnivåer, vilket är något som saknas för de indikatorer som vi har redovisat i tidigare lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet. Fastställda målnivåer, baserade på nationella riktlinjer, ger hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot.

Brister i vårdprocesserna kan också medföra att patienter i onödan utsätts för behandlingar som medför ökade risker. I den här rapporten är olämplig läkemedelsförskrivning till äldre ett exempel på en sådan indikator.

Slutligen redovisas användningen av förebyggande åtgärder för trycksår, fall, undernäring och nedsatt munhälsa i kommunal vård och omsorg.

³⁴ 3 kap. 1 § PSL2010:659, 5 kap. § 1 SOSFS 2011:9.

³⁵ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>.

Resultat i korthet

- Det är 79 procent som får vård på en strokeenhet i akutskedet.
- Det är 76 procent av patienterna med ST-höjningsinfarkt som får reperfusionsbehandling i enlighet med Socialstyrelsens kvalitetsmål.
- Medelväntetiden för höftfrakturopoperation är 22 timmar för kvinnor och 23 timmar för män.
- Andelen patienter med bipolär sjukdom som fått tillgång till återfallsförebyggande läkemedel är 86 procent.
- Mellanmål är den vanligaste förebyggande åtgärden för personer med risk att få trycksår.
- Den vanligaste förebyggande åtgärden för personer med risk att falla är larm eller extra tillsyn.
- Vägning var tredje månad är den vanligaste förebyggande åtgärden för personer med bedömd risk att bli undernärda.
- Minskningen av olämplig eller riskfylld läkemedelsbehandling hos äldre har fortsatt under 2016.

Direktintag på strokeenhet

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för stroke ska patienter som insjuknar i stroke vårdas på en strokeenhet. En strokeenhet är en specialiserad vårdavdelning med multidisciplinära team som är experter på behandling och rehabilitering av stroke, dvs. hjärnskador som orsakas av störningar i blodtillförseln. Patienter som vårdas på strokeenheter har lägre dödlighet, mindre kvarstående funktionsnedsättning och mindre behov av institutionsboende än patienter som vårdas på andra enheter. De positiva effekterna av fungerande strokeenheter gäller samtliga patienter med stroke oavsett deras ålder, kön eller hjärnskadans svårighetsgrad.

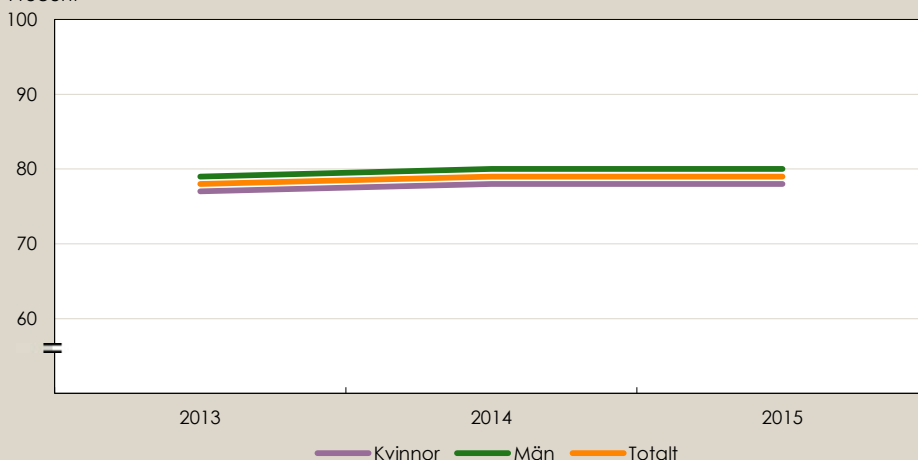
Vid många sjukhus får så gott som alla patienter tillgång till särskild kompetens på en strokeenhet eller intensivvårdsavdelning direkt när de blir inlagda. Det finns dock sjukhus där många strokepatienter först läggs in på någon annan avdelning för att i ett senare skede överföras till en strokeenhet. Figur 11 visar andelen patienter som skrevs in direkt på en strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke. Även intensivvårdsavdelningar och neurokirurgiska kliniker räknas här som strokeenheter. I riket skrevs 79 procent in direkt på strokeenhet 2015, en marginell ökning sedan 2013. Män skrivs in i något högre utsträckning än kvinnor.

Socialstyrelsen har fastställt en målnivå som innebär att minst 90 procent av alla patienter i riket som helhet bör skrivas in direkt och vårdas på strokeenhet under den akuta fasen. För att uppnå målnivån under 2015 hade ytterligare cirka 2 400 patienter behövt skrivas in på strokeenhet.

Figur 11. Direktintag på strokeenhet

Andelen patienter som direkt skrevs in på strokeenhet, av alla som vårdades för akut stroke.

Procent



Källa: Riksstroke - Nationella kvalitetsregistret för stroke.

Variationen mellan landstingen var förhållandevis stor, från 58 till 91 procent. Det är många landsting som inte uppnådde målnivån för direktintag på strokeenhet. Tretton landsting hade ett eller flera sjukhus som *inte* eller *endast delvis* uppfyllde kriterierna för strokeenhet [52]. Variationerna kan bero på begränsad tillgång på strokeenhetsplatser men också på att vissa sjukhus lägger in strokepatienter på andra vårdavdelningar som utför trombolys och akutbehandling i viss utsträckning [5].

Reperfusion inom målsatt tid vid STEMI

Vid ST-höjningsinfarkt (STEMI³⁶) är det viktigt att så snabbt som möjligt återställa blodflödet till hjärtat (s.k. reperfusion). Detta minskar dödligheten och omfattningen av skadan på hjärtmuskeln vid infarkt. Reperfusion kan åstadkommas med hjälp av en kateter som förs in i hjärtats kranskärl (PCI) och med läkemedel som löser upp blodproppar (trombolys).

Socialstyrelsens kvalitetsmål har satts enligt följande:

- tiden mellan första EKG som visar ST-höjning och start för angiografi/PCI ska ske inom 90 minuter
- tiden mellan första EKG som visar ST-höjning och påbörjad trombolysbehandling ska ske inom 30 minuter.

Enligt Socialstyrelsens nationella mål som fastställdes 2014 ska ≥ 90 procent av alla patienter med STEMI som är yngre än 80 år få reperfusionsbehandling i enlighet med kvalitetsmålen ovan³⁷.

Under 2010–2015 ökade andelen patienter som fick PCI eller trombolys inom målsatt tid med drygt sju procentenheter. Under 2015 fick 76 procent av patienterna behandling inom målsatt tid. Män fick behandling inom

³⁶ STEMI, en hjärtinfarkt som medför en viss typ av EKG-förändring.

³⁷ År 2015 bestämdes att samma målnivå ska gälla även för patientgruppen 80 år och äldre (redovisas inte här).

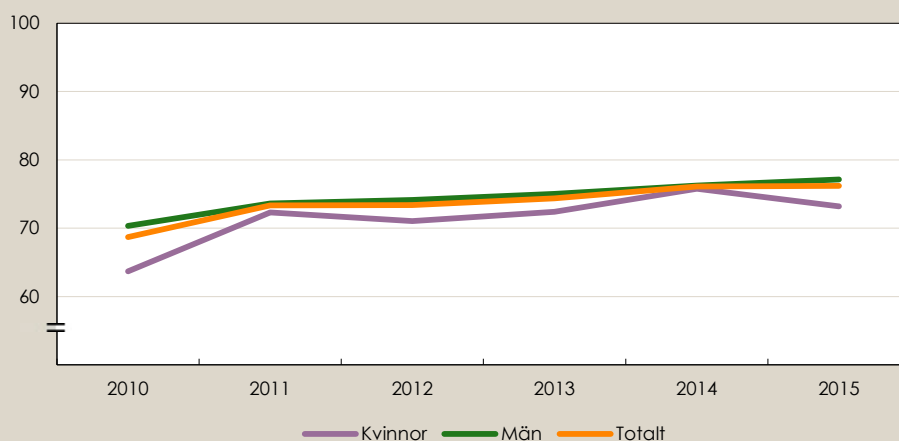
målsatt tid i högre utsträckning (77 procent) än kvinnor (73 procent), se figur 12.

Det varierar mycket mellan landstingen hur stor del av patienterna upp till 80 år som fick reperfusionsbehandling inom målsatt tid. Variationsbredden var 70 procent för kvinnorna och 67 procent för männen. Det är endast ett landsting som uppnår målet på 90 procent för både män och kvinnor [5].

Figur 12. Tid till reperfusion vid ST-höjningsinfarkt

Andel patienter som reperfusionsbehandlas i målsatt tid vid ST-höjningsinfarkt. Avser patienter under 80 år.

Procent



Källa: Swedeheart – RIKS-HIA.

Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

Antalet fallskador som kräver sjukhusvård har mer än fördubblats sedan år 2000 och uppgår nu till cirka 70 000 årligen. Kvinnor som är 65 år eller äldre drabbas oftare av fallskador än män i samma åldersgrupp. Detta beror delvis på att benskörhet är vanligare hos kvinnor. Många av fallolyckorna resulterar i höftfrakturer som utöver lidande för den drabbade även medför stora kostnader för samhället [53].

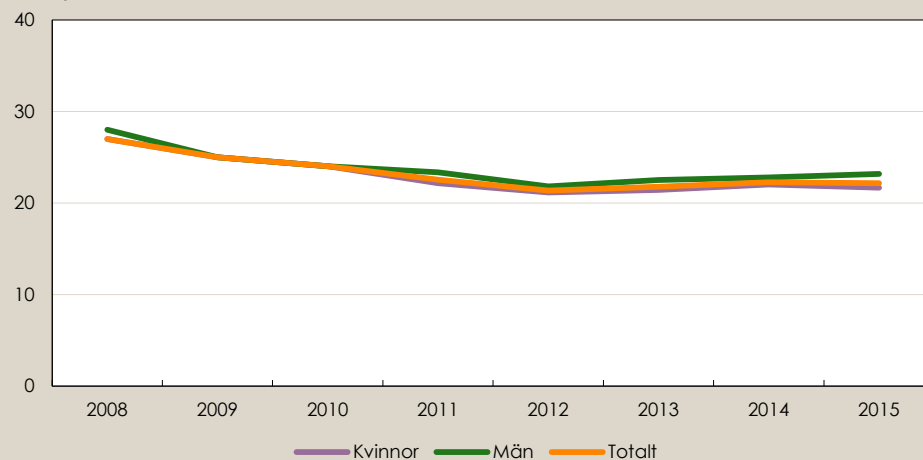
Under 2014 inträffade drygt 18 600 höftfrakturer enligt Socialstyrelsens patientregister. Höftfrakturer kräver operation. Mer än 24 timmars fördröjning kan leda till ökad frekvens skador såsom infektion, trycksår och förvirring samt dödsfall. Att operera höftfrakturer i rätt tid minskar risken för skador och dödsfall vilket speglar säker vård.

Figur 13 visar hur många timmar det går från tidpunkten då patienten kommer till sjukhuset tills operationen startar. I riket 2015 var medelväntetiden för kvinnor 22 timmar och för män 23 timmar. Variationen mellan landstingen var 14–32 timmar för kvinnor och 12–32 timmar för män [5].

Figur 13. Höftfrakturopoperation inom 24 timmar

Väntetid till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus, mätt i timmar.

Timmar



Källa: RIKSHÖFT - Nationella höftfraktureregistret.

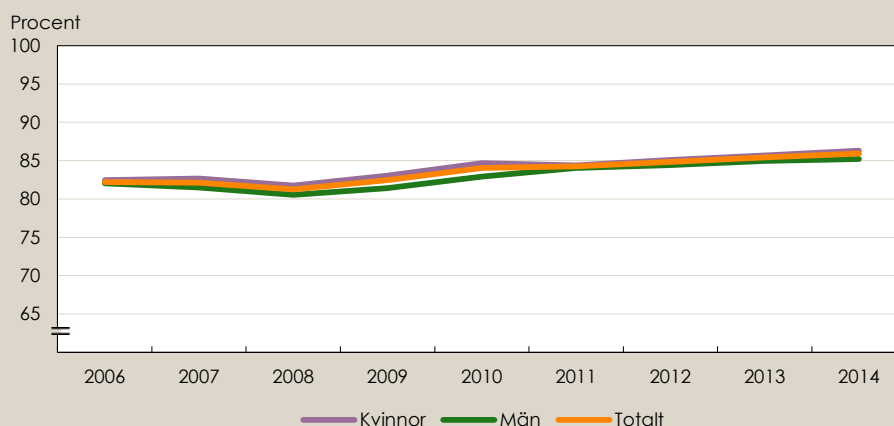
Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

För att förhindra återinsjuknande och självmord hos patienter med bipolär sjukdom behövs en livslång behandling med stämningsstabiliserande läkemedel [54]. Hög tillgänglighet och god kontinuitet inom hälso- och sjukvården är en förutsättning för ett effektivt omhändertagande av personer med bipolär sjukdom. Behandling med litium har en god effekt på symtomen och funktionsförmågan vid maniska episoder hos äldre och vuxna, samt en god återfallsförebyggande effekt efter maniska eller depressiva episoder vid bipolär sjukdom. Behandling med litium har hög prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 1 av 10). Även förebyggande behandling med antiepileptika och antipsykotika ingår i riktlinjerna men har lägre prioritet. Figur 14 visar andelen patienter med bipolär sjukdom som fick återfallsförebyggande läkemedelsbehandling, det vill säga patienter som gjort minst två läkemedelsuttag under 365 dagar efter läkarbesök i specialiserad öppenvård eller efter slutenvårdstillfället. Här visas vårdens förmåga att erbjuda återfallsförebyggande behandling, litiumbehandling till patienter med bipolär sjukdom, vilket återspeglar en säker vård.

Andelen patienter med bipolär sjukdom som fått tillgång till återfallsförebyggande läkemedel ökar och var 86 procent 2014. Det fanns ingen större variation mellan de olika landstingen och inte heller någon skillnad mellan män och kvinnor [5].

Figur 14. Återfallsförebyggande behandling vid bipolär sjukdom

Andel patienter 20–59 år med bipolär sjukdom som får återfallsförebyggande behandling med stämningstabiliserande läkemedel efter manisk eller depressiv period. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Trycksår, fall, undernäring och munhälsa – förebyggande åtgärder

Inledning

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad och är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv³⁸. Kroppsdelar där ben ligger nära hud, såsom hälar och korsben, är speciellt utsatta. Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador och orsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för samhället. Alla trycksår är inte vårdskador. I datakällan markörbaserad journalgranskning bedöms att trycksår går att undvika till 91 procent [55]. Vidare kan vissa trycksår som uppkommer i livets slutskede vara oundvikliga trots optimala förebyggande åtgärder [56].

Falloolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga. Vissa typer av läkemedel utgör en ökad risk för falloolyckor. Andra riskfaktorer är exempelvis underliggande sjukdomar och låg kroppsvikt [57,58].

Undernäring är ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Undernärda äldre har högre dödlighet, tar mer receptbelagda läkemedel och har en högre frekvens av infektioner. Undernärda patienter löper större risk att drabbas av komplikationer, vilka i sin tur leder till högre vårdkostnader [59–61]. En god munhälsa hos äldre är viktig för att kunna tillgodogöra sig näringsriktig kost. Munhälsoproblematik ökar risken för undernäring vilket även innebär ökad risk för både fall och trycksår.

³⁸ Skjuv uppstår när olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra. Friktion och skjuv uppstår om personen dras och inte lyfts i sängen. Det kan också uppstå när en fot eller en armbåge gnids mot underlaget.

Det finns vägledningar och kunskapsunderlag för att stödja vårdpersonalen i arbetet med att motverka trycksår [62,63], förebygga fall och fallskador [64], förebygga och behandla undernäring [59] samt förebygga ohälsa i munnen [65]. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att ta fram och genomföra en utbildningsinsats för att förebygga fallolyckor (S2015/07797/FST). Uppdraget omfattar bland annat att ta fram en webbase-rad utbildning om fallprevention som riktar sig mot verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. Utbildningen beräknas vara klar hösten 2017. Det ingår också i uppdraget att genomföra en utbildning riktad till äldre om hur de själva kan skydda sig mot fallolyckor. Mer information finns på Socialstyrelsens webbplats³⁹.

Riskbedömning och planering av förebyggande åtgärder genomförs konti-nuerligt och då kan nationella kvalitetsregistret Senior alert användas för att följa utvecklingen. De enhetstyper som registrerar i Senior alert är demens-boenden, korttidsboenden, särskilda boenden, hemsjukvårdsteam och hem-tjänstteam. Nedan redovisas registrerade förebyggande åtgärder för personer, 65 år och äldre, med bedömd risk för trycksår, fall, undernäring och nedsatt munhälsa med minst en åtgärd registrerad. Att beakta i redovisningen är att täckningsgraden för de olika enhetstyperna varierar. Socialstyrelsen har gjort en samkörning mellan Socialstyrelsens register⁴⁰ och Senior alert och täckningsgraden oavsett boendeform⁴¹ är 46 procent. Enbart särskilt boende har en täckningsgrad på 79 procent och för hemsjukvård (minst 2 insatser under ett år) är täckningsgraden 36 procent [66].

Trycksår och förebyggande åtgärder

De vanligaste förebyggande åtgärderna hos personer med bedömd risk att få trycksår är att äta mellanmål och minska nattfastan, båda på 13 procent. Av de 12 vanligaste åtgärderna är 6 stycken kostrelaterade. Tryckutjämnande underlag är planerat för 7 procent (se tabell 1). Resultatet är i stort sett samstämmigt med föregående års resultat.

En indikator i Öppna jämförelser [67] är andel av de äldre på särskilda boenden som bedömts ha risk för trycksår, och där verksamheten planerat för bruk av tryckutjämnande underlag. Resultatet i riket för denna indikator är 33 procent; förra året var det 31 procent.

³⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/balanseramera>.

⁴⁰ Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och registret över socialtjänstens insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning.

⁴¹ Ordinärt boende – en insats i kommunal hälso- och sjukvård (KHS), ordinärt boende – hemsjukvård i KHS, särskilt boende.

Tabell 1. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för trycksår 2015–2016*

Åtgärd	Andel (%)
Mellanmål	13
Minska nattfastan till max 11 timmar	13
Bedömning av huden en gång per dag eller oftare	11
Hudvård	9
Bruk av tryckutjämnanande underlag	7
Berikning av kosten	6
Näringsdryck	5
Kroppspositionering i säng/stol	6
Regelbundna lägesändringar	5
Protein- och energirik kost	4
Hjälpmedelsförskrivning	4
Konsistensanpassning	4
Övrigt	15

*Data för riskbedömningar från 2015-08-01–2016-08-31. Data för åtgärder från 2015-09-01–2016-09-30.
Källa: Senior Alert.

Av de personer inom kommunens särskilda boendeformer och demensboende som har en bedömd risk för trycksår har 57 procent minst en planerad förebyggande åtgärd. För personer i korttidsboende är andelen lite högre, 61 procent. Lägst andel är det för personer inom hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam, 43 respektive 40 procent. Variationen mellan kommunerna är 7 till 97 procent.

Fallrisk och förebyggande åtgärder

De vanligaste förebyggande åtgärderna hos personer med bedömd risk att falla är larm eller extra tillsyn 14 procent, läkemedelsgenomgång 12 procent och assistans vid personlig vård 11 procent (se tabell 2). Resultatet är i stort sett samstämmigt med föregående års resultat.

Tabell 2. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för fallskada 2015–2016*

Åtgärd	Andel %
Larm/extra tillsyn	14
Läkemedelsgenomgång	12
Assistans vid personlig vård	11
Stöd vid personlig vård	9
Hjälpmedelsförskrivning	9
Assistans vid förflyttning	9
Gångträning	7
Anpassning av möblering och inventarier	7
Antihalksockar	3
Anpassning av belysning och ljud	3
Information/undervisning om hälsa/ohälsa – Fall	3
Balansträning	2
Övrigt	13

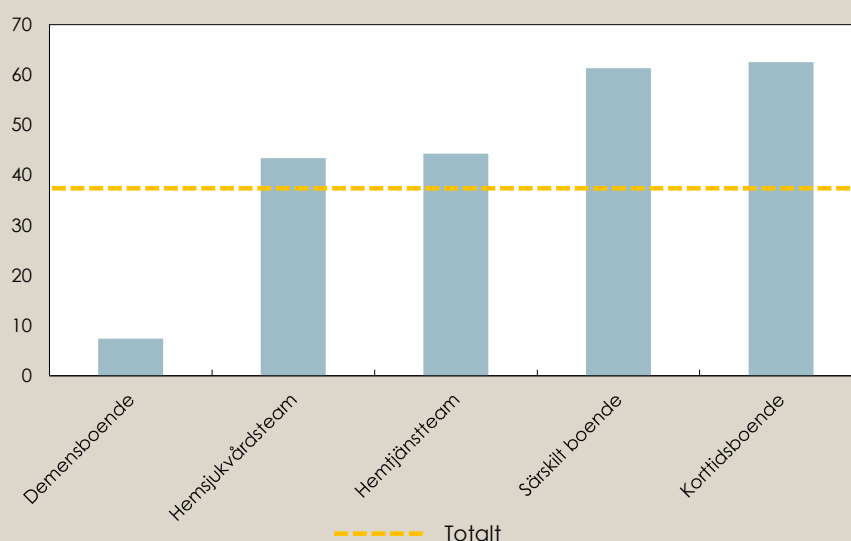
*Data för riskbedömningar från 2015-08-01–2016-08-31. Data för åtgärder från 2015-09-01–2016-09-30.
Källa: Senior Alert.

Det är 63 respektive 61 procent av dem inom kommunens korttidsboende och särskilda boendeformer, med bedömd risk för att falla, som har minst en planerad förebyggande åtgärd. För personer inom kommunens hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam är andelen betydligt lägre och ligger på drygt 40 procent, och för personer på demensboende är andelen endast 7 procent, se figur 15. Variationen mellan kommunerna är 0 till 97 procent.

Figur 15. Registrerade åtgärder vid bedömd risk för fallskada*

Andelen personer, 65 år och äldre, som har en bedömd risk för fallskada och minst en åtgärd registrerad.

Andel



*Data för riskbedömningar från 2015-08-01–2016-08-31. Data för åtgärder från 2015-09-01–2016-09-30.
Källa: Senior Alert.

Undernäring och förebyggande åtgärder

Den vanligaste förebyggande åtgärden hos personer med bedömd risk för undernäring är vägning minst en gång var tredje månad, 15 procent. Därefter att äta mellanmål och minska nattfastan till max 11 timmar, med 13 respektive 12 procent (tabell 3). Resultat är detsamma som i föregående års redovisning av registrerade åtgärder.

Tabell 3. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för undernäring 2015–2016*

Åtgärd	Andel (%)
Vägning minst 1 gång var tredje månad	15
Mellanmål	13
Minska nattfastan till max 11 timmar	12
Läkemedelsgenomgång	10
Uppmuntran och påstötning	9
Assistans vid munvård	7
Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation	6
Berikning av maten	5
Näringsdryck	5
Protein- och energirik kost	3
Matning	3
Konsistensanpassning	3
Övriga	8

*Data för riskbedömningar från 2015-08-01–2016-08-31. Data för åtgärder från 2015-09-01–2016-09-30.
Källa: Senior Alert.

Av de personer på korttidsboenden som bedömts ha risk för undernäring har 63 procent planerade åtgärder. Både särskilt boende och demensboende ligger kring riksvärdet, 58 procent. För verksamheterna hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam ligger andelen betydligt lägre, 41 procent. Detta är dock en utveckling jämfört med föregående års resultat då andelen var omkring 34 procent. Variationen mellan kommunerna är 0 till 100 procent.

Åtgärder vid nedsatt munhälsa

Den vanligaste åtgärden för personer som har risk för försämrad munhälsa är tandborstning (assistans eller fullständig hjälp), 20 procent, följt av smörja läpparna och fukta munnen, 9 procent, se tabell 4. Flest åtgärder registreras på demensboenden. Där har 63 procent av personerna med risk fått en registrerad åtgärd. På korttidsboende och särskilt boende är motsvarande andel 61 respektive 60 procent. Hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam ligger betydligt lägre, 40 procent.

Tabell 4. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för nedsatt munhälsa 2015–2016*

Åtgärd	Andel (%)
Tandborstning – assistans eller fullständig hjälp	20
Smörj läpparna	9
Fukta munnen	9
Protesrengöring – assistans eller fullständig hjälp	7
Rengöring mellan tänderna – assistans eller fullständig hjälp	7
Fukta munslemhinnorna	6
Rengöring och fuktning av munslemhinnor	6
Information och/eller träning i munvård för att utföra munvård själv	5
Fukta tungan	4
Rengöring av tunga	4
Kontakt/remiss till tandläkare vid minst en 3:a	4
Underlätta sväljning genom fuktning av munnen	3
Övrigt	15

*Data för riskbedömningar från 2015-08-01–2016-08-31. Data för åtgärder från 2015-09-01–2016-09-30.
Källa: Senior Alert.

Olämplig och riskfylld läkemedelsbehandling

Inledning

Nya läkemedel och behandlingsprinciper har under de senaste årtiondena gjort det möjligt att behandla allt fler sjukdomar och tillstånd hos äldre. Samtidigt medför en allt mer omfattande läkemedelsanvändning hos äldre en ökad risk för olika typer av läkemedelsrelaterade problem. Fysiologiska förändringar på grund av ålder och sjukdom påverkar omsättningen och effekterna av läkemedel, vilket leder till en ökad känslighet och därmed risk för biverkningar. Användning av många läkemedel (polyfarmaci) utgör också i sig en betydande riskfaktor, bland annat för biverkningar och läkemedelsinteraktioner [68].

Förändring av läkemedelsanvändningen hos äldre

Sedan 2005, då mätningarna av äldres läkemedelsanvändning i läkemedelsregistret inleddes, har andelen personer 75 år eller äldre som har tio eller fler läkemedel ökat med 25 procent. Den påtagliga ökning som sågs mellan 2009 och 2010 vände till en minskning 2011–2012, men därefter har andelen åter ökat från 9,7 till 10,9 procent, se figur 16. Minskningen 2011–2012 kan förklaras av kommunernas och landstingens arbete med att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning inom ramen för ”Äldreöverenskommelsen”⁴²[69]. Medelantalet läkemedel per person följer i stort sett samma

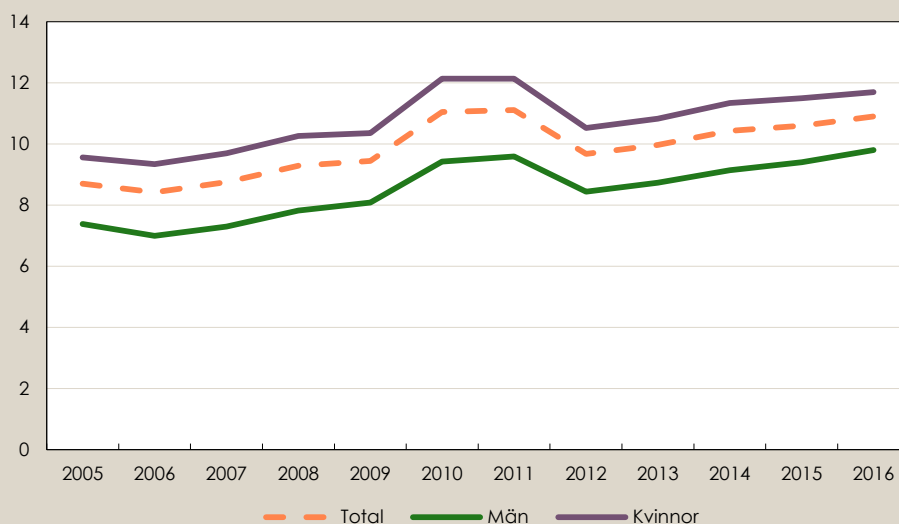
42 Ramöverenskommelse mellan SKL och regeringen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre under perioden 2010–2014.

utveckling som användningen av tio eller fler läkemedel. Sedan 2005 har det ökat från 4,4 till 4,8 läkemedel per person.

Figur 16. Andel äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2016.

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

I 2015 års lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet [46] redovisade Socialstyrelsen att det var framför allt läkemedel mot somatiska (kroppsliga) sjukdomar och tillstånd som har ökat i användning under den senaste tioårsperioden; främst blodfettssänkande läkemedel, hjärt-kärllekemedel (framför allt kalciumantagonister och angiotensin II-antagonister), medel vid magsår och reflux, vitamin B₁₂ och folsyra, lätta smärtstillande läkemedel (främst paracetamol) och medel vid godartad prostataförstoring. Flertalet av dessa läkemedel är rekommenderade för att förebygga eller behandla vanliga och viktiga sjukdomar och tillstånd hos äldre. Denna trend har i stort sett fortsatt under 2016, särskilt för angiotensin II-antagonister, blodfettssänkande läkemedel, kalciumantagonister, betablockerare samt medel vid magsår och reflux.

Förbättrad läkemedelsanvändning

Sedan 2005 ses hos äldre en påtaglig minskad användning av läkemedel som omfattas av ett urval av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [70]. Indikatorerna omfattar läkemedel och läkemedelskombinationer som bör undvikas till äldre, men också läkemedel som bör förskrivas med försiktighet på grund av risk för biverkningar. Sedan mätningen för föregående års lägesrapport [71] har flertalet av dessa indikatorer fortsatt att minska.

Användningen av olämpliga läkemedel fortsätter minska

Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa läkemedel omfattas av indikatorn

Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger. Indikatorn innefattar följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

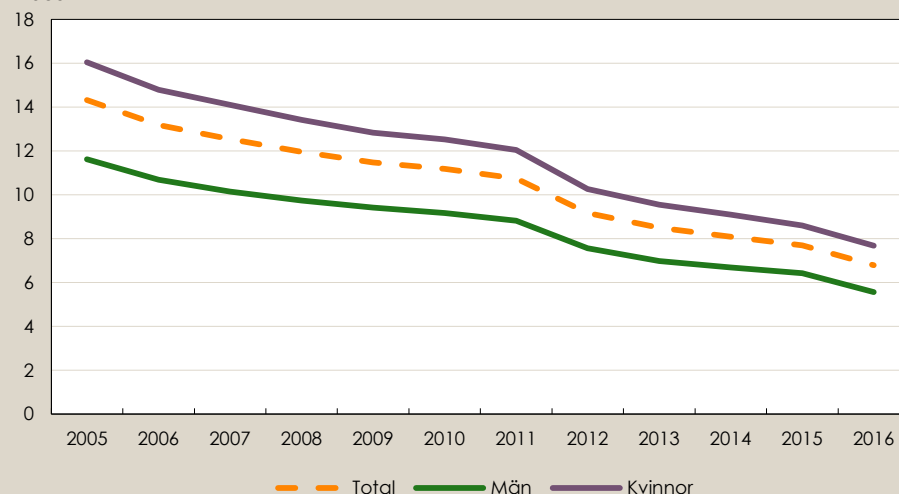
- bensodiazepiner med lång halveringstid
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- det smärtstillande medlet tramadol
- sömnmedlet propiomazin.

Sedan 2005 har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat med 53 procent, från 14,3 till 6,8 procent, och bara under senaste året har andelen sjunkit med 12 procent, från 7,7 procent 2015, se figur 17.

Figur 17. Andel äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2016

Procent



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Användning av antiinflammatoriska läkemedel fortsätter minska

Antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) medför hos äldre en ökad risk för mag-tarmblödningar, vätskeretention, hjärtinkompensation och nedsatt njurfunktion. Genom läkemedelsinteraktion kan de dessutom minska effekten av många av de läkemedel som används mot hjärtsvikt och högt blodtryck. Vidare kan åtminstone vissa av dessa antiinflammatoriska medel öka risken för hjärtinfarkt och stroke. NSAID bör därför förskrivas restriktivt till äldre. Sedan 2005 har andelen personer, 75 år eller äldre, som använder NSAID på recept minskat med 51 procent, från 5,1 till 2,5 procent.

Användningen av antipsykotiska läkemedel har nått sin bottennivå?

I äldrevården används antipsykotiska läkemedel ofta för att dämpa beteendesyntom såsom motorisk oro, rop och vandring, men oftast har de liten eller ingen effekt vid dessa tillstånd. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar såsom passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom.

De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner samt kan medföra en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Sedan 2005 har andelen äldre som använder antipsykotiska läkemedel minskat med 43 procent. Användningen nådde sin lägsta notering (2,0 procent) redan 2012 och har därefter legat kvar på ungefär samma nivå.

Skillnader med avseende på omsorgsnivå

Andelen äldre som använder tio eller fler läkemedel ökar påtagligt i takt med stigande omsorgsnivå. Detsamma gäller användningen av antipsykotika, som är överlägset högst i särskilt boende. Läkemedel som bör undvikas till äldre är däremot vanligast hos dem som bor hemma och har hemtjänst, medan användningen av NSAID minskar med stigande omsorgsnivå (tabell 5 a).

En jämförelse med motsvarande uppgifter för 2012 visar att relativt mycket har förändrats på fyra år (tabell 5 b). Andelen äldre med tio eller fler läkemedel har ökat överlag, i synnerhet i särskilt boende. Läkemedel som bör undvikas, liksom NSAID, har däremot minskat i användning, främst hos äldre med hemtjänst och i särskilt boende. För antipsykotika är användningen i sin helhet nästan oförändrad, men har ökat med 17 procent i särskilt boende.

Tabell 5. Andelen (%) 75 år och äldre utan och med hemtjänst samt i särskilt boende, som förskrivits 10 eller fler läkemedel, läkemedel som bör undvikas till äldre, antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) och antipsykotiska läkemedel, år 2016 (a) och 2012 (b).

a	Män			Kvinnor		
	Utan hemtjänst	Hemtjänst	Särskilt boende	Utan hemtjänst	Hemtjänst	Särskilt boende
Tio eller fler läkemedel	9,0	20,1	25,0	9,5	21,8	26,4
Läkemedel som bör undvikas	5,9	9,1	9,1	8,4	10,6	8,7
Antiinflammatoriska läkemedel, NSAID	3,0	1,5	0,9	4,2	2,3	1,1
Antipsykotika	0,6	2,8	14,8	0,8	3,1	13,7

b	Män			Kvinnor		
	Utan hemtjänst	Hemtjänst	Särskilt boende	Utan hemtjänst	Hemtjänst	Särskilt boende
Tio eller fler läkemedel	7,7	16,3	18,8	8,3	18,5	19,9
Läkemedel som bör undvikas	7,6	12,2	13,3	10,3	14,2	12,5
Antiinflammatoriska läkemedel, NSAID	3,4	1,8	1,5	4,5	3,0	1,5
Antipsykotika	0,6	2,8	12,3	0,8	3,2	11,9

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

Kvinnor använder olämpliga och riskfyllda läkemedel mer än män

För de indikatorer som redovisas ovan är förekomsten högre bland kvinnor vid samtliga tidpunkter sedan 2005. Det enda undantaget är en något lägre användning hos kvinnor i särskilt boende av läkemedel som bör undvikas samt antipsykotika. Detta överensstämmer med vad man har sett i många studier av äldre, nämligen att kvinnor i flera avseenden har en sämre kvalitet i sin läkemedelsanvändning [72]. Tänkbara förklaringar till detta är att

kvinnor och män söker vård på olika sätt, får olika bemötande i vården, eller kommunicerar eller interagerar med vårdgivare på olika sätt, alternativt att det finns skillnader i förekomsten av vissa sjukdomar och tillstånd. Samtidigt visar resultatet samma nedåtgående trend i olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning hos både äldre kvinnor och män.

Antidepressiva läkemedel ökar risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre

Socialstyrelsen gjorde 2016 en studie av läkemedel som, enskilt eller i kombination, har satts i samband med ökad risk för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre. Läkemedel är viktiga för ett långt liv med hög kvalitet, men en hög förskrivning till äldre personer innebär att de ofta använder läkemedel som kan vara olämpliga, antingen var för sig eller i kombination. Tidigare studier från Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har visat att majoriteten av äldre personer med depressionssymtom inte tycks svara på läkemedelsbehandling. Därför har fokus i 2016 års studie legat på den läkemedelsgruppen och dess risk för biverkningar i form av fallskador och mag-tarmblödning. Avsikten med Socialstyrelsens undersökning var att förmedla kunskap till forskrivare och personer verksamma inom socialtjänsten om risk-nyttavärdering. Tanken är även att bidra med kunskap i att ta fram riktlinjer och indikatorer för äldres läkemedelsbehandling.

Studien visar att antidepressiva läkemedel och opioider var förenade med den högsta risken för fallskada, men även lugnande medel och sömnmedel var förenade med risk. Samtidig användning av läkemedel i dessa grupper, speciellt av antidepressiva med opioider, ökade risken ännu mer. Användningen av läkemedel med förhöjd risk för fallskada var vanligare i högre ålder och kvinnor hade generellt den högsta förskrivningen.

Undersökningen visar att läkemedelsgruppen NSAID⁴³ förknippas med den högsta risken för mag-tarmblödning. Lågdos acetylsalicylsyra (ASA) och kortikosteroider kunde också kopplas till en riskökning. Samtidig användning av NSAID, lågdos ASA, SSRI⁴⁴ och kortikosteroider ökade risken för blödning mer än då de användes enskilt. Kombinationer av NSAID och lågdos ASA samt NSAID och SSRI var förenade med högst risk. Studien visar att fler män än kvinnor drabbades av mag-tarmblödning, och att män generellt hade en högre användning än kvinnor av läkemedel med ökad blödningsrisk. Förskrivning av lågdos ASA, SSRI och kortikosteroider ökade med stigande ålder och användning av NSAID var störst i gruppen 65–74 år.

Då risken för fallskada ökar, vill Socialstyrelsen betona vikten av att regelbundet ompröva om det finns skäl att behandla äldre personer med antidepressiva. Av samma skäl, men också på grund av risk för beroende, bör behandling med opioider, lugnande medel och sömnmedel endast ske under korta perioder. Regelbunden användning av NSAID enskilt eller i kombination med antidepressiva SSRI, kortikosteroider eller lågdos ASA bör undvikas av äldre personer [57].

⁴³ Antiinflammatoriska NSAID (Non Steroidal Antiinflammatory Drugs) t ex ibuprofen, naproxen eller diklofenak..

⁴⁴ SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) är den mest använda typen av antidepressiva medel.

Sammanfattande diskussion

Förebyggande åtgärder

Den allvarligaste signalen från tillgängliga data är att det finns så få planerade åtgärder för att förebygga undernäring, trycksår och fall. Exempelvis är den vanligaste åtgärden vid risk för undernäring vägning var tredje månad. Att följa viktutveckling är en kontroll av en av riskparametrarna för undernäring. Personer inom äldreomsorgen ska vägas minst var tredje månad, men personer som har risk att utveckla undernäring bör vägas oftare, enligt Socialstyrelsens vägledning [59]. Enkla och kostnadsfria åtgärder som exempelvis påstötning och uppmuntran att äta, eller att sätta in protein- och energirik kost, minska nattfastan och regelbundna lägesändringar bör planeras och vidtas i betydligt högre omfattning än vad som framkommer av tillgängliga resultatdata. Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner för att förebygga undernäring, trycksår och fall. Det går dock inte att dra några generella slutsatser av resultatet eftersom täckningsgraden är förhållandevis låg, åtminstone vad gäller hemsjukvård i ordinärt boende. I Socialstyrelsens undersökning av kommunernas patientsäkerhetsarbete [71] uppgav 248 kommuner att de använde kvalitetsregisters data i sin egenkontroll. Registreringen bör då förbättras så att utdata speglar resultat i alla boendeformer.

Olämplig och riskfylld läkemedelsbehandling

Det har sedan 2005 skett en påtaglig och kontinuerlig minskning av olämplig eller riskfylld läkemedelsbehandling hos äldre. Denna trend har fortsatt under 2016. Ett undantag är antipsykotika, vars användning som helhet är oförändrad sedan 2012, men har ökat med 17 procent hos äldre i särskilt boende. De flesta allvarliga biverkningarna som leder till inläggning av äldre på sjukhus är möjliga att förebygga [73]. Många av dem orsakas inte av preparat som bedöms vara olämpliga eller riskfyllda för äldre, utan av läkemedel som är rekommenderade vid behandling av många av de sjukdomar som är vanliga hos äldre. Det är därför svårt att avgöra om de senaste årens utveckling har lett till att risken för allvarliga biverkningar har minskat eller ökat.

Det fortsatta arbetet för en bättre kvalitet och säkerhet i äldres läkemedelsanvändning handlar i huvudsak om att för varje patient göra en omsorgsfull avvägning mellan nytta och risk för olika behandlingar med i många fall rekommenderade läkemedel. Metoderna för att genomföra och följa upp läkemedelsgenomgångar behöver vidareutvecklas. Under de drygt tretton år som har gått sedan Socialstyrelsens Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [70] publicerades första gången, har de gett upphov till ett flertal initiativ och fått en rad olika tillämpningar i vården. Exempel på det är bland annat utbildningsinsatser för vårdpersonal inom området äldre och läkemedel, rekommendationer och lathundar för äldres läkemedelsbehandling, liksom initiativ från pensionärsorganisationer, till exempel *Koll på läkemedel*, som syftar till att utbilda och stödja äldre att själva agera för en bättre behandling.

Det har nu gått sju år sedan indikatorerna senast reviderades, och behovet av en uppdatering är stort eftersom det har tillkommit nya indikatorer, riktlinjer och rekommendationer, såväl nationellt och internationellt, liksom förändringar i läkemedelspanoramats hos äldre. Socialstyrelsen har därför sedan hösten 2015 reviderat indikatorerna och kommer under våren 2017 att publicera en ny version. Den innehåller en rad förändringar. De diagnosspecifika indikatorerna har i många fall genomgått betydande uppdateringar och utökats med två nya diagnoser/behandlingsområden: strokeprofylax vid förmaksflimmer samt osteoporos. Den uppdaterade versionen kommer också att innehålla ett nytt avsnitt med indikatorer för ”andra aspekter på hälsa och sjukdom”, med checklistor för att hos äldre identifiera respektive förebygga läkemedelsbiverkningar som kan orsaka inläggning på sjukhus.

För att minska riskerna för läkemedelsfel, till exempel olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering vid övergångar mellan olika vårdutförare och vårdgivare, är det också angeläget att öka tillämpningen av rutiner för att upprätta en läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista vid utskrivning.

Patientens delaktighet och medverkan för en säker vård

Inledning

En god vård ska bland annat vara patientfokuserad, jämlik och säker samt genomföras i samråd med patienten med respekt för dennes självbestämmande och integritet⁴⁵. En delaktig patient har bättre förutsättningar för att ha kunskap, självförtroende och förmåga att ta hand om sin hälsa och kan lättare medverka till att uppnå målen med vård och behandling samt förebygga säkerhetsrisker [74].

Den som ansvarar för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten får individuellt anpassad information om bl.a. sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns⁴⁶. Informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar och den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått vad informationen betyder och innebär⁴⁷. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska ange hur verksamheten tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården⁴⁸. Erfarenheterna utgör ett värdefullt underlag för vårdens systematiska utvecklings- och förbättringsarbete.

Kommunikation och information är områden med direkt inverkan på patientsäkerheten. Patienter som har många kontakter med hälso- och sjukvården, t.ex. multisjuka äldre och kroniskt sjuka, löper högre risk att drabbas av skador. Att nå och förstå varandra i rollerna som patient och behandlare är grundläggande för att behandlaren ska kunna göra en korrekt bedömning och utforma bästa möjliga behandlingsstrategi, och därmed skapa en god vård. För att patienten ska kunna känna sig delaktig i sin egen vård och behandling är det viktigt att, förutom att bli sedd och lyssnad på, även känna att behandlaren använder sig av den kunskap och erfarenhet som patienten förmedlar om sitt hälsotillstånd [75].

I det här avsnittet beskrivs delaktighetens betydelse för patientsäkerheten och det personcentrerade synsättet på patienten. I avsnittet redovisas även hur hälso- och sjukvården arbetar med egenvård, resultat från Nationell Patientenkät inom den specialiserade somatiska vården samt patienternas klagomål till patientnämnderna, till IVO och anmälningar till Löf.

⁴⁵ 6 kap. 1 § PSL

⁴⁶ 3 kap. 1 § PL.

⁴⁷ 3 kap. 6, 7 §§ PL.

⁴⁸ 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9.

Resultat i korthet

- Skador i egenvård går inte att bedöma utifrån tillgängliga data.
- Tre av fyra patienter inom den specialiserade somatiska öppenvården och knappt sju av tio patienter inom den specialiserade somatiska slutenvården upplever sig få tillräckligt med information om varningssignaler att vara uppmärksamma på beträffande sin sjukdom eller medicinering/behandling.
- Klagomålen till patientnämnderna fortsätter att öka. De flesta handlar om vård och behandling. Det följs av kommunikation och då främst brister i bemötandet.
- Klagomålen till IVO har ökat med knappt 16 procent mellan 2015 och 2016 efter att ha minskat i antal mellan 2012 och 2015. Klagomålen gäller oftast vård och behandling och diagnostik.
- Antalet anmälningar till Löf ökar, men det sker ingen motsvarande ökning av antalet ersättningar för skador som bedöms vara undvikbara.

Personcentrerad vård

Ett personcentrerat synsätt utgår från individen som en person med förmågor och behov och inte i första hand som en patient med en sjukdom. Personcentrerad vård utgår från patientens upplevelse av situationen samt individens förutsättningar, resurser och hinder. Patienten tillskrivs både rättigheter och ansvar för den egna vården och målet är att patient och vårdpersonal gemensamt skapar en individuellt skräddarsydd vårdplan⁴⁹ för patienten.

De tre hörnstenarna i personcentrerad vård är partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Patienten och de professionella ingår ett partnerskap med ömsesidig respekt för varandras kunskap. Patienten har kunskap om vad det innebär att leva med sjukdomen, medan hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om tillståndet på en generell nivå. Patientberättelsen är en förutsättning för personcentrerad vård. Utifrån den identifierar de professionella patientens behov och vilka resurser som behövs, och dokumenterar dessa på ett strukturerat sätt i en vårdplan i journalen. Planen innehåller mål och strategier för implementering och för kort- och långsiktig uppföljning.

Implementering av personcentrerad vård pågår på flera platser i landet, bland annat via Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC). Arbetet börjar på ledningsnivå för att sedan fortsätta ut i verksamheterna. Flest verksamheter som börjat implementera en personcentrerad vård återfinns i Västra Götalandsregionen men arbete pågår i ytterligare en handfull landsting [76,77].

⁴⁹ Benämns i vissa fall som hälsoplan i samband med personcentrerad vård.

Delaktighet kan minska antalet vårdskador

Forskning visar att den tid som de professionella lägger på att lyssna och komma överens om en vårdplan tillsammans med patienter och anhöriga i början av sjukhusvistelsen, får man tillbaka i slutet av vårdepisoden i form av kortare vårdtid och en mer tillfredsställd patient [78]. Gemensamt upprättade vårdplaner har kopplats till färre komplikationer efter operation och till minskat antal trycksår [76,79]. Patienter som deltar i beslutsprocesser och själva rapporterar incidenter under tiden på sjukhus kan bidra till ett minskat antal vårdskador [80,81]. Inom psykiatri finns väl underbyggda riktlinjer för hur kliniker ska bemöta suicidnära patienter. Det handlar bland annat om att betrakta patient och anhöriga som experter, för att nå en gemensam förståelse av patientens suicidalitet [82]. Att involvera patient och anhöriga i vårdplaneringen kan dessutom bidra till effektivare utskrivningsprocesser. Det är viktigt för att säkerställa en trygg övergång från vården på sjukhus till återkomsten till hemmet, särskilt för patienter som behöver hjälp med återhämtning och rehabilitering [83].

Hälso- och sjukvårdens arbete med egenvårdsinsatser

Socialstyrelsen har kartlagt hur hälso- och sjukvården arbetar med egenvårdsinsatser enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:6⁵⁰ [84]. Egenvård är en viktig del av vården då det ger patienter ökad självständighet och möjlighet att påverka sin vård. En säker egenvård har paralleller till personcentrerad vård, på så vis att man tillskriver patienten både rättigheter och ansvar när det gäller den egna vården [85,77]. Det är viktigt att egenvårdsbedömningen alltid görs på ett patientsäkert sätt. I bedömningen ingår att analysera om egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas. Om analysen visar att det föreligger en risk för att patienten kan skadas får en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte bedömas som egenvård⁵¹.

Svårt att identifiera skador i samband med egenvård

Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Skador i samband med utförandet av egenvård omfattas därför inte av hälso- och sjukvårdens bestämmelser om vårdskador i hälso- och sjukvården. Det finns således inget krav på att dessa skador ska rapporteras, utredas och, i förekommande fall, anmälas. Som hälso- och sjukvård räknas dock den behandlande legitimerade yrkesutövarens bedömning, planering och uppföljning av egenvård. Om en patient drabbas av en skada på grund av en ofullständig bedömning, planering eller uppföljning av egenvård så omfattas händelsen av regelverket för vårdskador.

Det är inte möjligt att få en bild på nationell nivå av hur vanligt det är med skador i samband med egenvård. Flera av landstingen beskriver att de registrerar i avvikelshanteringssystemet om något går fel i samband med egenvård. Men merparten av landstingen saknar sökord för egenvård eller egenvårdsbedömningar i dessa system varför det inte går att med lätthet söka

⁵⁰ Med begreppet egenvård avses här en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.

⁵¹ 4 kap. 5 §, 7 § SOSFS 2009:6.

ut ärenden gällande egenvård. Majoriteten av landstingen uppger att de inte har gjort någon lex Maria-anmälan gällande egenvårdsbedömning under 2015. De myndigheter som tar emot anmälningar gällande egenvård eller egenvårdsbedömningar har också svårt att ta fram tillförlitlig statistik då de inte har egenvård som enskild kategori eller sökord i sina databaser.

Flera förbättringsområden identifierades

Socialstyrelsen konstaterar i kartläggningen att det finns förbättringsområden:

- Ordet egenvård står för två olika begrepp. Egenvård i den betydelse som avses i SOSFS 2009:6 skiljer sig från betydelsen i såväl allmänspråket som i fackspråket, där egenvård ofta används för att beteckna en vårdåtgärd man själv vidtar, utan kontakt med hälso- och sjukvården.
- Det går i dagsläget inte att följa antalet egenvårdsbeslut på nationell nivå. Det saknas åtgärds kod för åtgärden egenvårdsbedömning enligt SOSFS 2006:9. Detta medför att det inte går att använda patientregistret för att följa antalet. Det går inte heller att följa antalet egenvårdsbedömningar på regional nivå då flera av landstingens journalsystem saknar sökord för egenvårdsbedömning.
- När det gäller information till andra som skall hjälpa patienten med egenvården, t.ex. skolpersonal, blir ofta patienten eller närstående bärare av information om egenvården trots att hälso- och sjukvården ska ansvara för det.
- Hälso- och sjukvården behöver uppmärksammas på sitt ansvar att göra en ny egenvårdsbedömning vid förändrade omständigheter.

Socialstyrelsen planerar en rad åtgärder som dels kan förtydliga vad egenvård är och dels kan stärka patientsäkerheten. Bland annat ska en juridisk analys och ett terminologiarbete om begreppet egenvård och relaterade begrepp genomföras. Arbetet ska ligga till grund för en översyn av åtgärds-koder som kan användas för att dokumentera och följa upp åtgärder kring egenvårdsbedömning. Socialstyrelsen ska revidera meddelandeblad nr 6/2013 om egenvård med särskilt fokus på att förtydliga och informera om hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, information, samråd och planering med andra aktörer som skall hjälpa till med att utföra egenvård. Det ska även förtydliga och informera om hälso- och sjukvårdens ansvar för att egenvårdsbedömningen omprövas om förutsättningarna ändras [84].

Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät (NPE) är samlingsnamnet för en återkommande uppföljning av patienternas upplevelser inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Enkäten samordnas av SKL med syftet att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Sedan 2015 ligger fokus på patientupplevelse snarare än patienttillfredsställelse. Tillfredsställelse är kopplat till patientens inledande förväntning, vilket har visat sig kunna vara en felkälla i tolkningen av resultaten. Patientupplevelse mäter om något har inträffat eller inte utan att lägga någon värdering i svaret. Då enkäten har

ändrats är det inte möjligt att jämföra utfallen från 2016 års enkät med dem från NPE 2009–2014. Frågorna är indelade i sju dimensioner:

- helhetsintryck
- emotionellt stöd
- delaktighet och involvering
- respekt och bemötande
- kontinuitet och koordinering
- information och kunskap
- tillgänglighet.

Specialiserad somatisk öppen- och slutenvård

NPE 2016 gällde specialiserad somatisk öppen- respektive slutenvård, härfter benämnt öppenvård och slutenvård⁵². Respondenter var patienter som besökt läkare eller sjuksköterska inom öppenvården i april 2016 eller varit inskrivna inom slutenvården i mars och april 2016⁵³.

Svarsfrekvensen⁵⁴ inom öppenvården var 47 procent och resultatet baseras på synpunkter från drygt 130 000 patienter. Slutenvårdsenkäten hade 52 procents svarsfrekvens och resultatet baseras på svar från drygt 48 000 patienter. Det är stora skillnader i svarsfrekvens mellan åldersgrupper. Betydligt färre personer födda på 1990-talet besvarar enkäterna, jämfört med de som är födda på 1940-talet. 90-talisternas svarsfrekvenser inom öppen- och slutenvården var 21 respektive 26 procent. För 40-talisterna låg svarsfrekvenserna för motsvarande enkäter på 69 respektive 67 procent. För fullständigt resultat och en bortfallsanalys, se NPE:s webbplats⁵⁵.

Utvalda frågor om patientsäkerhet och delaktighet

Socialstyrelsen har gjort ett urval av enkätfrågor som bedöms spegla patientsäkerheten⁵⁶. Frågorna handlar om information till patienterna om vård och behandling, om medicinering och eventuella biverkningar, om varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande sjukdom alternativt hälsotillstånd eller medicinering alternativt behandling samt om vårdpersonalen förklarade medicineringen alternativt behandlingen på ett sätt som patienten förstod. Frågorna berör vidare hur patienten har gjorts delaktig av vårdpersonalen.

Resultat

Majoriteten av patienterna i både öppen- och slutenvård känner sig delaktiga i vården. Generellt har en högre andel en positiv upplevelse av öppenvården än av slutenvården. Information om varningssignaler beträffande sjukdom eller tillstånd samt medicinering/behandling har ett något lägre utfall. Inom slutenvården upplever en knapp tredjedel av patienterna även att de saknar tillräcklig information om medicinering och eventuella biverkningar. Generellt har kvinnor en något lägre positiv upplevelse, se tabell 6.

⁵² Alla landsting utom Region Gotland deltog i enkäten.

⁵³ Patienter som varit inskrivna minst 24 timmar och sedan blivit utskrivna under perioden mars och april 2016.

⁵⁴ Avser korrigerad svarsfrekvens. Justerad för bortfall för de individer som aldrig gavs möjlighet att svara på enkäten p.g.a. flytt, dödsfall etc.).

⁵⁵ <https://patientenkaten.se/sv/>.

⁵⁶ Fråga 15-18 och 22 i öppenvårdsenkäten samt fråga 12-15 och 20 i slutenvårdsenkäten, frågorna återfinns under dimensionerna Information och kunskap samt Delaktighet och involvering.

Tabell 6. Utvalda frågor i Nationell Patientenkät till den specialiserade somatiska öppen- och slutenvården 2016

Andel positiva svar, svarsalternativ 4 och 5, presenterat i procent. Fördelning på kön, för rikets resultat, anges inom parentes.

Fråga	Specialiserad somatisk öppenvård	Variation mellan landsting	Specialiserad somatisk slutenvård	Variation mellan landsting
Fick du tillräckligt med information om: din vård och behandling?	89 (män 90, kvinnor 88)	86–92	83 (män 85, kvinnor 81)	78–85
medicineringen och eventuella biverkningar?	80 (män 82, kvinnor 79)	76–84	71 (män 74, kvinnor 69)	63–74
varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt tillstånd eller din medicinering/behandling?	75 (män 77, kvinnor 73)	70–79	69 (män 73, kvinnor 66)	64–73
Förklarade vårdpersonalen medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?	90 (män 90, kvinnor 90)	88–92	84 (män 85, kvinnor 84)	80–87
Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	90 (män 90, kvinnor 90)	87–92	83 (män 84, kvinnor 82)	79–86

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Anmälningar från patienter ökar

Inledning

Patienter och närstående har olika möjligheter att anmäla synpunkter och klagomål utöver att vända sig direkt till den verksamhet som har tillhandahållit vården eller behandlingen. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, kan patienter och närstående lämna klagomål på vården till IVO. I varje landsting och kommun ska det finnas en patientnämnd (lag 1998:1656 om patientnämndsverksamhet m.m.) som patienter och deras närstående kan vända sig till om de har upplevt problem i kontakten med offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Alla kommuner utom ett fåtal har avtal med landstingen om att de utför patientnämndsverksamheten.

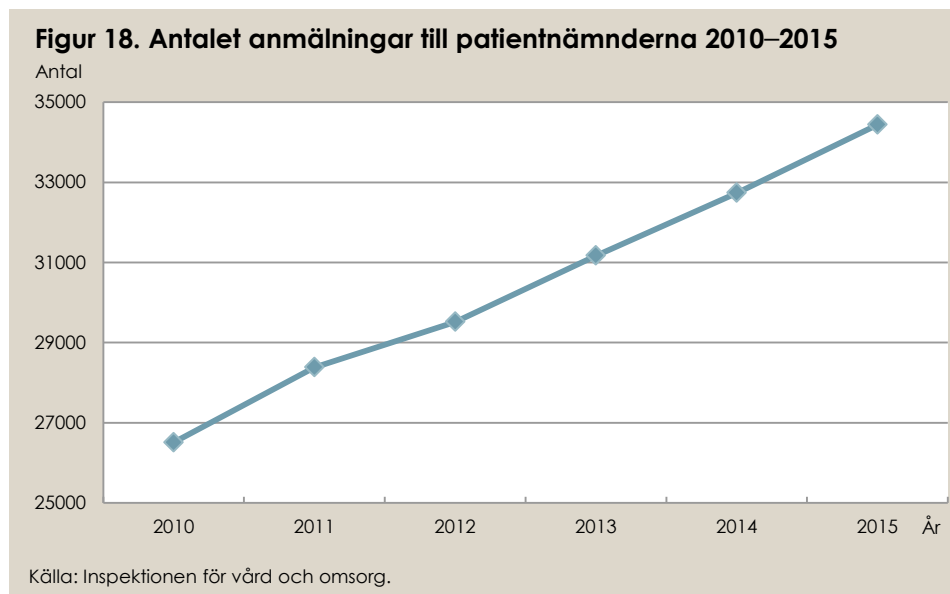
Klagomålen till patientnämnderna fortsätter att öka

Under 2015 tog patientnämnderna emot drygt 34 400 klagomål, jämfört med drygt 32 700 klagomål år 2014 och drygt 26 500 år 2010 (figur 18). I riket som helhet ökade antalet klagomål till patientnämnderna med fem procent mellan 2014 och 2015. En majoritet av klagomålen gällde kvinnor, 59 procent, i jämförelse med 39 procent män⁵⁷. Kvinnor i åldrarna 50–59 år var den enskilt största gruppen totalt och stod för 10 procent av alla klagomål.

Mellan 2014 och 2015 ökade antalet anmälningar till patientnämnderna inom alla verksamhetsområden. Primärvården, där antalet anmälningar ökade med 11 procent under 2015, hade ett lågt antal klagomål totalt i förhållande till det stora antalet besök. Somatisk specialistsjukvård, som representerade

⁵⁷ I två procent av ärendena saknas uppgifter om kön.

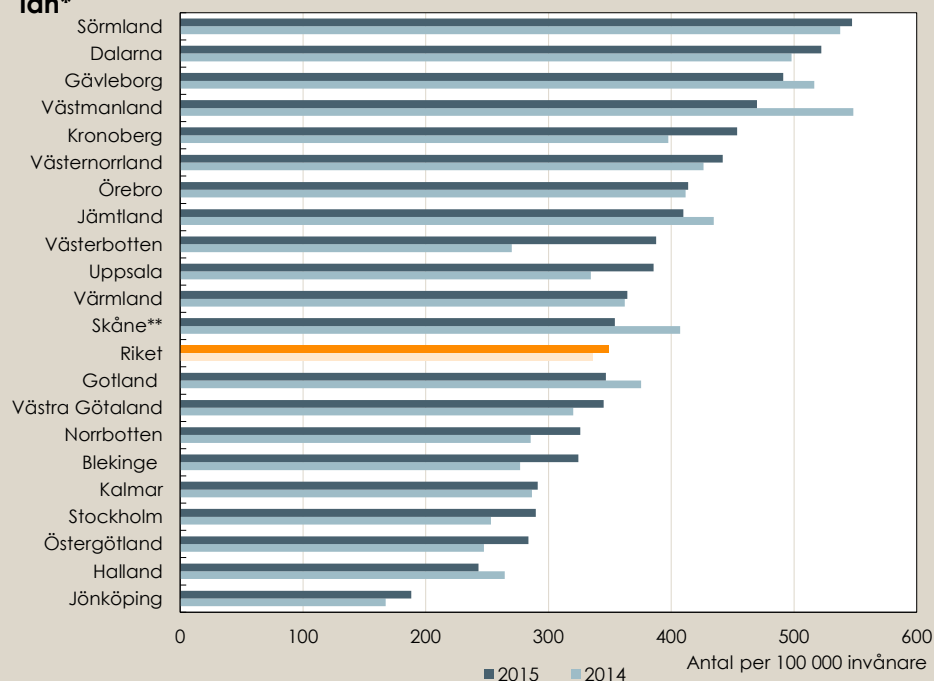
en tredjedel av alla besök⁵⁸ inom samtliga verksamhetsområden, stod för hälften av alla klagomål totalt. Klagomålen till kommunerna, som minskade i antal under 2014 från 660 stycken till 556 stycken, ökade under 2015 till 646 klagomål [31].



Liksom tidigare år stod storstadsregionerna för ungefär hälften av alla klagomål. Spridningen mellan länen var stor, från 188 till 547 anmälningar per 100 000 invånare. I Västmanland, Skåne, Gävleborg, Jämtland, Gotland och Halland minskade antalet klagomål mellan 2014 och 2015, se figur 19.

⁵⁸ Besök inkluderade mottagningsbesök, hemsjukvårdsbesök, dagsjukvårdsbesök och hembesök.

Figur 19. Antalet anmälningar till patientnämnderna 2014–2015 per län*



* Andel av folkmängden den 31 december respektive år.

** Anmälningar från Malmö stad är inte inkluderade i Skåne.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska centralbyrån.

Flest klagomål inom vård och behandling, kommunikation samt tillgänglighet

Klagomålsärenden kategoriseras i åtta huvudområden: vård och behandling, omvårdnad, kommunikation, patientjournal och sekretess, ekonomi, organisation och tillgänglighet, vårdansvar, administrativ hantering samt övrigt. Dessa delas i sin tur upp i ett antal delområden för en högre detaljeringsgrad. I IVO:s sammanställning av patientnämndernas ärenden i rapporten *Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015* fokuserar IVO på klagomål inom områdena kommunikation, organisation och tillgänglighet samt vård och behandling.

Under 2015 var vård och behandling det största huvudområdet oavsett verksamhetsområde (49 procent), liksom det var under 2014. Majoriteten av klagomålen avsåg delområdena behandling, undersökning/utredning och resultat. Flera patientnämnder valde att under 2015 särskilt följa upp klagomål som gällde cancervård⁵⁹. Många av dessa återfanns inom vård och behandling. Det handlade bland annat om att cancerdiagnoser fördröjts och missats och utredningen tagit alltför lång tid innan rätt behandling satts in.

Delområdet läkemedel utgjorde en stor andel av klagomålen inom vård och behandling. Flest läkemedelsrelaterade ärenden anmälades inom primärvården. Läkemedel var dessutom det näst största delområdet inom psykiatrisk specialistsjukvård samt inom kommunal hälso- och sjukvård. Av det totala antalet läkemedelsrelaterade klagomål rörde 55 procent kvinnor och 44

⁵⁹ Uppgifter från bl a patientnämnden i Västra Götaland, Norrbotten, Västerbotten, Gävleborg, Östergötland, Örebro och Kalmar.

procent män⁶⁰. Åldersgruppen 50–59 år var den enskilt största totalt inom läkemedelsrelaterade ärenden.

Precis som under 2014 var kommunikation det näst största huvudområdet (19 procent). Majoriteten av klagomålen rörde brister i bemötande, varav två tredjedelar av ärendena gällde kvinnor och den enskilt största gruppen var kvinnor i åldrarna 20–29 år. Många klagomål rörde brister i information till patient eller närstående och bristfällig eller utebliven dialog eller delaktighet. Brister i information var vanligast inom majoriteten av verksamhetsområden, men inom psykiatrisk specialistsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård var det vanligare med klagomål som rörde bristfällig delaktighet. Bland ärenden relaterade till cancervården var det också vanligt med brister i information om fortsatt vård och kommunikation med patienten.

Organisation och tillgänglighet var det tredje största huvudområdet (13 procent) med brister i tillgänglighet som största delområde. I IVO:s sammanställning uppgav flera nämnder att patienter hade svårt att få kontakt med vården via telefon och inte blev kontaktade efter överenskommelse. Flera nämnder uppgav brist på fasta läkare som ersatts av korttidshyrda läkare, särskilt inom psykiatrisk specialistsjukvård och i primärvården. Sviktande kontinuitet i samband med användningen av hyrläkare innebar svårigheter för patienterna att få förnyade intyg och recept och bristfällig uppföljning av remisser.

Resursbristen inom olika yrkesgrupper uppgavs göra det svårt att planera långsiktigt, att patienter ombads återkomma eller att de nekades bokning. Bristen på resurser beskrevs leda till fördröjd eller inställd vård och behandling och en oro och ovisshet för patienterna. Resursbrist gjorde också att patienterna blev hänvisade till olika kontakter utan att någon tog ett helhetsansvar [31].

Klagomålsrapporteringen till IVO ökar

År 2016 fattade IVO beslut i 7 087 klagomålsärenden, varav 4 193 bedömdes ha betydelse för patientsäkerheten och utreddes. Av dessa utmynnade 1 474 i kritik mot vårdgivare. Kritiken har främst handlat om brister i samverkan, otillräcklig information och kommunikation samt brister i kompetens och personalkontinuitet [86]. De flesta utredda klagomålsbeslut 2016 gällde kvinnor, 2 417 ärenden, jämfört med 1 752 för män⁶¹. Klagomålsbeslut var vanligast i åldersgruppen 30–49 år för kvinnor och 65–79 år för män, vilket är samma fördelning som för 2015. Könsfördelningen har varit relativt konstant åren 2011–2016.

Tabell 7. Antalet inkomna och avslutade klagomålsärenden 2012–2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Inkomna	7 123	6 488	6 832	6 198	7 181
Avslutade	7 505	5 001	7 559	8 678	7 087

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det inkommer flest klagomål från storstadsregionerna. Drygt hälften av det totala antalet mellan 2012 och 2016 kommer från Stockholm, Västra Göta-

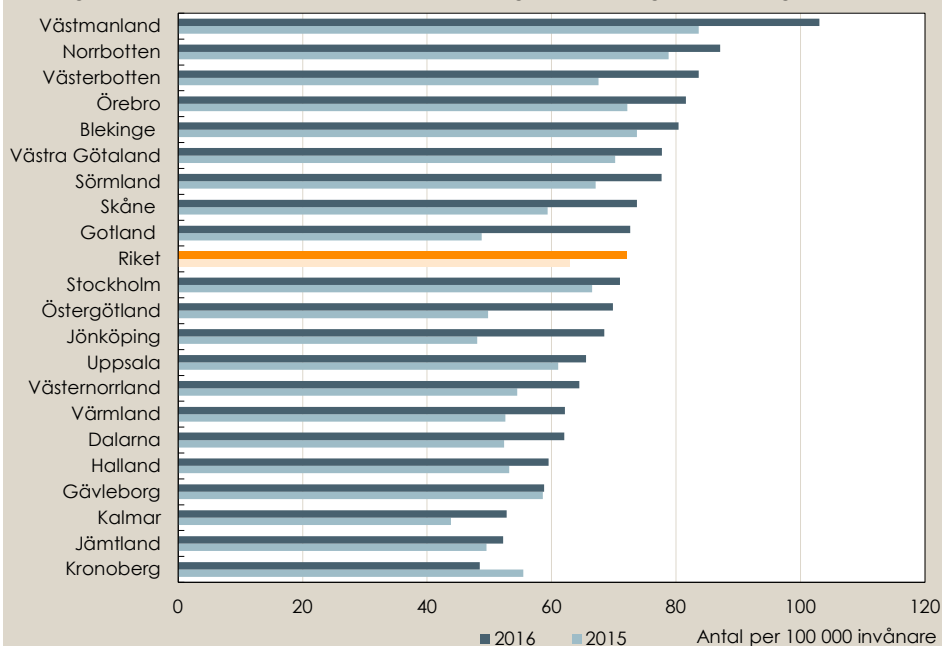
⁶⁰ 8618 klagomål saknas från redovisningen eftersom de saknar detaljeringsgrad avseende kön och ålder.

⁶¹ I en procent av ärenden berörs båda könen, kön är inte specificerat eller så saknas uppgift om kön.

land och Region Skåne. Det blir en annan spridning sett till antalet klagomål per 100 000 invånare. Spridningen mellan länen är från 48 klagomål per 100 000 invånare i Region Kronoberg till 103 klagomål per 100 000 invånare i Region Västmanland, se figur 20 [87].

Figur 20. Antalet inkomna klagomål inom hälso- och sjukvården 2015–2016*

Sorterade efter antal inkomna anmälningar per 100 000 invånare och län. Ett klagomål kan gälla flera län och därför kan en summering över länen ge ett felaktigt antal.



* Andel av folkmängden den 1 november respektive år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska centralbyrån.

Vanligast att klagomålen rör kirurgi eller primärvård

Närmare hälften av klagomålen som utreds handlar om primärvård och kirurgisk vård. Andelen klagomål på kirurgisk vård har dock minskat sedan 2011 medan den har ökat något för primärvården. Det var 1 365 ärenden som gällde kirurgisk vård år 2016 och för primärvården var det 1 129 ärenden.

Inom äldreomsorgen (korttidsboende, särskilt boende, övrigt boende) utreddes 122 klagomål under 2016 varav 58 fick kritik. Inom hemsjukvård i ordinärt boende var det 60 ärenden varav 24 kritikbeslut.

Klagomålen handlar främst om brister i vård och behandling och brister i diagnostik. De utredda klagomålen 2016 gällde främst vård och behandling, 2 821 ärenden varav 927 fick kritik, följt av diagnostisering, 1 228 ärenden varav 482 fick kritik.

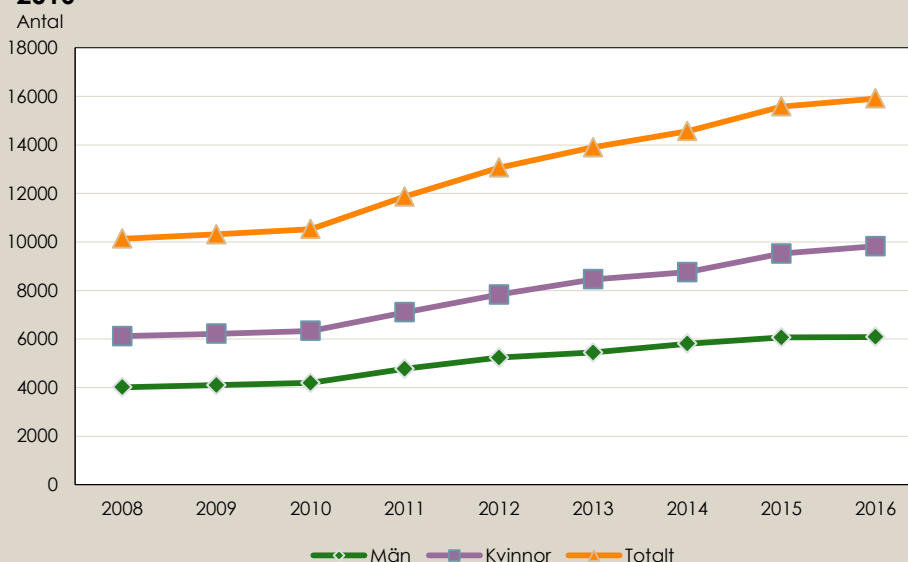
Brister i vård och behandling kan exempelvis vara att patienten har fått otillräcklig information om sin fortsatta vård eller att det har funnits brister i samverkan och kontinuitet i vårdkedjan. Bemötande, läkemedelshantering, informationsöverföring och dokumentation är det också många som klagar på [87]. Klagomål från patienter eller närstående kan användas som ett verktyg för vårdgivarna för att minska risken för systematiska fel och brister och att vidta åtgärder som bidrar till en ökad patientsäkerhet. IVO bedömer att

verksamheterna behöver förbättra uppföljningen av åtgärder och effekter liksom spridningen av lärandet utanför den berörda enheten [10].

Anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

År 2016 inkom drygt 15 900 anmälningar om skada till Löf, vilket är en ökning med knappt 2 procent jämfört med 2015. Drygt 70 procent av alla anmälningar gäller skador som har uppkommit i sjukhusvård, och drygt 10 procent skador som har uppkommit i primärvård. Resten utgörs av tandvård och annan typ av vård. Det totala antalet anmälningar ökar för varje år efter 2010, se figur 21. Ökningen av antalet anmälningar till Löf efter 2010 har sannolikt påverkats av att PSL trädde i kraft 2010 vilket innebar en utökad upplysningsskyldighet från vårdgivare till patient och närstående vid inträffad skada. Fler kvinnor än män (62 respektive 38 procent) anmälde en skada 2016, men andelen ersatta skador var näst intill densamma för båda könen. Genomsnittsåldern hos dem som anmälde skada 2016 var 47 år.

Figur 21. Totala antalet anmälningar till försäkringsbolaget Löf 2008–2016

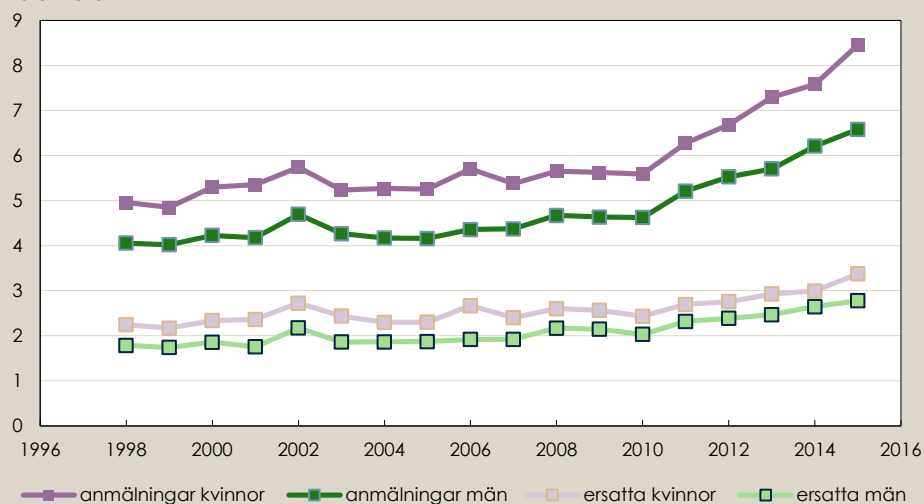


Källa: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag.

Även om antalet anmälningar ökat efter 2010, har inte antalet ersatta skador ökat i motsvarande grad. Eftersom försäkringsvillkor och ersättningsnormer har varit desamma över åren, är en rimlig tolkning att det ökande antalet anmälningar huvudsakligen speglar en ökad medvetenhet om skador i vården och en ökad mängd utförd sjukvård, snarare än att vården har blivit mer osäker. Figur 22 visar antalet anmälda respektive ersatta skador per 1 000 vårdtillfällen inom slutenvård för män och kvinnor från 1998.

Figur 22. Antalet anmälningar till och ersatta skador från försäkringsbolaget Lof 1998–2015 inom slutna vård

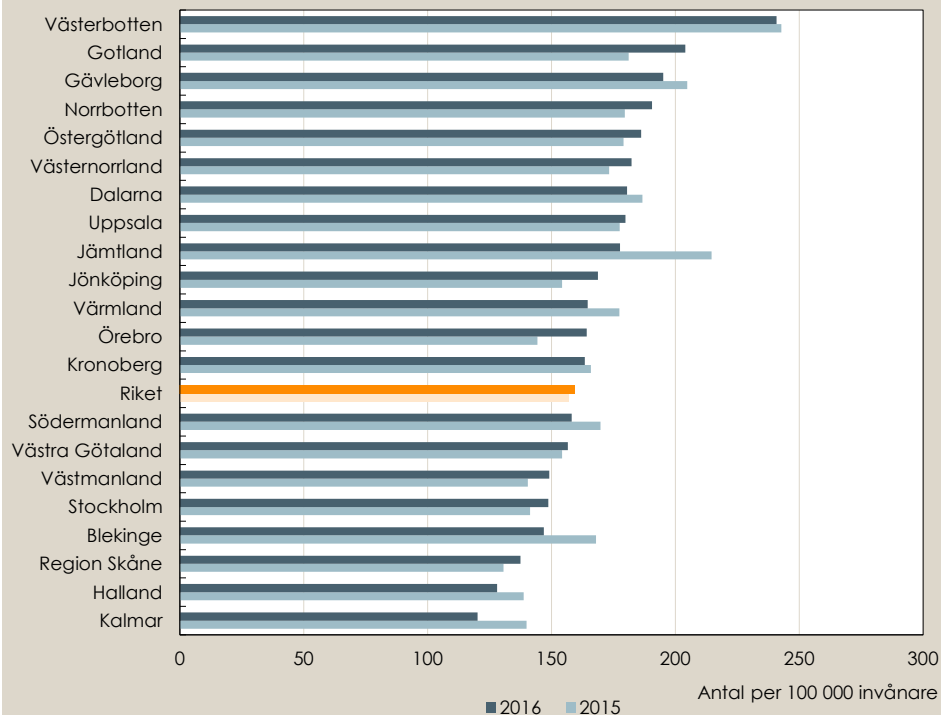
Antal per tusen
vårdtillfällen



Källa: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag.

Det sammanlagda antalet anmälningar per landsting redovisas per 100 000 invånare i figur 23. De landsting med till exempel universitetssjukhus, som vårdar patienter från andra landsting, kan förväntas ha fler anmälningar än de övriga. Ett vårdtillfälle som har resulterat i en anmälan redovisas i det landsting där det utfördes, medan det redovisade befolkningstalet enbart utgörs av de personer som är folkbokförda i landstinget.

Figur 23. Totala antalet anmälningar till försäkringsbolaget Löf 2015–2016* fördelat på landsting



* Andel av folkmängden den 1 november respektive år.

Källa: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Statistiska centralbyrån.

Antalet anmälningar i primärvården per 100 000 invånare var mer än tre gånger högre i vissa landsting än i andra. Inom slutenvården var skillnaden mellan landstingen mindre.

Vanligast att anmäla skada som uppstår vid operation
Nästan alla anmälningar i slutenvård (99 procent) gällde somatisk vård. De flesta rörde ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolymer, och vanligast var skador som hade inträffat i samband med operationer, som till exempel infektioner, blödningar eller nerv- och skelettskador vid ledprotesoperationer. Anmälningar med anledning av försenad eller felaktig diagnos var också vanligt. Detta är samstämmigt med bilden från 2015. Under 2016 utgjorde andelen anmälningar på grund av felaktig, fördröjd eller utebliven diagnos drygt 10 procent av alla anmälningar till Löf. Ersättningsgraden bland dessa anmälningar är cirka 90 procent, vilket är betydligt högre än för övriga anmälningar.

Sammanfattande diskussion

Det är av vikt att patienten ges möjlighet till egenvård då det bidrar till att han eller hon får större möjligheter att leva sitt liv på liknande villkor som andra personer utan täta kontakter med hälso- och sjukvården. Skador i samband med utförandet av egenvård kan uppkomma även om den behandlande legitimerade yrkesutövaren har gjort bedömningen att utförandet av egenvården kan ske utan att patienten utsätts för risk att skadas. Av Social-

styrelsens kartläggning framgår inte hur dessa skador i så fall registreras i vårdgivarnas avvikelshanteringssystem. För en ökad patientsäkerhet är det viktigt att vårdgivarna följer upp samtliga skador i samband med egenvård för att få en bild av dels förekomsten och dels för att kunna identifiera orsakerna så att förebyggande åtgärder kan vidtas.

Välinformerade patienter kan medverka mer aktivt i sin egen vård. Ett sätt att involvera patienten är att arbeta utifrån ett personcentrerat synsätt. Ett förbättringsområde utifrån NPE är just att ge patienterna tillräckligt med information om varningssignaler att beakta om tillstånd och medicinering/ behandling. Den låga svarsfrekvensen för NPE gör det dock svårt att dra långtgående slutsatser. Nya metoder behöver utvecklas för att kunna fånga fler patienters upplevelser och förbättringsförslag och därmed kunna utveckla hälso- och sjukvården.

Utskrivningsprocesserna kan förbättras om patienter och närstående involveras i vårdplaneringen. Socialstyrelsens utbildningsmaterial *Att mötas i hälso- och sjukvård* [88] bidrar till att patientdelaktighet aktualiseras i verksamheterna.

Patienternas erfarenheter bidrar till den samlade kunskapen om hur patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas. Det kom in drygt 57 000 klagomål och anmälningar till patientnämnderna, IVO och Löf under 2016⁶². Dessutom lämnas synpunkter och klagomål direkt till vårdgivarna. Det är viktigt att det finns ett förhållningssätt inom vården där upplevelser och klagomål från patienter och närstående tas tillvara och används i förbättringsarbetet och att den kunskapen når fler än enbart den verksamhet som anmälan gäller. Det är stor skillnad i antal klagomål och anmälningar mellan könen. Orsaken till att kvinnor anmäler klagomål och skador i högre omfattning är inte känd. Ökningen av antalet klagomål och anmälningar kan tolkas avspegla en försämring av vården, men den kan också tolkas som att patienterna är mer medvetna om möjligheterna att rapportera synpunkter och skador.

⁶² Patientnämndernas antal gäller 2015.

Förekomst av skador och vårdskador

Inledning

Vårdskador orsakar lidande för patienter och medför stora kostnader för hälso- och sjukvården. För att kunna minska antalet frekventa eller allvarliga vårdskador måste vården kartlägga vilka slags vårdskador som förekommer och identifiera orsakerna så att vårdskadorna går att förebygga. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och vårdgivaren har en skyldighet att utreda rapporter om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada⁶³. Dock rapporterar personalen mycket få skador i jämförelse med vad som kan upptäckas med strukturerad journalgranskning [89,90].

Genom upprepade mätning går det att följa effekten av insatta förbättringsåtgärder. Upprepade mätningar kan till exempel göras med markörbaserad journalgranskning (MJG) och punktprevalensmätningar (PPM). En PPM ger en ögonblicksbild och enstaka mätningar ska tolkas med försiktighet. Vid jämförelser mellan landsting och kommuner bör resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom skillnader i patientsammansättningen är en känd faktor som kan påverka utfallet.

I detta avsnitt redovisas resultaten från MJG, resultaten från olika PPM samt vårdgivarnas anmälningar till IVO.

Resultat i korthet

- MJG inom somatisk slutenvård för vuxna visar att andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat mellan första halvåret 2013 och första halvåret 2016. Fram till mitten av 2015 skedde en successiv minskning av andelen vårdtillfällen med vårdskador. Därefter verkar trenden ha planat ut eller vara svagt uppåtgående.
- Utlokaliserade patienter har dubbelt så hög andel vårdtillfällen med vårdskador än patienter som vårdas på disponibel vårdplats.
- I PPM ligger VRI runt 9 procent. Spridningen mellan landstingen är stor.
- I särskilt boende har 1,6 procent av vårdtagarna en VRI.
- Det är 13 procent av patienterna i landstingen och 8 procent av personerna i kommunal vård och omsorg som drabbas av trycksår.
- Det är 7 procent av personer i kommunal vård och omsorg med bedömd risk att falla som har fallit.
- Det är en ökning av vårdgivarnas rapportering enligt lex Maria.

63 Patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. § 4 och 3 kap. § 3.

Vårdtillfällen med skador och vårdskador inom somatisk slutenvård

Inledning

En metod för strukturerad journalgranskning på sjukhus- och klinisknivå introducerades i Sverige under 2007 och modifierades 2012 [91]. Denna metod, Markörbaserad Journalgranskning (MJG), är en svensk anpassning av ”Global Trigger Tool” [92]. Vid MJG granskas journaler från slumpvis utvalda sjukhusvårdtillfällen i somatisk vård för vuxna patienter som varat i minst ett dygn och som är avslutade sedan minst 30 dagar. Metoden och resultatet av tidigare journalgranskningar beskrivs på SKL:s webbplats⁶⁴.

Skador och vårdskador är vanligare inom kirurgisk verksamhet än inom medicinsk verksamhet. Förekomsten av skador och vårdskador ökar ju äldre patienterna är och med vårdtidens längd. Skador och vårdskador är vanligare hos patienter som vårdas på universitetssjukhus och länsjukhus än hos patienter som vårdas på länsdelssjukhus [55].

Från januari 2013 och t.o.m. juni 2016 har närmare 60 000 slumpvis utvalda vårdtillfällen inom somatisk slutenvård för vuxna granskats. Granskningen gäller drygt 60 akutsjukhus. I avsnittet som följer redovisas resultat från MJG under perioden januari 2013–juni 2016 [2,55].

Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador har minskat men minskar inte längre

Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador har minskat mellan första halvåret 2013 och första halvåret 2016, för skador från 13,5 till 11,5 procent och för vårdskador från 9,0 till 7,5 procent. Men den nedåtgående trenden i andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador avbröts under sommaren 2015, se tabell 8 och figur 24. Därefter verkar trenden ha planat ut eller vara svagt uppåtgående.

Tabell 8. Andel vårdtillfällen med skador (undvikbara och icke undvikbara) respektive vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) per halvår

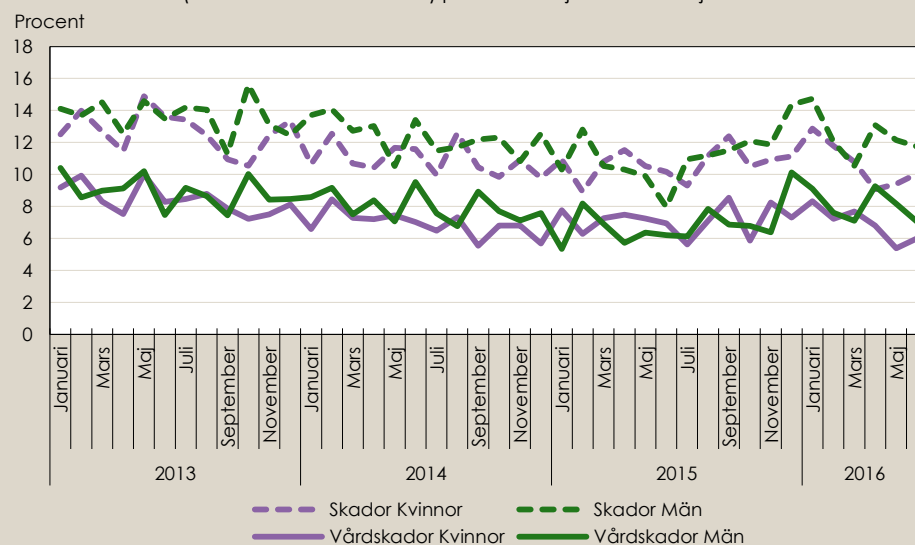
	2013 jan– juni	2013 juli– dec	2014 jan– juni	2014 juli– dec	2015 jan– juni	2015 juli– dec	2016 jan– juni
Vårdtillfällen med skador (%)	13,5	12,8	12,0	11,2	10,4	11,4	11,5
Vårdtillfällen med vårdskador (%)	9,0	8,3	7,8	7,0	6,8	7,2	7,5

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

⁶⁴ <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>.

Figur 24. Vårdtillfällena inom slutenvården med skador och vårdskador

Andel vårdtillfällena med skador (dvs. icke undvikbara skador och undvikbara skador) och vårdskador (dvs. undvikbara skador) per månad januari 2013–juni 2016.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I tabell 9 presenteras även resultat som är omräknade till nationell nivå. Det innebär att hänsyn har tagits till sjukhusens relativa storlek enligt Socialstyrelsens patientregister. Antalet granskade vårdtillfällen vid de tre olika sjukhus typerna är inte helt representativt för det verkliga antalet vårdtillfällen som årligen genomförs vid dessa sjukhus typer. Ett viktat mått beräknas därför med compensation för att andelen granskade vårdtillfällen vid de stora sjukhusen i studien var lägre än andelen genomförda vårdtillfällen enligt Socialstyrelsens patientregister. Resultatet efter viktningen skiljer sig från resultatet baserat direkt på de granskade vårdtillfällena på så sätt att den viktade andelen av vårdtillfällen med skador blir högre.

Tabell 9. Andel vårdtillfällen med skador (undvikbara och icke undvikbara) respektive vårdtillfällen med vårdskador (undvikbara skador) per år 2013–juni 2016

Granskade journaler och omräknade till nationell nivå				
Tidsperiod	Granskade journaler		Omräknat till nationell nivå	
	Vårdtillfällen med skador (%)	Vårdtillfällen med vårdskador (%)	Vårdtillfällen med skador (%)	Vårdtillfällen med vårdskador (%)
År 2013	13	9	15	10
År 2014	12	7	13	8
År 2015	11	7	12	8
År 2016 jan–juni	12	8	*	*

* Databearbetning pågår.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Skadornas allvarlighetsgrad

Cirka hälften av skadorna var lindriga. Drygt 45 procent av skadorna var övergående men krävde förlängd sjukhusvård. 5 procent av skadorna var

allvarliga dvs. bidrog till eller orsakade permanent skada, krävde livsuppehållande åtgärder eller bidrog till patientens död.

Vårdrelaterade infektioner är vanligast

De vanligaste skadetyperna var VRI, andra typer av skador och kirurgiska skador, se tabell 10.

Tabell 10. Skadornas fördelning i olika skadetyper januari 2013–juni 2016

Skadetyper	Andel (%)
Vårdrelaterade infektioner	34
Andra typer av skador	17
Kirurgiska skador	13
Läkemedelsrelaterad skada	10
Blåsöverfyllnad	9
Trycksår	8
Fallskada	5
Svikt i vitala funktioner	2
Postpartum/obstetrisk skada	1
Neurologisk skada	1
Totalt	100

Källa: Sveriges Kommuner och landsting

Knappt 62 procent av alla skador var vårdskador, det vill säga bedömdes vara undvikbara. Trycksår och blåsöverfyllnad var två skadetyper där ungefär 9 av 10 skador bedömdes som vårdskador. Ungefär 6 av 10 VRI och kirurgiska skador bedömdes som vårdskador.

Andelen vårdtillfällen med VRI var signifikant lägre första halvåret 2016 jämfört med första halvåret 2013: 4,2 procent respektive 5,6 procent. Andra skadetyper som hade minskat signifikant var blåsöverfyllnad⁶⁵, svikt i vitala funktioner, neurologiska skador och övriga typer av skador [2].

De vanligaste typerna av VRI under perioden januari 2013–juni 2016 var urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion och övriga infektioner.

Förändringar i förekomsten av vårdskador i enskilda landsting

I Öppna jämförelser 2017 Säker vård [5] redovisas hur förekomsten av vårdskador har förändrats i varje enskilt landsting mellan januari 2013–september 2014 och oktober 2014 –juni 2016. I tretton landsting tenderade andelen vårdtillfällen med vårdskador hos kvinnor att minska, dvs. vården bli säkrare medan den motsatta tendensen sågs i de övriga åtta landstingen. Andelen vårdtillfällen med vårdskador hos män tenderade att minska i femton landsting och ökade i sex landsting.

Andelen vårdtillfällen med vårdskador minskade på riksnivå med 14,2 procent för kvinnor och 11,4 procent för män mellan jämförelseperioderna. För både män och kvinnor var den sammanräknade minskningen 13 procent.

⁶⁵ Förklaras delvis av att skadedefinitionen förändrats något mellan år 2013 och 2014.

Högre andel vårdtillfällen med skador vid utlokalisering

Från och med år 2015 är bland annat utlokalisering en variabel i MJG. Av de granskade vårdtillfällen (13 771 stycken) under år 2015 var tre procent av patienterna utlokaliserade. Utlokalisering var lika vanlig bland män som bland kvinnor. Äldre patienter utlokaliserades oftare, 71 procent av de utlokaliserade patienterna var 65 år eller äldre. Motsvarande andel för icke utlokaliserade i samma åldersgrupp var 65 procent. Universitetssjukhusen hade högst andel utlokaliserade patienter. Andelen vårdtillfällen med vårdskador var 15 procent för de patienter som varit utlokaliserade och knappt 7 procent för de patienter som inte varit utlokaliserade. Medelvårdtiden för de utlokaliserade patienterna utan skador var 8 dagar. För patienter med skador (undvikbara och icke undvikbara) 13,1 dagar och för dem med vårdskador (dvs. undvikbara skador) var det 22,7 dagar. VRI var den vanligaste skadetypen [55].

Markörbaserad journalgranskning inom andra verksamhetsområden

MJG har utvecklats för att kunna användas inom sluten somatisk vård för barn [93] och inom sluten psykiatrisk vård [94] men det finns ännu inte några nationella resultatsammanställningar. Under 2016 har SKL genomfört utbildningar för granskningsteam inom psykiatrisk vård. Under första halvåret 2017 kommer det att genomföras journalgranskningar och under senhösten sammanställs nationella resultat.

Vårdrelaterade infektioner

VRI är vanligt förekommande vårdskador och är ofta allvarliga till sin natur. Med VRI menas i detta sammanhang: ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården” [95]. Det är angeläget att minska förekomsten av VRI. Förutom det direkta lidande som drabbar varje enskild patient läggs betydande resurser på att behandla VRI eftersom vårdtiden förlängs [55]. Alla VRI är inte vårdskador. Studier visar att minst 20–30 procent av VRI borde gå att förebygga [96–98]. I somatisk slutenvård för vuxna bedöms VRI utgöra drygt en tredjedel av alla skador, varav drygt 60 procent bedöms gå att undvika dvs. räknas som vårdskador [55].

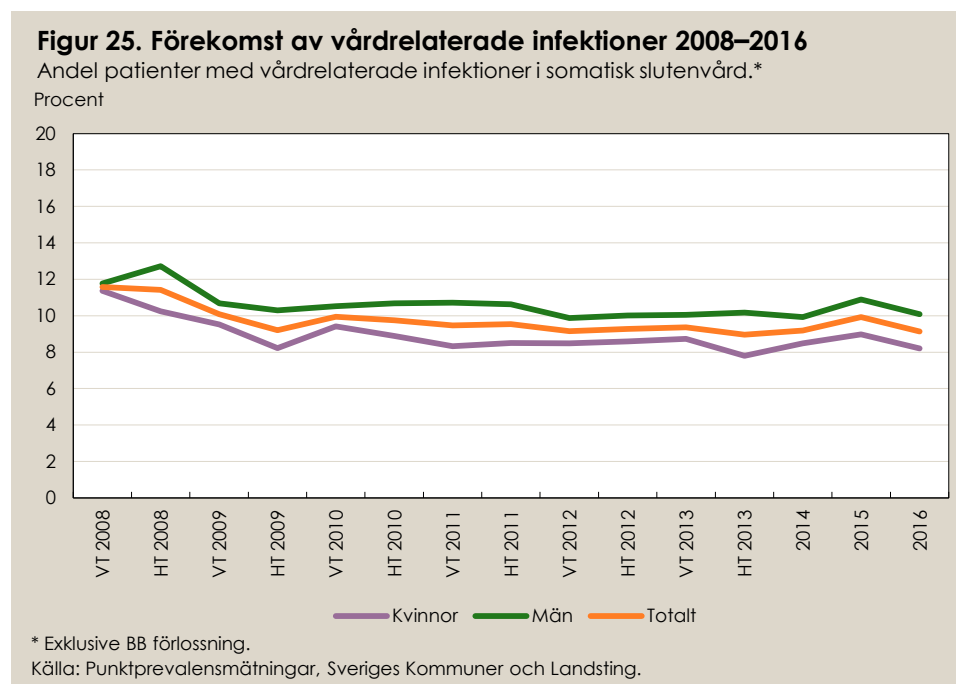
Bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2015:10 om basal hygien i vård och omsorg syftar till att förebygga VRI. Det finns handböcker och vägledningar som kan bidra till att minska förekomsten av VRI, bland annat åtgärds paket inom områdena urinvägsinfektioner, postoperativa sårinfektioner och infektioner vid CVK (central venkateter) [99–101]. Framgångsfaktorer som kan bidra till att begränsa VRI är bland annat riskbedömningar, ett tätt samarbete mellan funktionen vårdhygien och verksamheten, frekvent och kvalificerad städning, att högsta ledningen har ett

tydligt fokus på VRI och att patienter görs delaktiga och får kunskap om hygienens betydelse för att minska förekomsten av VRI [102].

Förekomsten av VRI i stort sett oförändrad

Förekomsten av VRI mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM) i slutenvården. Våren 2016 genomfördes den femtonde mätningen sedan starten 2008. Den omfattade cirka 17 650 patienter inom slutenvården varav drygt 15 550 inom den somatiska slutenvården.

I PPM våren 2016 har 9 procent av patienterna i riket en VRI jämfört med knappt 10 procent 2015. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av urinvägsinfektion och hud- och mjukdelsinfektion. Förekomsten av VRI är högst i åldersgruppen 61–79 år, 10 procent. VRI är vanligare hos män, 10 procent, än hos kvinnor, 8 procent. Sedan PPM startade 2008 har andelen VRI bland kvinnor minskat något mer än bland män. Sedan hösten 2009 har förekomsten av VRI på nationell nivå legat mellan 9 och 10 procent, figur 25.



Spridningen mellan landstingen är stor och varierar mellan 2 och 11 procent år 2016. Spridningen har minskat jämfört med 2015 då den var mellan 2 och 15 procent.

Risken för VRI är större ju fler riskfaktorer patienten har. I mätningen 2016 har 47 procent av patienterna någon riskfaktor. De vanligaste riskfaktorerna är antibiotikabehandling, kirurgiska ingrepp och kvarliggande urinkateter. Bland de patienter som inte har någon riskfaktor hade 4 procent VRI, och bland dem som har en riskfaktor var andelen 11 procent.

VRI och antibiotikaanvändning inom särskilt boende

För att stödja arbetet med att förebygga VRI görs återkommande nationella punktprevalensmätningar i särskilt boende – Svenska HALT⁶⁶. Syftet med Svenska HALT är även att utveckla en rationell antibiotikaanvändning inom särskilt boende. I HALT-mätningen definieras VRI som ”infektion som ska ha förvärvats på det särskilda boendet. Debut av symtom ska ha börjat senare än 48 timmar efter inflytt eller återinflytt på enheten. Alla symtom måste vara nya eller har akut försämrats” [103].

De nationella mätningarna startade 2014 och har nu genomförts tre gånger. Mätningarna koordineras av Folkhälsomyndigheten och genomförs sedan 2015 i samarbete med kvalitetsregistret Senior alert. Nedan presenteras resultat från mätningen 2016, och resultat från 2015 anges inom parentes. I mätningen, som genomfördes hösten 2016, deltog 129 kommuner (105) med totalt 18 613 vårdtagare (13 406) fördelat på 1 601 enheter (1 023)⁶⁷. Något mer än två tredjedelar av vårdtagarna på SÄBO⁶⁸ var kvinnor och andelen över 85 år var 59 procent. Störst deltagande var från enhetstypen ”Allmän vård och omsorg” med 12 090 vårdtagare i 127 kommuner.

I särskilt boende hade 1,6 procent (2,2) av alla vårdtagare en vårdrelaterad infektion. De två vanligaste infektionerna var hud- och mjukdelsinfektion och urinvägsinfektion (UVI). Det var 3,0 procent (2,9) av vårdtagarna på särskilt boende som hade en antibiotikabehandling⁶⁹. Vanligaste orsakerna till antibiotikabehandlingar var UVI och hud- och mjukdelsinfektion.

Sår och urinkateter var de vanligaste riskfaktorerna hos de inkluderade personerna. Korttidsboende var den enhetstyp där flest inkluderade personer hade riskfaktorer. Det sågs tydliga samband mellan riskfaktorer och risken att vårdtagaren hade en VRI eller en antibiotikabehandling.

Förekomst av trycksår och fall

Inledning

Förekomst av trycksår och fall mäts bland annat genom punktprevalensmätningar (PPM). Sedan 2013 har Senior alert erbjudit samtliga kommuner att genomföra PPM av trycksår och fall två gånger per år – en på våren och en på hösten. Det är särskilda boenden, korttidsboenden, demensboenden, hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam som har erbjudits att delta.

I PPM fall ingår riskbedömning, fall och fallskador samt registrering av pågående åtgärder. Pågående åtgärder omfattar 24 förebyggande åtgärder.

I PPM av trycksår ingår riskbedömning, hudobservation och registrering av pågående åtgärder. Pågående åtgärder omfattar 28 förebyggande åtgärder.

Inom slutenvården genomför SKL PPM av trycksår sedan 2011. Mätningen görs under en dag på varje avdelning under en vecka på våren och omfattar samtliga inneliggande patienter över 18 år. Mätningen av trycksår omfat-

⁶⁶ Healthcare- associated infections and Antimicrobial use in Long-Term care facilities.

⁶⁷ Indelningen baseras på den organisationsindelning som verksamheten hade i Senior alert. Registrerande enhet kunde vara en avdelning, ett våningsplan på ett SÄBO eller hela det särskilda boendet eller LSS boendet.

⁶⁸ I SÄBO ingår enhetstyperna: Allmän vård och omsorg, Demens, Korttid och Psykiatri.

⁶⁹ Exklusive metenamin.

tar riskbedömning, hudbedömning, insatta förebyggande åtgärder samt journalgranskning. Allvarlighetsgraden för trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4.

Metodbeskrivningar finns på Senior alerts webbplats⁷⁰ respektive på SKL:s webbplats⁷¹.

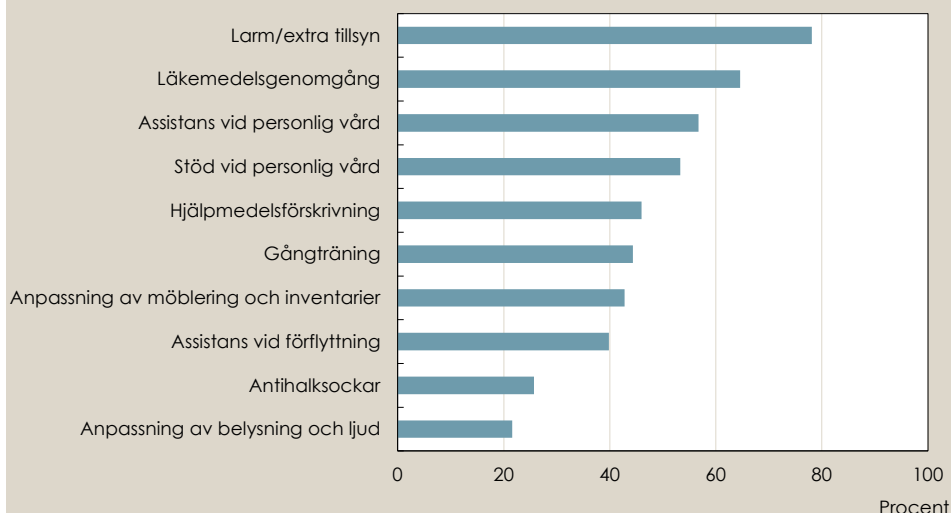
Förekomst av fall i kommunal vård och omsorg

I PPM hösten 2016 har cirka 80 procent av personerna risk att falla. Bland dessa är det 1 437 fall fördelat på 1 023 personer, vilket är knappt 7 procent (tabell 11). Av dessa har 804 personer endast fallit en gång. Mätningen visar att drygt en fjärdedel av fallolyckorna har resulterat i en skada. Drygt 3 procent fick en fraktur, 11 procent drabbades av mjukdelsskada och något färre av sårskada, 9 procent.

Av dem som fallit minst en gång var den vanligaste förebyggande åtgärden larm eller extra tillsyn (78 procent) följt av läkemedelsgenomgång (65 procent) och assistans vid personlig vård (57 procent), se figur 26.

Figur 26. De 10 vanligaste förebyggande åtgärderna för personer med risk för fall och som hade minst ett fall*

Punktprevalensmätning i kommunerna hösten 2016.



* Samma person kan ha flera åtgärder.

Källa: Senior alert.

Trycksårsförekomst i kommunal vård och omsorg

I mätningarna 2016 deltog 134 kommuner på våren och 124 på hösten, vilket är det lägsta antalet deltagande kommuner sedan starten av PPM 2013.

Mätningen hösten 2016 omfattade drygt 15 600 personer. Antalet observerade personer per kommun varierade mellan 13 och 704.

Andelen riskpatienter i höstens mätning är 30 procent och knappt 8 procent har trycksår. Det är något högre andel män med trycksår. Av trycksåren är det cirka 62 procent av grad 1, som är en rodnad som inte bleknar vid

⁷⁰ <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43943>.

⁷¹ <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavtrycksar.5208.html>.

tryck, huden är hel. Den vanligaste lokaliseringen för trycksår är hälar och rygglut. Det är stor variation i trycksårsförekomst mellan kommunerna – från 0 till 36 procent. Resultatet för riket är i stort sett oförändrat jämfört med tidigare PPM, se tabell 11.

Tabell 11. Punktprevalensmätningar av trycksår och fall i kommuner 2013–2016

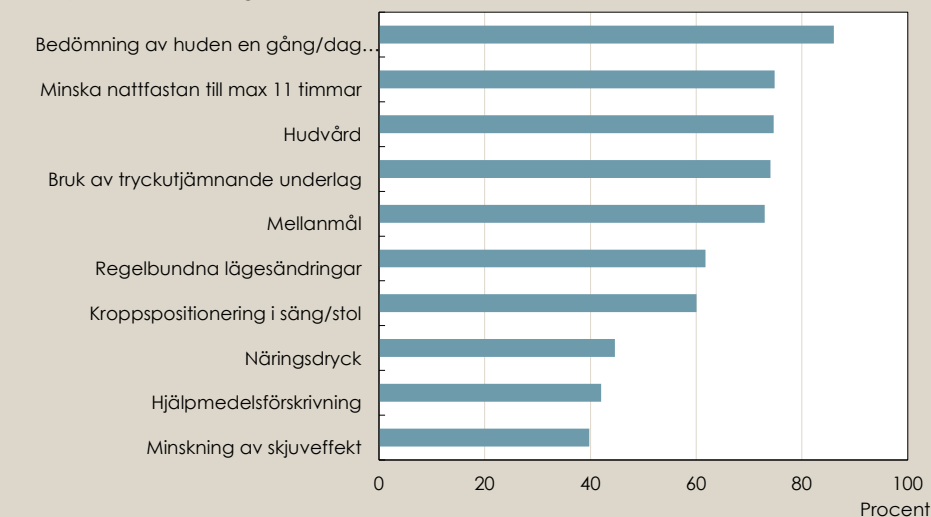
	Höst 2013	Vår 2014	Höst 2014	Vår 2015	Höst 2015	Vår 2016	Höst 2016
Antal kommuner	61	177	196	160	143	134	124
Antal personer	7 999	17 569	22 208	21 402	18 747	20 418	15 627
Andel med risk för trycksår	31	31	32	31	31	30	30
Andel med trycksår	9	9	9	8	8	8	8
Andel med risk för fall	81	81	79	80	80	79	80
Andel som fallit	7	8	8	7	7	7	7

Källa: Senior alert.

För personer som ännu inte har utvecklat trycksår, men som bedöms ha risk för det, är de två vanligaste förebyggande åtgärderna bedömning av huden (80 procent) och äta mellanmål (71 procent). Bruk av tryckutjämnande underlag ligger på 60 procent. Den vanligaste åtgärden för personer med risk för trycksår och med minst ett observerat trycksår är bedömning av huden (86 procent) följt av minska nattfastan, hudvård samt bruk av tryckutjämnande underlag (cirka 75 procent). Av de 10 vanligaste åtgärderna är tre kostrelaterade, se figur 27.

Figur 27. De 10 vanligaste förebyggande åtgärderna för personer med risk för trycksår och som hade minst ett trycksår*

Punktprevalensmätning i kommunerna hösten 2016.



* Samma person kan ha flera åtgärder.

Källa: Senior alert.

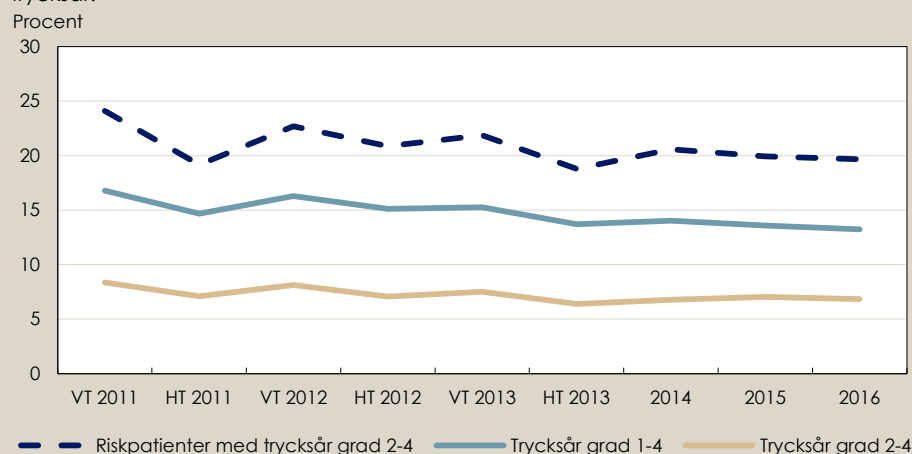
Förekomst av trycksår i slutenvården

PPM våren 2016 omfattade drygt 15 100 patienter inom slutenvård. I mätningen har 13 procent av patienterna trycksår (kategori 1–4). Drygt hälften, 7 procent, är trycksår av allvarigare grad (kategori 2–4). Det är 20

procent av riskpatienterna som har allvarligare trycksår (kategori 2–4). Förekomsten av trycksår och trycksår av allvarligare grad är i stort sett oförändrad jämfört med mätningarna 2015. Andelen patienter med trycksår (kategori 1–4) har sedan år 2011 gått ned från 17 procent till 13 procent år 2016, figur 28. Förekomsten av trycksår skiljer sig marginellt mellan könen. Den åldersgrupp där störst andel har trycksår är personer 80 år och äldre.

Figur 28. Andelen patienter med trycksår i slutenvård 2011–2016

Punktprevalensmätning i landsting. Andel patienter med olika allvarlighetsgrad av trycksår.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är stora skillnader mellan landstingen och skillnaderna har ökat. I mätningen 2016 ligger variationen mellan 7 och 21 procent, att jämföra med 9–19 procent år 2015. Skillnaden för de allvarligare trycksåren (kategori 2–4) har minskat något i mätningen 2016 och är 4–13 procent jämfört med mätningen 2015 då skillnaden var 4–15 procent.

En stor del av trycksåren går att undvika med förebyggande åtgärder. De förebyggande åtgärder som mäts i PPM är lägesändring i säng respektive stol, tryckreducerande madrass respektive dyna i stol, glidlakan eller annan utrustning och hälavlastning. I PPM 2016 är förebyggande madrass den vanligaste förebyggande åtgärden mot trycksår hos riskpatienterna, 63 procent, följt av lägesändring i säng 53 procent.

Anmälningar av vårdskador

Patienter som har drabbats av skada i samband med hälso- och sjukvård har enligt patientskadelagen (1996:799) rätt till ekonomisk ersättning under de förutsättningar som framgår av 6 § i lagen. Patienter och närstående kan anmäla en skada till Löf.

Vårdgivaren har enligt PSL (3 kap. 5 §) skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO och det ska göras inom två månader enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (SOSFS 2005:28). Vårdgivaren ska så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, och vidta åtgärder som förhindrar att händel-

sen upprepas eller som begränsar effekterna om sådana händelser inte helt går att förhindra (3 kap. 3 § PSL).

Antalet lex Maria-anmälningar ökar

För 2016 ses en fortsatt ökning av antalet lex Maria-anmälningar. Vårdgivarna gjorde 2 470 lex Maria-anmälningar under 2016, jämfört med 2 373 anmälningar år 2015, se tabell 12. Det går inte att redovisa vilken kategori och vilket verksamhetsområde anmälningarna gäller eftersom den slutgiltiga kategoriseringen görs i samband med att det tas ett beslut i ärendet.

Antalet avslutade ärenden har ökat från år till år fram till år 2015. Mellan 2015 och 2016 minskade antalet avslutade ärenden och under 2016 fattade IVO beslut i 2 496 ärenden⁷². De vanligaste ärendetyperna var vård och behandling följt av fullbordat självmord och diagnostisering. De flesta besluten gällde psykiatrisk specialistsjukvård (578), kirurgisk specialistsjukvård (439) och primärvård (402). Fördelningen mellan ärendetyper och verksamhetsområden var nästan densamma 2015, med undantaget att fullbordat självmord då var den vanligaste ärendetypen följt av vård och behandling.

Inom äldreomsorgen (korttidsboende, särskilt boende och ordinärt boende) beslutades 295 ärenden och inom hemsjukvård i ordinärt boende var det 89 ärenden. Fördelningen mellan ärendetyper var i stort sett samstämmig med motsvarande fördelning 2015, med majoriteten av ärenden inom läkemedelshantering följt av vård och behandling. Inom äldreomsorgen var fallskador den tredje vanligaste ärendetypen, medan det området inte stod för en lika stor andel av ärendena inom hemsjukvård i ordinärt boende [32].

Tabell 12. Antalet inkomna respektive avslutade anmälningar enligt lex Maria 2011–2016

Lex Maria	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Inkomna	2 093	2 143	2 226	2 311	2 373	2 470
Avslutade	1 804	2 300	2 362	2 436	2 823	2 496

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

I figur 29 redovisas antalet inkomna lex Maria-anmälningar per län under perioden 2015–2016. Antalet anmälningar från län redovisas per 100 000 invånare.

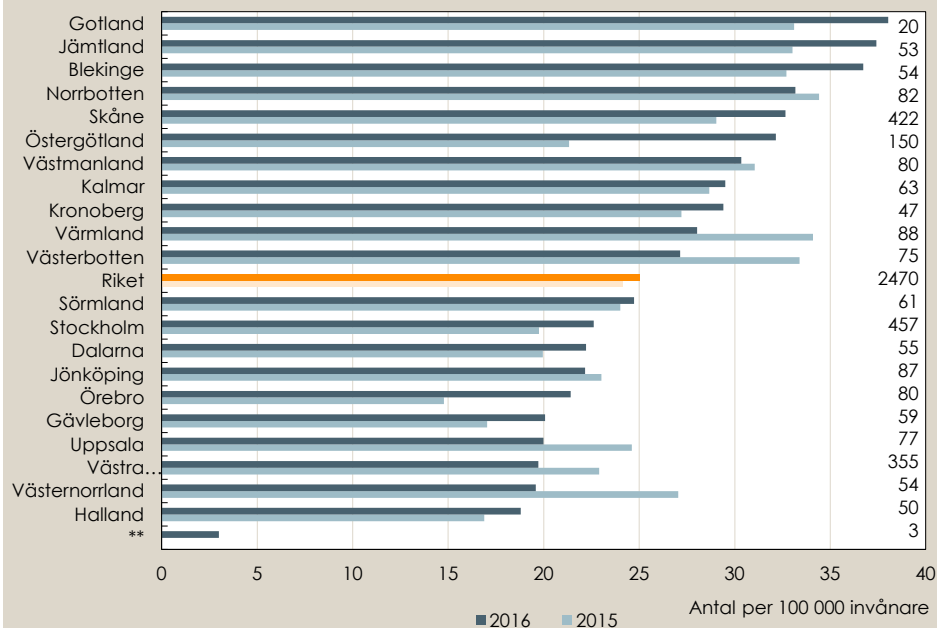
IVO konstaterar att vårdgivarna inte alltid följer upp och utvärderar riskförebyggande åtgärder som de har redovisat i sina lex Maria-anmälningar. Därmed brister vårdgivarna i sin egenkontroll vad gäller det systematiska patientsäkerhetsarbetet [10].

⁷² Omfattar även ärenden som har inkommit tidigare kalenderår, och alla ärenden för 2016 var ännu inte beslutade.

Figur 29. Antalet lex Maria-anmälningar 2015 och 2016*

Sorterade efter inkomna anmälningar per 100 000 invånare och län.

Absoluta tal



* Folkmängden räknades den 1 november respektive år.

** Tre anmälningar saknar angivet län.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska Centralbyrån.

Nationellt it-stöd för händelseanalys – Nitha

Händelseanalys är en metod som används för att utreda händelser som har medfört eller kunde ha medfört vårdskada [104]. Nitha är ett it-stöd för att dels göra det enklare att utföra händelseanalyser och dels för att bidra till att öka säkerheten i vården. Den så kallade kunskapsbanken i Nitha möjliggör ett lärande om vårdskadors bakomliggande orsaker och lämpliga förebyggande åtgärder, genom att chefer och medarbetare kan ta del av andra verksamheters erfarenheter genom deras händelseanalyser. Sedan september 2016 går det att månadsvis följa hur många personer som besökt kunskapsbanken, i december 2016 var det 520 besökare.

Det är ett oförändrat antal landsting, 17 stycken, som är anslutna till Nitha. Under 2016 påbörjades 623 händelseanalyser i Nitha vilket är drygt 100 färre än 2015. Vid årsskiftet 2016 pågick 2 603 analyser. I kunskapsbanken fanns 1 265 analyser. Det är en ökning i kunskapsbanken med 463 analyser jämfört med föregående årsskifte. Under 2016 är det 13 landsting som har överfört analyser till kunskapsbanken. Det är stor variation mellan landstingen. Ett par landsting har en handfull överförda analyser och fem landsting har 100 eller fler överförda analyser. Av analyserna i kunskapsbanken omfattar 759 analyser lex Maria-anmällda händelser. Det överfördes 49 analyser av lex Maria-anmällda händelser under 2016.

Det är fyra kommuner som är anslutna till Nitha och de har sammanlagt 13 påbörjade analyser varav fem analyser har påbörjats under 2016. Inga analyser har överförts till kunskapsbanken.

Behandling och diagnostik är de vanligaste arbetsprocesserna

I de avslutade händelseanalyser som har förts över till kunskapsbanken⁷³ dominerar kirurgiska specialiteter, med 506 stycken, följt av invärtesmedicinska specialistområden, 278 stycken. Den vanligaste involverade arbetsprocessen var behandling, 483 stycken, följt av diagnostik, 277 stycken.

Knappt 30 procent av de bakomliggande orsakerna är faktorer inom området procedurer, rutiner och riktlinjer och främst brister i och avsteg från rutiner och instruktioner. Det andra stora orsaksområdet, cirka 25 procent, är kommunikation och information, där brister i kommunikation och information mellan enheter och inom enheten är vanligast. Totalt 3 255 bakomliggande orsaker var angivna för de 1 265 analyserna i kunskapsbanken.

De sex mest förekommande åtgärderna i händelseanalyserna är desamma som setts i föregående års sammanställningar. Förändring av rutin och utbildning är de dominerande åtgärderna, 22 procent respektive 20 procent av alla åtgärdsförslag, se tabell 13.

Tabell 13. Typ av åtgärder i avslutade händelseanalyser

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank till och med 2016-12-31.

Typ av beslutade åtgärder	Antal*
Förändring av rutin eller ny rutin	743
Utbildning	668
Förändring av process	302
Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner	301
Strukturering av kommunikation, t.ex. SBAR, motläsning	279
Ökad bemanning eller förändrad kompetens	218
Minnesstöd, t.ex. checklistor och lathundar	156
Omorganisation	99
Ny eller utveckling av IT-utrustning	97
Praktisk övning	81
Dubbelkontroller	76
Ny eller modifierad utrustning	73
Tekniska barriärer som förhindrar felanvändning	70
Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg	61
Ändringar i enhetens fysiska utformning	56
Minskning/eliminering av störningsmoment	51
Visuella eller andra varningssignaler	50
Reservsystem/reservrutiner	20
Minskning/eliminering av produkter/preparat med liknande namn eller utseende	4
Totalt	3 405

*Flera åtgärdsförslag förekommer i en och samma analys/ärende.

Källa: Inera/Förvaltningsledningen Nitha.

⁷³ T.o.m. 2016-12-31.

Sammanfattande diskussion

Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning, i den stora omfattning som genomförts årligen 2013 till 2016, gör det möjligt att mäta förekomsten av skador och vårdskador på nationell nivå med stor säkerhet. Detta är en förutsättning för att kunna göra internationella jämförelser.

I Norge används journalgranskning⁷⁴ i stor omfattning sedan 2011 för att följa patientsäkerheten [105,106]. Den första internationella jämförelsen baserad på MJG inom vuxen somatisk slutenvård visar att skador totalt sett är lika vanliga på norska sjukhus som på svenska men att det finns många skillnader när det gäller enskilda typer av skador [107].

Resultaten av journalgranskningarna pekar på att patientsäkerheten inledningsvis har varit på väg i rätt riktning, vilket delvis kan tolkas som en effekt av patientsäkerhetsöverenskommelserna 2011–2014 [108]. Men resultaten från och med andra halvåret 2015 tyder på ett trendbrott dvs. att förekomsten av skador och vårdskador inte fortsätter att minska. Fortsatta mätningar behövs för att kunna göra en säker bedömning. Det är därför angeläget att journalgranskning fortsätter att ske i den omfattning som behövs för att kunna följa utvecklingen. Metoden ger också ett viktigt underlag för kliniker och sjukhusens patientsäkerhetsarbete och möjlighet att följa upp resultat lokalt. SKL:s sammanställning *Förbättringsarbeten på sjukhus- och klinikinivå* ger en översikt över de aktiviteter som initierats utifrån resultat från journalgranskningen. Sammanställningen baseras på en enkätundersökning till alla landsting och den syftar bland annat till att sprida goda exempel och ett lärande mellan olika sjukhus [109].

Förekomst av VRI, fall och trycksår

Förekomsten av VRI och trycksår i landstingen (i PPM) är i stort sett oförändrad. Det indikerar att förebyggande åtgärder inte sätts in i tillräcklig omfattning. Om detta beror på okunskap eller att det saknas förutsättningar att följa de kunskapsstöd som finns, har myndigheten ingen vetskap om. Resultatet visar tydliga samband mellan riskfaktorer och risken för att patienten ska drabbas av en VRI. Det är därför av största vikt att arbeta förebyggande vilket omfattar att minska förekomsten av riskfaktorer i den mån det är möjligt, följa kläd- och hygienregler, följa rutiner för skötsel av exempelvis katetrar och sår samt följa behandlingsrekommendationer gällande antibiotika när sådan behandling är nödvändig.

Det går inte att jämföra resultaten för de förebyggande åtgärderna i kommunernas vård och omsorg från Senior alert, som vi redovisade i föregående avsnitt, med resultatet från PPM. I PPM har exempelvis 60 procent av personer med risk för trycksår tryckutjämnande underlag och i Senior alert är det angivet att 7 procent har det. Skillnaden kan förklaras med att resultatet i PPM är baserat på direktobservationer och ger en ögonblicksbild medan data från Senior alert baseras på det som dokumenterats i registret över tid. Det är av vikt att ledningen i kommunernas hälso- och sjukvård uppmärksammar

⁷⁴ Använder metoden Global Trigger Tool.

dess skillnader. Om informationen inte dokumenteras är det osäkra data som det fortsatta patientsäkerhetsarbetet baseras på.

Lära av inträffade händelser

IVO påpekar vårdgivarnas bristande lärande av inträffade allvarliga vårdskador i sin tillsynsrapport [10]. Det är en stor andel pågående analyser i Nitha och sannolikt är flera av dessa analyser avslutade. Det är önskvärt att fler genomförda analyser överförs till kunskapsbanken då dessa kan bidra till det gemensamma lärandet. Aggregerade analyser av dessa data kan ge mer kunskap om och förståelse för både de bakomliggande orsakerna till allvarliga vårdskador och effekterna av åtgärderna.

Utvecklingsarbeten för att stärka patientsäkerheten

Inledning

Det pågår mycket utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet. I det här avsnittet beskrivs ett urval av utvecklingsarbeten och åtgärder som syftar till att stödja chefer och medarbetare att utveckla och stärka patientsäkerheten. De som utför utvecklingsarbetet är såväl myndigheter som intresseorganisationer och landsting. Slutligen ger vi en kort beskrivning av Sveriges medverkan i det internationella patientsäkerhetsarbetet.

Nationellt patientsäkerhetsarbete

Samlat stöd inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla ett samlat stöd för hälso- och sjukvården inom patientsäkerhetsområdet i syfte att minska vårdskadorna. Det samlade stödet kommer särskilt att fokusera på de allvarliga och de mest frekventa vårdskadorna och utgå från hälso- och sjukvårdens behov. Socialstyrelsen har under 2016 kartlagt behovet av stöd, och hinder och drivkrafter som finns i arbetet för en säker vård, med chefer och medarbetare i prehospital vård, hemsjukvård, öppen och slutenvård, tandvård och studenter samt med patienter och närstående. Utifrån kartläggningen utvecklar Socialstyrelsen nu ett webbaserat kunskapsstöd som informerar om patientsäkerhet. Kunskapsstödet lyfter fram och beskriver det mest centrala inom patientsäkerhetsområdet. Det vägleder och hänvisar till relevanta metoder och verktyg och länkar till berörda myndigheter och organisationer. Målsättningen är att det ska vara enkelt för chefer, ledare och medarbetare inom hälso- och sjukvården att hitta aktuell och relevant kunskapsstödande information. Exempel på sådan är beskrivningar av risk- och vårdskadeområden, metoder och verktyg, centrala lagar och föreskrifter, begrepp och definitioner, statistik och resultat. Dessa ska sedan kunna användas i vårdverksamheten.

I arbetet är flera olika parter involverade: Folkhälsomyndigheten, IVO, Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, SKL, Patientnämnden från Stockholms läns landsting, Lof och olika professionsföreningar. Det samlade stödet lanseras våren 2017.

Centrala begrepp inom patientsäkerhetsområdet har tydliggjorts

Riksrevisionens granskning av patientsäkerheten i landet [110] visade ett behov av att tydliggöra befintliga begrepp, och utveckla definitioner av centrala begrepp. Hälso- och sjukvårdens rapportering och beskrivning av

risker och vårdskador utgår från olika tolkningar vilket gör det svårt att få en samlad bild av förekomsten.

Socialstyrelsen har under 2016 genomfört ett terminologiarbete och definierat centrala begrepp kring vårdskador och patientsäkerhet. Syftet med detta är att myndigheter, vårdgivare och profession ska lägga samma betydelser i begreppen. Förhoppningen är att det i förlängningen leder till en gemensam syn på vad patientsäkerhet innebär och tydliggöra intensionen av definitionen av patientsäkerhet. Vidare att kunskapsstyra och skapa ett lärande inom gemensamma risk- och vårdskadeområden. Exempel på centrala begrepp som tydliggjorts är skada, vårdskada, komplikation, risk, tillbud och negativ händelse. Arbetet har resulterat i sju nya termposter och en revidering av tre befintliga. Följande begreppskluster omfattas i terminologiarbetet:

- avvikelshantering (risk, tillbud, negativ händelse, avvikelse, riskanalys)
- vårdskada (t.ex. skada på patient, vårdskada, komplikation)
- patientsäkerhet (t.ex. patientsäkerhet, patientsäkerhetsarbete).

Socialstyrelsen har genomfört arbetet i samverkan med SKL, Svensk sjuk-sköterskeförening, Svenska läkaresällskapet och Terminologicentrum. Under 2017 fortsätter arbetet med att tydliggöra ytterligare områden som säkerhetskultur, patientsäkerhetskultur, försenad, utebliven eller felaktig diagnos och behandling.

Föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete

Socialstyrelsen har under 2016 arbetat med att ta fram nya föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. De ska ersätta Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria. I detta arbete har det varit centralt att möta företrädare från olika delar av hälso- och sjukvården för att ta del av det utrednings- och analysarbete som idag görs ute i vården, och få veta hur verksamheterna anser att Socialstyrelsen kan stödja patientsäkerhetsarbetet.

Syftet med föreskriften är ytterst att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Målet är att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet med det systematiska kvalitetsarbetet och att öka lärandet kring händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Genom att lyfta fram och poängtera betydelsen av kunskapsspridning för att få till stånd ett bättre lärande kan föreskriften leda till att öka riskmedvetenheten och därigenom förstärka det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården. Föreskriften beräknas träda i kraft i början av hösten 2017. Under 2017 kommer Socialstyrelsen ta fram en handbok kopplat till föreskriften.

Föreskrift om ordination och hantering av läkemedel

Socialstyrelsen har under 2016 arbetat med att ta fram nya föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Under 2017 kommer Socialstyrelsen ta fram en handbok kopplat till föreskriften. Föreskriften träder i kraft 1 januari 2018.

FRAM-analys av förslaget till föreskrift

Efter att förslaget till föreskrift varit ute på remiss genomfördes en FRAM-analys⁷⁵. FRAM ger en bild av hur olika aktiviteter i ett system förhåller sig till varandra och hur variationer i utförandet av olika aktiviteter påverkar andra aktiviteter och systemet i sin helhet [111]. Analysen var en del av ett utvecklingsarbete på Socialstyrelsen att tillämpa olika metoder för att analysera och belysa systemperspektiv. FRAM hade inte tidigare använts på myndigheten varför lärande var ett huvudsyfte med att genomföra analysen.

Underlaget för analysen var delar av inkomna remissyttranden och analysgruppens erfarenheter. De delar av processen som analysen fokuserade på var ordination, iordningsställande och administrering. Bedömningen är att förslaget medför en mer patientsäker process för ordination och hantering av läkemedel och då framför allt i kontrollfunktionerna i och med att det bland annat ställs ökade krav på: vad dokumentation av en ordination ska innehålla, vilka krav som ska vara uppfyllda innan ett läkemedel kan iordningsställas respektive administreras samt krav på vårdgivarens rutiner för ordination och läkemedelshantering.

Markörbaserad journalgranskning i hemsjukvården

Allt mer hälso- och sjukvård bedrivs i hemmet. Det gäller både kommunalt och landstingsdriven vård. Förhållandena inom hemsjukvården skiljer sig i många avseenden från sjukhusvård. Kunskap om förekomst av skador och vårdskador är ett utvecklat område. År 2015 startade ett utvecklingsarbete för att utveckla en metod för journalgranskning inom hemsjukvård.

Metoden vid journalgranskning i hemsjukvård baseras på markörbaserad journalgranskning inom slutenvård [91] och så kallade markörer har tagits fram anpassade för hemsjukvård. Under 2016 utbildades granskningsteam från kommuner och landsting och därefter genomfördes granskning av 600 journaler för att validera markörerna och testa metoden.

Arbetet har genomförts i nära samverkan mellan Kungliga tekniska högskolan, Karolinska institutet, Linnéuniversitetet, SKL samt Region Östergötland. Socialstyrelsen har medverkat i bland annat referensgrupp samt bistått finansiellt.

Resultat från journalgranskning

Patienterna som innefattades i journalgranskningen hade en medelålder på 80 år och var multisjuka. En fjärdedel av patienterna hade råkat ut för ett eller flera tillbud. Hälften av tillbudet bedömdes vara undvikbara. Exempel på vanliga tillbud var fall och uteblivna eller försenade läkemedelsdoser. Cirka en tredjedel av patienterna hade råkat ut för en eller flera skador varav nästan tre fjärdedelar av skadorna bedömdes möjliga att undvika. Merparten av skadorna bedömdes som lindriga. De vanligaste skadorna var vårdrelaterade infektioner, fall, kärl- och hudskador samt trycksår.

Utveckling av handbok

Det går inte att dra generella slutsatser om förekomsten av skador och vårdskador inom hemsjukvård utifrån materialet från journalgranskningen,

⁷⁵ Functional Resonance Analysis Method eller Funktions-Resonansanalysmetod.

men det har bidragit till att utveckla kunskapen om risk- och vårdskadeområdena inom hemsjukvården. Baserat på resultaten från journalgranskningarna och granskningsteamens erfarenhet har anpassade markörer och granskningsformulär tagits fram. Denna markörbaserade journalgranskningsmodell anpassad för hemsjukvården kommer att bli en nationell handbok som tas fram under 2017 av Socialstyrelsen och SKL.

Patientsäkerhetsarbetet i kommunal hemsjukvård

Socialstyrelsen påbörjade 2016 en kartläggning av kommunernas patientsäkerhetsarbete. Resultat redovisades i Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016 [71]. Därefter medverkade cirka 30 slumpmässigt utvalda respondenter i en telefonintervju där fokus var egenkontroll, riskområden, vårdskador samt patienters och närståendes medverkan och involvering. Frågorna var av karaktären att beskriva hur exempelvis egenkontroll genomförs. Resultatet från intervjuerna visade en stor bredd och variation i patientsäkerhetsarbetet tillika ansvar och befogenheter för medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Det gällde också samverkan med verksamhets- och enhetschefer samt med socialnämnderna/motsvarande.

I den fortsatta kartläggningen anordnades en workshop med ett slumpmässigt urval av respondenterna från enkätundersökningen. Syftet var att inhämta fördjupad kunskap om utmaningar och möjligheter i kommunernas patientsäkerhetsarbete och att identifiera eventuellt behov av kunskapsstöd, som kan bidra till att stärka patientsäkerhetsarbetet⁷⁶. Nedan redovisas sammanställningen från workshopen som berörde områdena:

- Möjligheter och utmaningar med att identifiera och bedöma risker.
- Rapportering och bedömning av vårdskador.
- Risker inom läkemedelshantering.
- Genomföra egenkontroll; kvalitetsregister, punktprevalensmätningar.
- Möjligheter och utmaningar med journalgranskning.
- Behov av kunskapsstöd.

Kunskapsstöd behövs för bättre riskbedömning

Deltagarna betonar att personalen måste titta på hela vårdprocessen för att göra en grundlig riskbedömning. Det görs lättast i särskilt boende där vårdteamet är samlat på samma fysiska plats medan teammedlemmarna i ordinärt boende jobbar mer enskilt. Deltagarna uppger att registrering av riskbedömning ofta ses som tidskrävande dubbeldokumentation. Detta på grund av att de olika systemen som används för registrering inte alltid kommunicerar med varandra och personalen därför måste fylla i samma uppgifter flera gånger på olika ställen. Några deltagare diskuterar att personcentrerad vård skulle kunna involvera patienten mer och därmed förbättra riskarbetet. Deltagarna uttrycker ett behov av kunskapsstöd och arbetsbeskrivningar för legitimerad personal inom kommunens hälso- och sjukvård. Mer fakta kompetens om exempelvis demens behövs för att kunna bedöma risker. Ett behov finns av

⁷⁶ Dnr 5915/2016.

gränsöverskridande kunskapsstöd som eftersom personalen arbetar under både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Det behövs en dialog om risker och vårdskador

Generellt behövs en dialog om risker och orsaker till vårdskador. Deltagarna önskar att avvikelserapportering var en ännu mer naturlig del av det dagliga arbetet och att det fanns en kontinuerlig riskmedvetenhet i verksamheten. Personalen behöver vara mer delaktig både med att rapportera och att delta i diskussionen om orsaker till avvikelserna. För att nå det behöver det bland annat vara enkelt att rapportera men också att våga registrera när något går fel. Det behöver vara enklare att analysera bakomliggande orsaker och förstå varför något gått fel. Teamen i hemsjukvården har en god insikt om orsaker till exempelvis fall men denna kunskap används inte i särskilt stor utsträckning utan man behöver bli bättre på att tillvarata den kunskap som finns inom verksamheten. Samarbetet mellan MAS och enhetschefer och verksamhetsledning kan utvecklas bland annat för att kunna förmedla syftet med rapportering och händelseanalys och vikten av ledningens engagemang i patientsäkerhetsarbetet.

Utbildning behövs om läkemedelshantering

Ett stort riskområde inom hemsjukvården är läkemedelshantering. Deltagarna betonar riskerna med delegering. De menar att om delegering alls ska användas behöver det ske restriktivt och antalet delegeringar per sjuksköterska bör minska. Antalet personer som hanterar läkemedel under varje arbetsskift bör minska och det bör endast göras av personer med särskild utbildning för läkemedelshantering. För att minska läkemedelsavvikelserna efterfrågas fler sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet, utbildning vid delegering och kontinuerlig uppföljning av en sjuksköterska. Vidare uttrycks behov av kunskap om vad som utgör en läkemedelsavvikelse och att enheterna delges sammanställningar och analyser av läkemedelsavvikelser. Deltagarna menar att man behöver bli bättre på att använda de tekniska lösningar som finns, såsom elektroniska signeringssystem. Det behövs också ett stort engagemang från ledningsnivå. Enhetscheferna inom kommunal vård och omsorg behöver ha kunskap om vad patientsäker läkemedelshantering innebär och ha ett nära samarbete med sjuksköterskan för att direkt kunna åtgärda problem kring läkemedelshantering.

Det behövs stärkta förutsättningar för journalgranskning

Den journalgranskning som görs idag är en egenkontroll av dokumentations- skyldigheten där man tittar på bland annat samtycke, vårdplanering och läkemedel. Deltagarna uttrycker att journalen på nätet⁷⁷ även skulle omfatta patienter inom kommunal hälso- och sjukvård för att det skulle kunna öka kvaliteten på dokumentationen. Markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård motsvarar inte nuvarande journalgranskning som genomförs, men genom markörbaserad journalgranskning går det att följa förekomst av skador och vårdskador. Den ena metoden utesluter inte den andra men det krävs nya och andra förutsättningar för att kunna införa markörbaserad journalgranskning och dessa upplevs inte finnas i dagsläget.

⁷⁷ Patientjournalen digitalt via 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Resultat från egenkontroll som en del i förbättringsarbetet
Vissa verksamheter genomför egna mätningar och kontroller. Det blir då ett dubbelarbete att även använda andra metoder. Men deltagarna uttrycker att punktprevalensmätningar kan vara ett sätt att skapa uppmärksamhet kring ett problem. Det är viktigt att det inte är för omständligt att registrera resultat från observationerna. Vidare är det viktigt med återkoppling av mätresultaten direkt till verksamheten så att de kan användas i förbättringsarbetet. Deltagarna uttrycker att det skulle vara bra med målvärden för egenkontrollen som visar när man har nått en bra kvalitet.

Utvecklingsprojekt baserat på skadestatistik

Skadestatistiken från Löf utgör underlag för flera riktade patientsäkerhets-satsningar och projekt pågår i dagsläget inom infektioner efter ledproteskirurgi, allvarliga skador vid bukkirurgi, traumasjukvård och förlossningsvård. Satsningarna genomförs tillsammans med drygt 30 yrkesorganisationer, kvalitetsregister och andra intresseorganisationer.

I PRISS (Protes Relaterade Infektioner Skall Stoppas) medverkade i första fasen landets samtliga 72 ortopedkliniker, som då bedrev proteskirurgi. Syftet är att minska risken för infektioner i samband med planerad proteskirurgi i höfter och knän, tidigt upptäcka postoperativ infektion för att kunna utföra protesbevarande åtgärder. Projektet utvärderas nu både vetenskapligt och lokalt, dels avseende effekt men också avseende hinder för ett framgångsrikt arbete. Bestående resultat är att flera enheter har kunnat mer än halvera frekvensen av ledprotesrelaterad infektion, medan andra enheter inte lyckats med detta. Arbetet fortsätter nu med att få med samtliga enheter i arbetet.

Löf driver tillsammans med 20 yrkesorganisationer och 3 nationella kvalitetsregister projektet Säker traumavård. Projektet, som nu är halvvägs, har redan resulterat i en stor mängd lokala, regionala och nationella aktiviteter. Bland annat har nationella kriterier för traumalarm tagits fram, vilka under våren 2017 kommer att börja användas i hela landet.

Projektet Säker förlossningsvård genomförs i samverkan mellan Svensk Förening för Obstetrik och Gynäkologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska neonatalföreningen och Löf. Det syftar till att minska förlossningsskador på barn, i första hand CP-skador orsakade av undvikbar syrebrist i samband med förlossningen. Den första fasen, som pågick mellan 2007 och 2011, resulterade bland annat i rekommendationer och råd inom åtta områden till exempel kejsarsnitt, fosterövervakning och program för utbildning och kunskapskontroll. Projektets andra fas omfattade riskgraviditeter samt skador på mamman, främst bäckenbottensskador. Det avslutades 2016 och kommer att utvärderas under 2017 avseende effekt och behov av eventuella ytterligare åtgärder [112]. Nationella data visar att antalet av Löf ersatta allvarliga förlossningsskador på barn har mer än halverats sedan projektets början 2008, från 20 per 100 000 födda barn till under 10 per 100 000 födda barn.

Projekt för säker bukkirurgi

Projektet Säker bukkirurgi genomfördes 2011–2015 av berörda yrkesorganisationer samt Vårdförbundet och Löf. Målet med projektet var att halvera

antalet komplikationer efter planerade och akuta bukoperationer och därmed minska onödigt lidande men även kostnaderna för samhället. Delmål var att skapa en tvärprofessionell och organisationsövergripande medvetenhet om hur risker kan minimeras i vårdprocessen kring bukoperation.

Projektet byggde på frivilligt deltagande av 37 av landets 58 kirurgkliniker som bedriver bukkirurgi. De fick fylla i ett självvärderingsinstrument med frågor kring arbetssätt och rutiner kring bukoperationer. Det följdes av en extern revision av ett tvärprofessionellt team vars uppdrag var att identifiera möjligheter att öka patientsäkerheten i samband med bukkirurgi. Förbättringsförslagen skulle rymmas inom klinikens befintliga resurser och genomförda åtgärder redovisades ett halvår senare.

För att undersöka om projektet haft någon inverkan på komplikationsfrekvensen samlades data in från Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi, Svenskt Bräckregister och Svenska Kolorektalregistret. Resultat från 28 kliniker som deltog i projektet jämfördes med 17 kliniker som inte deltog (kontrollgruppen).

Fler åtgärder för ökad patientsäkerhet

Resultatet från revisionen visar en stor spridning i rutiner mellan landets kliniker med generellt välfungerande preoperativa bedömningar men också bristande rutiner kring medicinering inför operation och informationsöverföring mellan vårdenheter.

Projektet Säker bukkirurgi har genererat ett stort antal åtgärder för att öka patientsäkerheten avseende rutiner och arbetssätt före, under och efter operation. De inkluderar bland annat bättre kontroll av smittorisk, lokal anpassning av WHO:s checklista för säker kirurgi, säkerställd antibiotikapropylax samt skriftlig och muntlig information till patienten.

Komplikationsfrekvensen tenderar att minska

Förändringen i komplikationsfrekvensen över tid analyserades med logistisk regressionsanalys. Summan av komplikationsfrekvenserna från de tre registren visar en signifikant minskande trend hos de kliniker som deltog i Säker bukkirurgi men inte i kontrollgruppen. Vid bräckoperation och vid gallstenskirurgi var också trenden i komplikationsfrekvensen mer gynnsam hos de kliniker som deltog i projektet men ingen skillnad fanns för gallgångsskador eller komplikationer efter kolorektala operationer. Även om skillnaderna är små blir de betydelsefulla då ett stort antal patienter berörs. exempelvis innebär en minskning av 30-dagarsmortaliteten vid kolorektal kirurgi från 3 till 2,5 procent 500 färre dödsfall per 100 000 operationer.

Säker Bukkirurgi har bidragit till att sprida goda lokala exempel nationellt om rutiner för ökad patientsäkerhet före, under och efter bukkirurgi och betonat betydelsen av samverkan mellan olika professioner för att uppnå en god och säker vård [113].

Utbildningsmaterial om bemötande

Socialstyrelsen har i uppdrag att främja utvecklingen mot en vård där patienten är mer delaktig genom ett utbildningsmaterial om bemötande i hälso- och

sjukvården⁷⁸. 2015 publicerade myndigheten ett utbildningspaket för hälso- och sjukvårdspersonal med syfte att främja en patientcentrerad och jämlik vård [88]. Materialet kompletteras nu med filmer om bland annat möten mellan patienter och vården i syfte att bidra till diskussion om bemötande och delaktighet i olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Filmerna kommer att offentliggöras under 2017. Utvecklingsarbetet genomförs i samverkan med bland annat professionsföreträdare, patientorganisationer, patientnämnder och Inspektionen för vård och omsorg.

Journal på nätet skapar delaktighet för patienterna

Sedan samtliga landsting 2012 beslutade att göra journalinformation tillgänglig för patienten på nätet, den så kallade Journalen, har alla landsting, utom Region Gotland, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland infört tjänsten. Samtliga landsting bedöms ha infört tjänsten under 2017. Syftet med Journalen är att öka patienternas delaktighet i den egna vården och ge dem möjligheten att ta ett större ansvar för sin hälsa. Det ska även bidra till en ökad transparens kring vårddokumentationen. Patienten når sin digitala journal via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det är drygt 1 miljon invånare som i dagsläget har loggat in i Journalen⁷⁹.

Förstudier inför att Journalen infördes visar att vårdpersonalen ofta har känt oro inför att tjänsten bl.a. skulle medföra ökade kostnader för administration och en ökad belastning på alla delar av sjukvårdsorganisationen. Patienterna skulle också kunna oroas i onödan av att läsa information utan att kunna fråga någon med hälso- och sjukvårdskompetens. Patienterna upplever däremot ofta att tjänsten ger dem en känsla av egenmakt och delaktighet bl.a. genom att de får möjlighet att kunna förbereda sig inför ett läkarbesök och snabbt kunna ta del av provsvar.

Beroende på vilket landsting det gäller kan patienten bl.a. läsa sin journal, se provsvar, följa remisser och välja att dela journalen med en annan person. Hur och när journalinformationen blir tillgänglig för patienten skiljer sig mellan landstingen och vad som visas och inte visas beror på var vården har ägt rum. Vissa landsting visar endast signerad information, dvs. anteckningar som är godkända av ansvarig personal. Några landsting ger tillgång till informationen direkt medan andra visar den efter ungefär två veckor, t.ex. om personalen ska hinna kontakta patienten och informera om t.ex. undersökningsresultat. Landstingen har i dagsläget också olika bedömningar för om och i så fall vilken information som ska döljas för patienten, vad gäller t.ex. vård inom psykiatri.

År 2016 togs det fram ett nationellt ramverk med gemensamma principer för tillgången till journalinformation för alla invånare inom landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och tandvård. Målsättningen är att alla invånare, senast 2020, ska ha samma tillgång till journalinformation oavsett i vilket landsting man fått vården. Det nationella ramverket anger t.ex. att informationen ska bli tillgänglig direkt efter införandet i journalen, invånaren ska själv kunna välja vilken information han eller hon vill se, i vilken omfattning

⁷⁸ Dnr 3097/2016.

⁷⁹ <http://www.inera.se/OM-OSS/Nyheter/Nyheter/Pressmeddelande-1-miljon-anvandare-av-e-tjansten-Journalen/>. Hämtad 2017-02-09.

information om barns vård ska kunna ses av vårdnadshavare samt de fall där information kan döljas från patientens direktåtkomst [114].

Nationell läkemedelslista

Många av skadorna som uppstår i vården kan kopplas till användningen av läkemedel, och allvarliga vårdskador kan inträffa i samband med ordination, iordningställande och administrering. Flera av de läkemedelsrelaterade patientsäkerhetsriskerna, till exempel olämpliga läkemedelskombinationer och oavsiktlig dubbelmedicinering, är möjliga att undvika.

Läkemedelsfel i övergångar mellan olika vårdenheter är ett riskområde som bland annat beror på brister i kommunikationen och informationsöverföringen mellan vårdenheter och vårdgivare såväl som mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Information om vilka läkemedel som en patient använder eller tidigare har använt finns inte samlat på ett lättillgängligt sätt för vården och patienten. Delmängder av information är spridd i olika källor så som journalen, receptregistret och läkemedelsförteckningen. Förutsättningarna för att få åtkomst till dessa källor varierar för patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Personalen behöver ha en gemensam bild av vilka läkemedel varje enskild patient har ordinerats samt orsaken till ordinationen, för att kunna förutse och undvika läkemedelsrelaterade problem.

Arbetet med att ta fram en samlad nationell läkemedelslista har pågått under en längre tid och har nu resulterat i en departementspromemoria⁸⁰. I promemorian lämnas förslag till en ny lag – lagen om nationell läkemedelslista. Den nya lagen föreslås ersätta lag (1996:1156) om receptregister och lag (2005:258) om läkemedelsförteckning. Den nationella läkemedelslistan föreslås i ett första steg få innehålla information om förskrivna läkemedel och läkemedelsnära varor. Utöver patienten själv ska ett antal utpekade personalkategorier kunna få åtkomst till uppgifter i registret. Förslaget syftar till att tillgodose patientens och hälso- och sjukvårdspersonalens behov av information och samtidigt värna patientens integritet. Förslaget remitteras under våren 2017.

Metod för säker läkemedelsanvändning i primärvården

Felaktig läkemedelsanvändning är en av de vanligaste anledningarna till att patienter skadas i vården. Under 2016 har SKL, i samarbete med sex yrkesorganisationer⁸¹, för andra gången testat en metod som syftar till att minska antalet läkemedelsrelaterade problem för patienten. Metoden omfattar en självvärdering, extern granskning/peer-review, att enas om prioriterade åtgärder och genomförande. Självvärderingsinstrumentet har tagits fram av en expertgrupp från de sex yrkesorganisationerna och bygger på expertgruppens kunskap om kritiska faktorer vid läkemedelsanvändning i primärvård.

Vårdcentraler från Region Skåne, Landstinget Sörmland och Stockholms läns landsting har medverkat i projektet. De har gjort en självvärdering med frågor inom 13 områden som beskriver hur de säkerställer patientens läke-

⁸⁰ Ds 2016:44. Nationell läkemedelslista.

⁸¹ Svensk Förening för allmän medicin, Distriktsköterskeföreningen i Sverige, Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, Riksföreningen för MAS och MAR, Svensk Geriatrisk Förening och Apotekarsocieteten.

medelsanvändning. Vårdcentralernas självvärderingsrapport har granskats av ett granskningsteam som också besökt respektive vårdcentral. I de två pilotomgångar som genomförts, 2014 och 2016, har granskningsteamet bestått av en specialist i allmänmedicin, en distriktssköterska eller medicinsk ansvarig sjuksköterska och en apotekare med klinisk förankring. Efter att vårdcentralen har fått en återföringsrapport av granskningsteamet har verksamhetsledningen på vårdcentralen kommit överens om åtgärder som de prioriterar att genomföra de närmaste sex månaderna.

Viktigt med diskussion och samarbete mellan kollegor

Tio vårdcentraler har genomfört alla steg i metoden. Antalet överenskomna åtgärder var sammanlagt 70 stycken. Åtgärderna handlade framförallt om att ständigt hålla patientens läkemedelslista i journalen aktuell samt att genomföra läkemedelsavstämning enligt SKL:s åtgärdspaket för läkemedelsrelaterade problem [115]. Bland åtgärderna som syftade till att öka säkerheten i förskrivarens val av läkemedelsbehandling till patienten, fanns många åtgärder som belyste vikten av utbildning och diskussion samt samarbete mellan kollegor. Flera åtgärder betonade vikten av att följa upp misstag eller avvikelser rörande läkemedelsanvändning samt att följa upp resultat. Ett framträdande förbättringsförslag var samarbete med hemsjukvården och med apotek respektive klinikapotekare.

Ett annat förbättringsområde var att ge varje patient en bättre möjlighet att kunna sköta sin läkemedelsbehandling. Åtgärderna handlade då bland annat om att varje patient får information där det för varje läkemedel framgår hur och varför man ska ta läkemedlet.

Utvärderingen visar att verksamhetschefer uppfattade frågorna i självvärderingsinstrumentet som relevanta med bra struktur. Granskarna upplevde att självvärderingsinstrumentet fungerade väl för att identifiera såväl styrkor som förbättringsbehov. SKL kommer som nästa steg att ta fram en vägledning, som beskriver metodens alla steg, för vidare spridning till andra landsting.

Integrering av patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet

En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa en säkrare vård och ökad personcentrering. Att mäta patientsäkerhetskultur ger information om medarbetarnas upplevelser av organisationens styrkor och svagheter gällande patientsäkerhetskulturen. Resultat från mätningar utgör underlag för dialog om attityder och värderingar som påverkar säkerhetsbeteenden på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Medarbetaruppföljningar med perspektivet patientsäkerhetskultur har inte lika lång tradition som uppföljning ur arbetsmiljöperspektivet. Svensk hälso- och sjukvård och tandvård har mätt patientsäkerhetskultur sedan 2008 med ett nationellt validerat verktyg [116]. Utvecklingen av genomförda mätningar och arbetet med handlingsplaner har till stor del skett inom ramen för överenskommelsen om förbättrad patientsäkerhet för perioden 2011–2014 mellan staten och SKL.

SKL rekommenderar landstingen att patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet integreras och har tagit fram en vägledning för hur det kan göras i

större utsträckning. Vägledningen beskriver och illustrerar likheter i lagstiftningarna⁸². Likheterna finns främst inom områdena riskbedömningar, vidta åtgärder, handlingsplaner, utreda och anmäla samt årlig uppföljning [117]. Forskning pekar på starka samband mellan patientsäkerhetskultur och arbetsmiljö. Om patientsäkerhetskulturen upplevs god upplevs även arbetsmiljön som god och vice versa. En arbetsmiljö som upplevs påfrestande med hög belastning och låg social samvaro påverkar patientsäkerhetskulturen negativt [118,119].

I några landsting pågår arbete med att utveckla medarbetarenkäter som innefattar både arbetsmiljöfrågor och frågor om patientsäkerhetskultur. Region Örebro län och Region Jönköpings län har under 2016 inlett ett strategiskt arbete med att utveckla samverkan mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö. Syftet med utvecklingsarbetet är att skapa synergier mellan arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet som kan bidra till effektivitet i det pågående arbetet, bättre helhetssyn av området och delaktighet mellan medarbetare med olika kompetens och erfarenhet. Resultatet från den inledande medarbetarenkäten med frågor om både patientsäkerhetskultur och arbetsmiljö, som genomförts i Region Örebro, ger ett utgångsläge för att utveckla samverkan. Liknande samverkan mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö har startats i flera landsting.

Internationellt patientsäkerhetsarbete

EU-samarbete om patientsäkerhet

På EU-nivå finns expertgrupper och ”joint actions” kring patientsäkerhet. Dessa arbetar bland annat för att få en terminologi med gemensamma definitioner, jämförbara indikatorer och erfarenhetsutbyte om ”best practice”, det vill säga goda exempel. EU-kommissionens expertgrupp inom patientsäkerhet och kvalitet samarbetar med EU- och EFTA-länderna och internationella organisationer som världshälsoorganisationen (WHO) och OECD⁸³ för att stödja arbetet med nationella strategier och program för patientsäkerhet och att upprätta och stärka system för att rapportera och återkoppla negativa händelser. Även experter och företrädare för patienter och personal medverkar.

WHO-samarbete för patientsäkerhet

WHO lanserade World Alliance for Patient Safety 2004. WHO arbetar med att koordinera, sprida och påskynda förbättringar inom patientsäkerhet och stödjer internationellt samarbete. WHO:s arbete utgår från programområden som är relevanta för alla medlemsländer, till exempel handhygien och förebyggande av infektioner, patientmedverkan och säker kirurgi⁸⁴.

Varje land inom WHO har tre kontaktpersoner för hälso- och sjukvårdsfrågor som träffar andra länders kontaktpersoner regelbundet, 1–2 gånger per år i regi av innevarande EU-ordförandeland. Dessa är: chief medical officer

⁸² Systematiskt arbetsmiljöarbete AFS 2001:1. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659.

⁸³ Organisation for Economic Co-operation and Development.

⁸⁴ <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

(CMO) för medicinska frågor, chief nurse officer (CNO) för omvårdnad och reproduktiv hälsa samt chief dental officer (CDO) för tandvård och tandhälsa. Socialstyrelsen representerar Sverige i dessa uppdrag. Teman som lyfts fram är exempelvis kompetensförsörjning, finansiering av insatser, migrationsfrågor, vård av äldre och patientsäkerhetsfrågor. På global nivå träffas representanterna årligen eller var annat år och då presenteras WHO:s insatser inom olika områden och diskussioner förs kring strategiska inriktningar och handlingsplaner. Länderna har också möjlighet att presentera hur långt de har kommit med olika satsningar och prioriterade områden.

Patient Safety Global Action Summit

År 2016 startade Patient Safety Global Action Summit med stöd av WHO⁸⁵, för att samla internationella experter, forskare samt beslutsfattare på regeringsnivå. Samarbetet är en plattform för lärande inom patientsäkerhet, till exempel om ledarskap, utbildning, e-hälsa, mätningar och datainsamling, patientsäkerhetskultur och ledning och styrning på nationell nivå. Från Sverige deltar representanter från regering, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

OECD-samarbete för internationell jämförelse av vård

Socialstyrelsen deltar i det arbete under OECD:s hälsokommitté som utvecklar internationellt jämförbara indikatorer för vårdkvalitet, i projektet Health Care Quality Indicator (HCQI). Syftet är att jämföra medlemsländernas vård för att identifiera viktiga områden för kvalitetsförbättringar. Fokus ligger på evidensbaserad, säker och patientanpassad vård. Utvecklingsprojekt just nu inom HCQI är bland annat demensvård, jämförelser av akutsjukhusen i medlemsländerna och patientrapporterade mått, framförallt PROM⁸⁶.

Vartannat år publiceras en gemensam rapport om hälsa för alla medlemsländer, *Health at a Glance*⁸⁷. Just nu pågår datainsamling för nästa rapport som publiceras i slutet av 2017. Data till rapporten levereras av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statistiska centralbyrån.

⁸⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/health/patient-safety-summit-2017.html>.

⁸⁶ Patient Reported Outcome Measures är ett mått för att fånga hur patienterna upplever sin sjukdom eller hälsa efter att de har fått behandling.

⁸⁷ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en.

Sammanfattande diskussion

Fortsatt och utvecklad journalgranskning nödvändig

Resultaten av markörbaserad journalgranskning (MJG) i somatisk slutenvård för vuxna pekar på att patientsäkerheten inledningsvis har varit på väg i rätt riktning. Men den successiva minskning beträffande förekomsten av skador och vårdskador som uppmäts sedan 2013 bröts redan andra halvåret 2015. Fortsatta mätningar behövs för att avgöra om detta är ett trendbrott eller om förekomsten av skador och vårdskador kommer minska ytterligare. Det är därför angeläget att journalgranskning genomförs i sådan omfattning att utvecklingen fortsatt går att följa noggrant. MJG är den metod som för närvarande finns för att på en övergripande nivå följa utvecklingen av vårdskadeförekomst över tid och det är önskvärt att metoden tas i bruk inom de områden där det finns framtagna handböcker vilket är psykiatrisk vård, barnsjukvård och under 2017 även hemsjukvård. Det är viktigt att det skapas förutsättningar och ges stöd till att granskningsteam utbildas och nationella data sammanställs och analyseras. Det kan behövas någon form av nationell samordning för att upprätthålla en tillräckligt stor omfattning på journalgranskningen för att kunna göra säkra bedömningar av utvecklingen av patientsäkerheten.

Okänt vilka effekter rådande vårdplatssituation och bemanningsläge har på patientsäkerheten

Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser har minskat över tid och samtidigt har överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Det är stor variation mellan landstingen och även inom landstingen. Det behövs mer kunskap om bakomliggande orsaker till överbeläggningarna och utlokaliseringarna samt de stora variationerna. Mer kunskap behövs också om vilken inverkan nuvarande vårdplatssituation har på förekomsten av vårdskador och hur riskerna minskas.

Bristerna på kompetens och bemanningsproblem är stora utmaningar inom hälso- och sjukvården och riskerar att försämra patientsäkerheten. Nationella planeringsstödet visar att efterfrågan överstiger tillgången för barnmorskor, för alla specialiserade läkare samt för både specialiserade och icke specialiserade sjuksköterskor och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal fortsätter att tillta [120]. Massmedia rapporterar om chefer och medarbetare i hälso- och sjukvården som upplever att bristen på personal är ett hot mot patientsäkerheten. IVO har rapporterat om att användningen av hyrpersonal bidrar till en sämre kontinuitet för patienterna, att det brister i egenkontrollen av hyrläkarnas insatser och de får ofta en otillräcklig introduktion, vilket kan påverka patientsäkerheten. Den generellt höga användningen av hyrpersonal behöver analyseras för att förstå vilken effekt denna användning har på patientsäkerheten. Hur brister i kompetensförsörjning och bemanning kan påverka risken för vårdskador har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att kartlägga och analysera under 2017. Fokus ska läggas vid yrkeskategorier

som läkare, sjuksköterska och barnmorska och uppdraget ska särskilt omfatta akutsjukvård och förlossningsvård (S2017/01565/FS).

Fokusera på kompetens och kompetensutveckling

Socialstyrelsen lanserade i mars 2017 en webbplats med handledning kring vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Den är ett stöd till verksamheterna att använda de befintliga resurserna mer effektivt.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp landstingens arbete för ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (S2016/00842/FS). I arbetet med uppdraget framkommer olika sätt som landstingen använder för att hantera bristen på bemanning. Ett exempel är uppgiftsväxling⁸⁸, där arbetsuppgifter omfördelas mellan olika yrkesgrupper. Den främsta utmaningen i samband med uppgiftsväxling är att försäkra sig om att den yrkesgrupp som övertar uppgifter har tillräcklig kompetens för att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Exempelvis varierar innehållet i undersköterskornas utbildning vilket gör det svårt att veta vilka arbetsuppgifter de kan överta från andra yrkesgrupper. Olika projekt pågår för att säkra olika yrkesgruppers kompetens. Ett exempel är kliniska introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor som införts på många sjukhus för att stärka de kliniska kunskaperna, som inte enbart grundutbildningen kan ge.

Klinisk simulering och färdighetsträning kan vara en viktig del i att upprätthålla och utveckla kompetensen och skapa en god patientsäkerhet. I Socialstyrelsens hearing framkom dock att det är utmanande för landstingen att erbjuda regelbunden fortbildning för medarbetarna som då behöver tas från den dagliga verksamheten. Det är bekymmersamt att medarbetarna i hälso- och sjukvården, på grund av bristande bemanning, inte hinner med kompetensutveckling.

Socialstyrelsen har i uppdrag att tillsammans med Universitetskanslersämbetet stödja huvudmännen i deras arbete med kompetensförsörjning samt universitets och högskolors arbete med dimensionering av hälso- och sjukvårdsutbildningar (S2016/04992/FS).

Pågående omstrukturering av vården

Mer vård bedrivs utanför sjukhusen och utvecklingen går mot att allt mer vård ska bedrivas utanför sjukhusen. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) föreslås en förändring av vårdens struktur, från en sjukhustung vård till mer vård i primärvården. Utredningens förslag är att primärvården bland annat ska ansvara för diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehoven och ansvara för akut vård som inte kräver vård på sjukhus. Mer avancerad vård ska utföras i primärvården. Utredaren betonar vikten av vård för personer med kroniska sjukdomar där behovet av kontinuitet och hög delaktighet inte tillgodoses i dagens vård för att vården inte är anpassad för långa och komplexa sjukdomsförlopp. Detta kräver en omfördelning av resurser från sjukhusvård till primärvård. Resurser i form av bland annat bemanning och kompetens.

⁸⁸ Har flera benämningar, inklusive task shifting och kompetensmix.

I mars 2017 tillsatte regeringen en särskild utredare som utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård ska stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska bl.a. utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet (Dir.2017:24).

Det är inte så mycket känt om vilka risker och vårdskador som finns inom dagens primärvård eller hemsjukvård. Det är av vikt att kunna följa utvecklingen av förekomsten av skador och vårdskador inom hemsjukvården. En handbok för MJG inom hemsjukvården är klar under 2017 och det är viktigt att det nu skapas förutsättningar och stöd till att utbilda granskningsteam och resurser för att sammanställa och analysera data både på regional nivå såväl som på nationell nivå och kunna följa utvecklingen över tid.

Viktigt att stärka förutsättningarna för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet

Socialstyrelsens anser att arbetet inom patientsäkerhetsområdet utvecklas i positiv riktning. Förekomsten av vårdskador har initialt minskat men de senaste resultaten visar inte en fortsatt minskning vilket ger anledning till oro. Myndigheten har redovisat att åtgärder som förebygger vårdskador kan öka. Kunskapsunderlag finns i stor omfattning men tillämpningen är otillräcklig och orsakerna till det behövs det mer kunskap om så att hälso- och sjukvårdspersonalen inklusive cheferna ges rätt förutsättningar för att bedriva en säker vård.

Det är viktigt att stärka förutsättningarna för ett effektivt ledarskap för att kunna utveckla verksamheterna i vården. Socialstyrelsen har ett uppdrag att utveckla och tillgängliggöra ett digitalt pedagogiskt stöd för förändrings- och utvecklingsarbete med hjälp av e-hälsolösningar. Stödet ska främst rikta sig till första linjens chefer samt till andra beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. Utbildningen kommer att publiceras under senare delen av 2017 (S2016/04585/FS). Därutöver har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ett uppdrag att se över på vilket sätt regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen i deras arbete med att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att medarbetare och chefer i vården har ett proaktivt förhållningssätt. Det behövs en perspektivförskjutning från redovisning av förekomst av vårdskador till redovisning av hur säker vården är genom att fokusera på strukturer och processer som förebygger vårdskador.

Personcentrering är en viktig kvalitetsdimension i hälso- och sjukvården. Patienters och närståendes kunskap och erfarenhet måste tas tillvara i mycket högre utsträckning i patientsäkerhetsarbetet. Strategier och metoder för att i högre grad involvera dem i patientsäkerhetsarbetet måste utvecklas och det behövs sannolikt nationella initiativ för att stödja vårdgivarna i det arbetet.

Appendix

Hearing om klinisk simulering och färdighetsträning

I denna del redovisas sammanställningen av resultatet från Socialstyrelsens hearing med representanter från KTC och simuleringscentrum. Resultatet är grupperat i hearingens tre frågeområden.

Är klinisk simulering och färdighetsträning en del av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete?

- Deltagarna i hearingen uttrycker att simulering av autentiska situationer ger färdigheter som inte går att förmedla med enbart teoretisk undervisning. Genom klinisk simulering får medarbetarna med sig en trygghet i att behärska olika situationer som de sedan bär med sig ut i verksamheten.
- Det är rent medicinska scenarier som tränas och även icke tekniska färdigheter. Simulering som metod kan användas för att testa en hel vårdkedja med kommunikation mellan medarbetarna och överlämning av patienter från exempelvis omhändertagandet på akutmottagning via röntgenavdelning, operation och intensivvårdsavdelning. Det kan vara ett sätt att identifiera såväl risker som åtgärder för att stärka patientsäkerheten. Sådana diagnostiska simuleringar kan användas som en del i riskanalysarbetet vid en organisationsförändring för att exempelvis testa nya rutiner och arbetssätt eller prova hur nya lokaler ska utformas.
- Deltagarna beskriver att samarbetet med chefläkare och patientsäkerhetsenhet varierar; flera centrum har erfarenhet av att delta aktivt i patientsäkerhetsarbetet men några deltagare beskriver att de endast har ett sporadiskt samarbete med patientsäkerhetsenheten. Det finns centrum som går igenom avvikelser regelbundet och därefter erbjuder specifik träning utifrån vad exempelvis händelseanalysen har visat. Det nämns också att "riskindivider" kan träna upp sin kompetens eller genomgå tester som verifierar att de har kompetens att utföra arbetsuppgifter där det har funnits kunskapsluckor. Deltagarna menar att färdighetsträning och simulering skulle kunna kopplas mer till patientsäkerhetsarbetet och inträffade avvikelser som ett sätt för personalen att öva på det som har gått fel.
- Oavsett om det handlar om utbildning eller utvärdering av kompetensen hos vårdpersonalen anser deltagarna att det är viktigt med ett tydligt mål för den kliniska simuleringen. Det vore önskvärt med indikatorer som mäter effekterna av simulering, inklusive värden som en tryggare personal. Deltagarna diskuterar även rekommendationer på nationell nivå för att simulering ska införas och förtydligande av termer och begrepp inom verksamhetsområdet.

Hur ser arbetet ut med att utveckla simuleringskompetensen?

- Utöver att det bedrivs forskning om klinisk simulering lyfter deltagarna att flera olika instruktörsutbildningar ges återkommande. Det finns en nationell intresseorganisation, KlinSim,⁸⁹ som bl.a. har skapat nätverk mellan landstingens träningscentra. Olika centra runt om i landet erbjuder kurser i simulering och färdighetsträning inom och utom sjukhuset eller landstinget och det finns olika pedagogiska modeller.
- Åsikterna skiljer sig något om centrala eller lokala instruktörsutbildningar. Vissa menar att det skulle behöva finnas en nationell ackreditering för simuleringsinstruktörer. Andra menar att simuleringscentra kan fungera som ett nav som utbildar instruktörer, vilka sedan finns i den kliniska verksamheten och regelbundet kan instruera och träna medarbetarna. Det är viktigt att verksamheten själv äger frågan.
- Fler yrkeskategorier och specialiteter behöver utbildas till instruktörer. Det kan vara svårt att upprätthålla kompetens som instruktör om det ges få simulerings- och träningsstillfällen, vilket kan vara fallet i mindre verksamheter. Det kan också vara sårbart att upprätthålla specifika kompetenser hos instruktörer i hela landet för avancerad simulering och tillhörande utrustning. Det nämns även att om dyr utrustning köps in under ledning av en drivande person och den personen slutar så finns utrustningen kvar utan att användas eftersom det då saknas instruktörskompetens.
- Deltagarna är eniga om att tillgången till simuleringscentrum i landet just nu skiljer sig åt. Det finns olika uppfattningar om fördelningen av simuleringscentra, innehållet i simulering och kompetens. Vissa menar att det ska finnas överallt medan andra anser att det ska finnas basutbildning på flera platser men att viss spetskompetens för exempelvis högspecialiserad vård inte ska finnas överallt. Vårdpersonal behöver dock kunna träna på hur patienter förbereds inför transport till annat sjukhus för exempelvis brännskadevård. Vidare finns behov av färdighetsträning för kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal.
- Det finns en konkurrens mellan den tid som går åt för utbildning och krav på att upprätthålla produktionen i hälso- och sjukvården. Deltagarna är eniga om att detta är en utmaning för att utveckla simuleringskompetensen. Det saknas ofta en övergripande systematik och mål för personalens träning.

Vilken roll ser ni att simulerings- och färdighetsträning har i kompetensutvecklingen av vårdens medarbetare?

- Simulering och färdighetsträning ges för studenter men det är fortfarande ovanligt med systematisk simuleringsträning i arbetslivet. Deltagarna poängterar att den kunskap som vårdpersonal får med sig under grundutbildningen inte räcker för ett helt yrkesliv utan behöver förnyas genom fortbildning där simulering och färdighetsträning är en del. Återkommande simuleringsträning ska vara självklart för medarbetarna som behöver träna

⁸⁹ Svensk förening för klinisk träning och medicinsk simulering.

på det som rör deras vardagliga verksamhet. Det är också viktigt att alla medarbetare ges möjlighet att genomföra färdighetsträningen och att de prioriterar den. Deltagarna uttrycker att det inte är ovanligt att träningstillfällena för exempelvis HLR väljs bort på grund av tidsbrist.

- Simulering kan vara en metod för att validera kompetensen både för personer som är utbildade i Sverige, och för personer som är utbildade inom eller utanför EU och EES. Det skulle kunna vara en kontroll inför självständigt arbete eller när man kommer som ny efter grundutbildningen. Det förekommer exempelvis ett introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor som under sitt första yrkesverksamma år får bland annat simuleringsträning för att bättre komma in i sin yrkesroll.
- Att en verksamhet regelbundet erbjuder färdighetsträning skulle kunna underlätta rekrytering, eftersom det skapar en trygghet i yrkesutövningen.
- Deltagarna tycker att det är viktigt att verksamheten ser den långsiktiga vinsten av att låta medarbetarna fortbilda sig, framförallt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. I en lärandeorganisation bör kontinuerlig träning vara en given del av verksamheten. Deltagarna anser att det borde vara lika självklart att landstingen har en utbildningsstrategi med bland annat simulering- och färdighetsträning som att de har en forskningsstrategi.

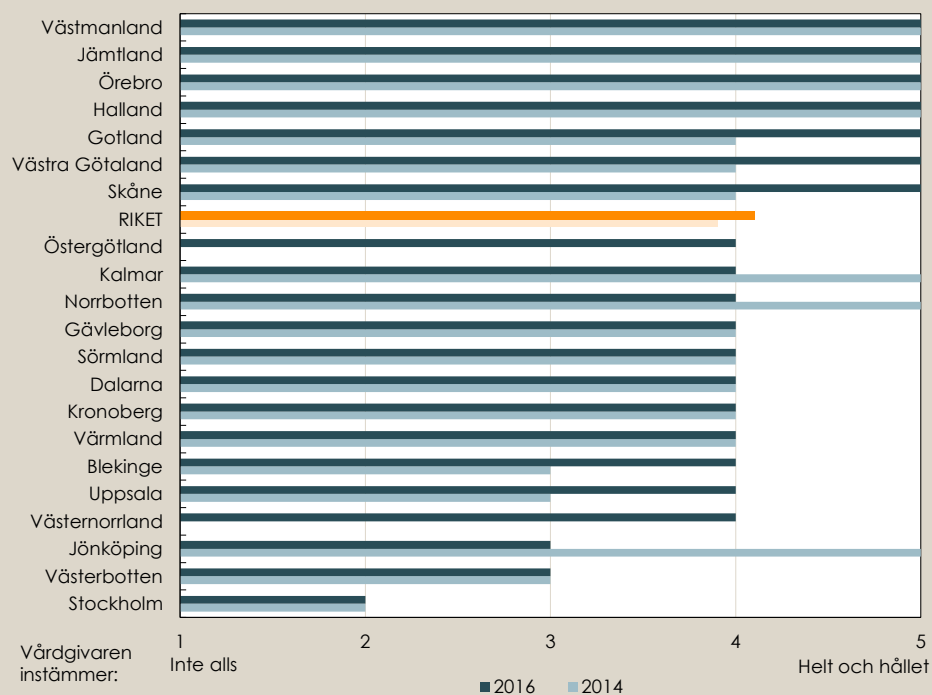
Landstingens styrning av städning i vårdlokaler

I denna del redovisas den återstående delen av resultatet från Socialstyrelsens enkätundersökningar *Landstingens styrning av städning i vårdlokaler* som skickades till landstingsstyrelserna 2014 och 2016.

Frågorna var generellt formulerade och lämnade utrymme för olika tolkningar. Vårdgivarna kan ha inhämtat underlagen till sina bedömningar på olika sätt och från olika delar av sina organisationer, vilket också kan ha påverkat bedömningarna.

Figur 30. Rutiner och kvalitetskrav

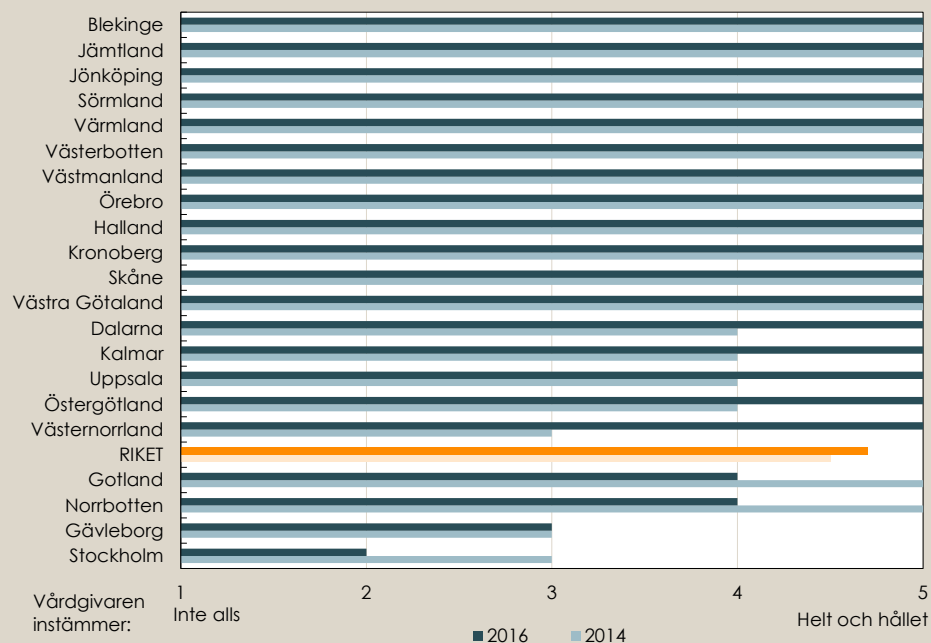
I vilken utsträckning omfattar ledningssystemet dokumenterade rutiner och kvalitetskrav för städning i vårdlokaler?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 31. Expertkompetens

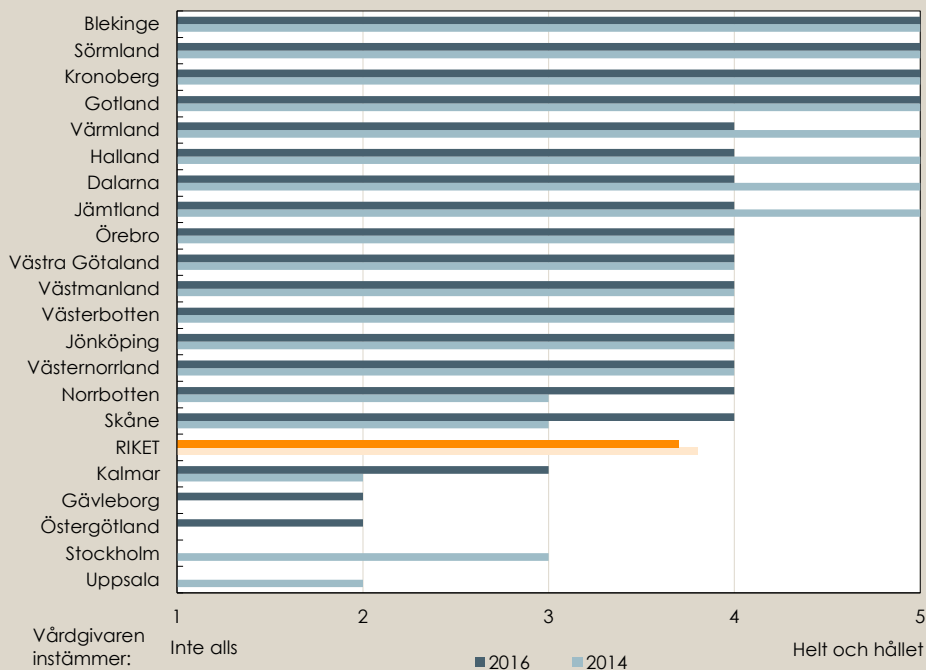
I vilken utsträckning medverkar expertkompetenser inom vårdhygien och städning i framtagande av rutiner och kvalitetskrav för städning i vårdlokaler?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 32. Städning av vårdlokaler i landstingets egen regi

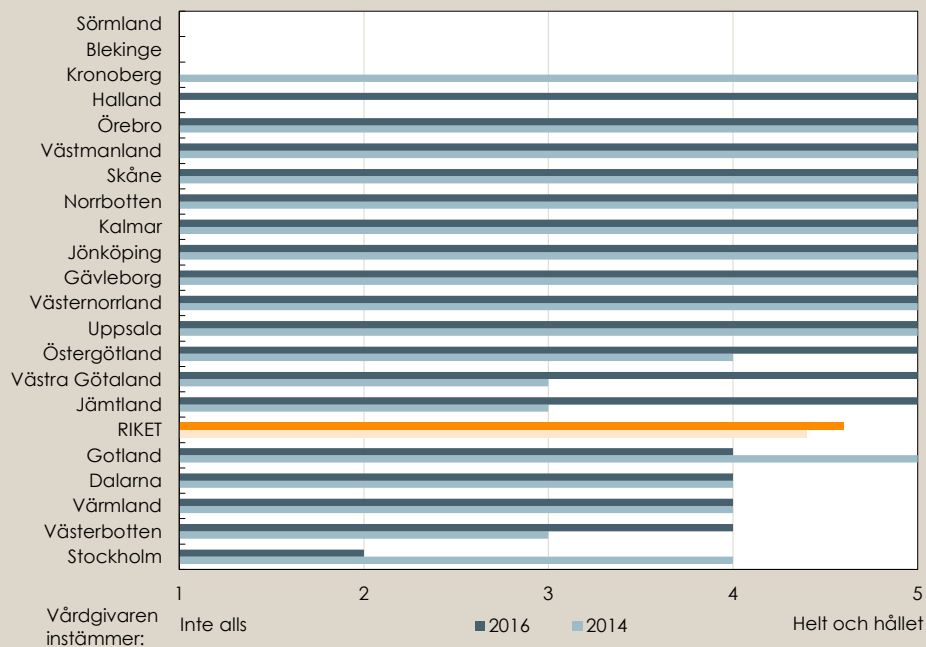
I vilken utsträckning finns eller bedrivs städning i vårdlokaler i landstingets egen regi?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 33. Krav vid upphandling

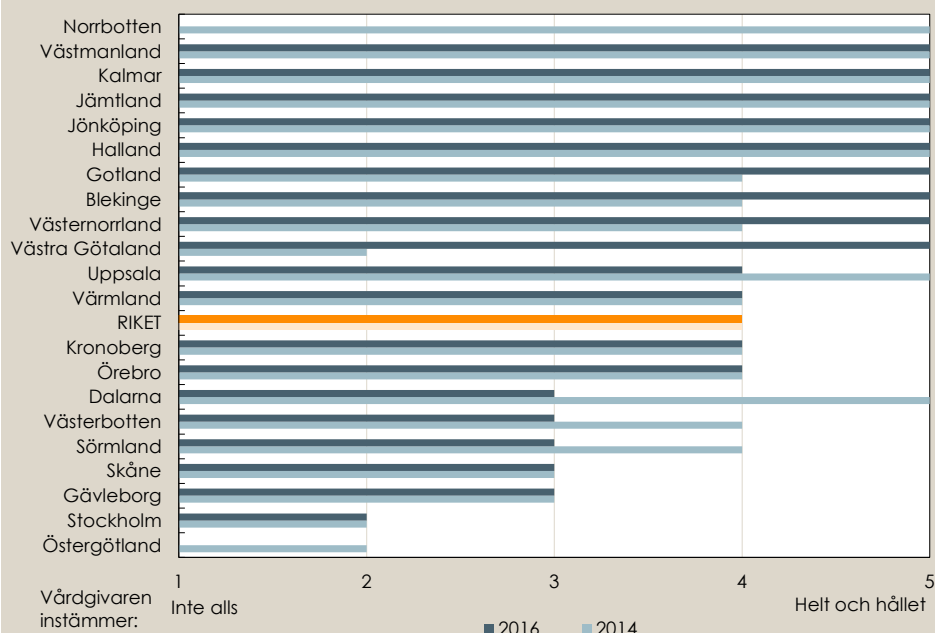
I vilken utsträckning krävs att vårdgivarens rutiner och kvalitetskrav gällande städning i vårdlokaler ska tillämpas av externa upphandlade utförare av städtjänsten?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 34. Utrustning

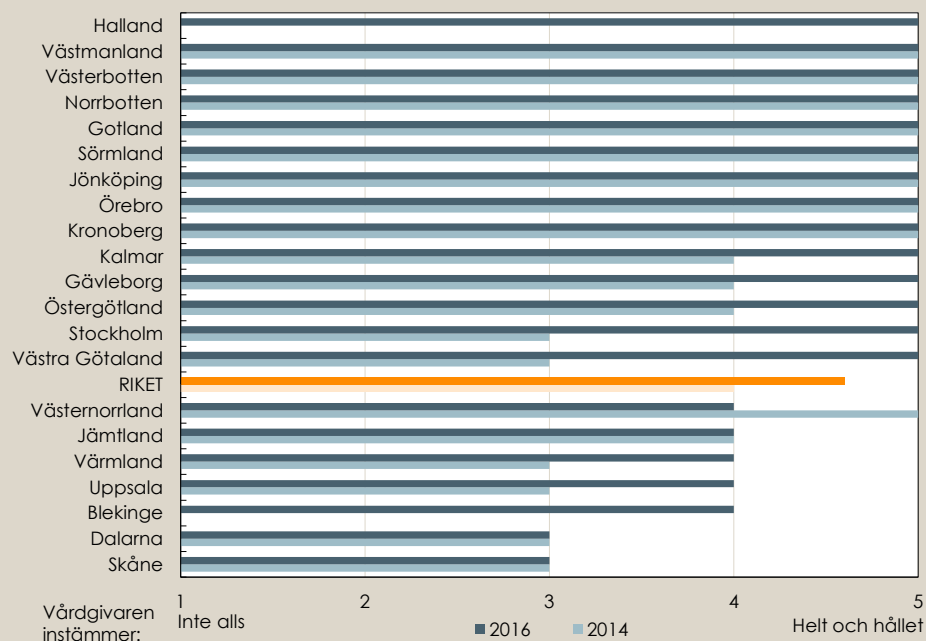
I vilken utsträckning finns tillgång till adekvat utrustning (förvarad i lämpligt utrymme) avsedd för extra städinsatser som vårdpersonal kan behöva utföra?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 35. Ansvarsfördelning

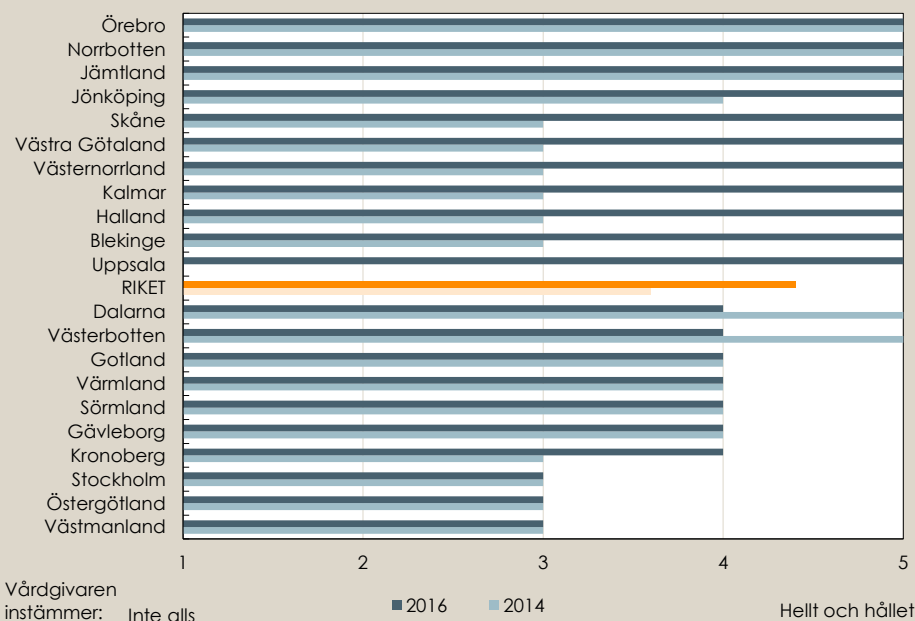
I vilken utsträckning är ansvarsfördelning mellan vårdpersonal och städpersonal vid städning i vårdlokaler dokumenterad?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 36. Kunskap och kompetens vid nya arbetsuppgifter

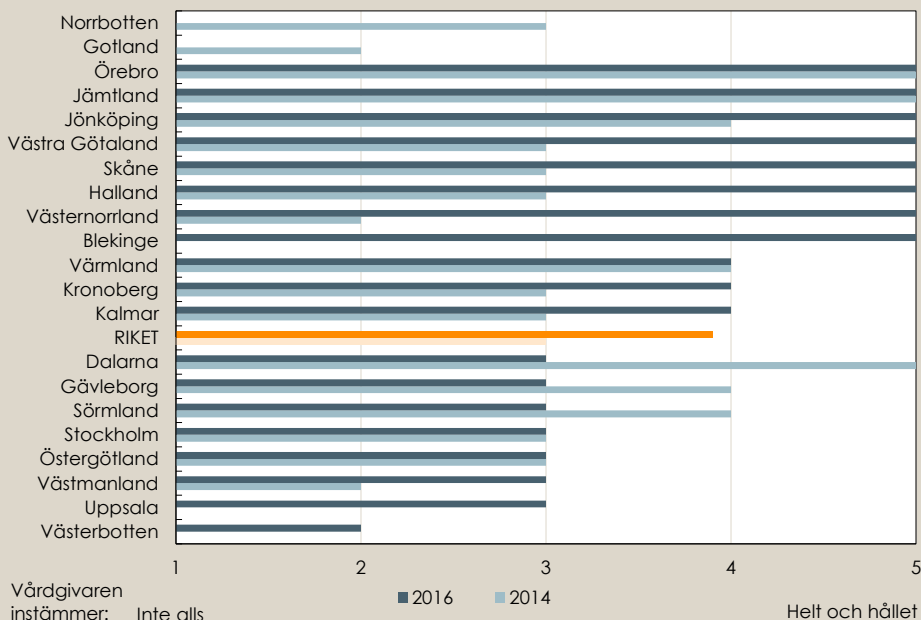
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses vid introduktion till nya arbetsuppgifter?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 37. Kunskap och kompetens. Metoder och utrustning

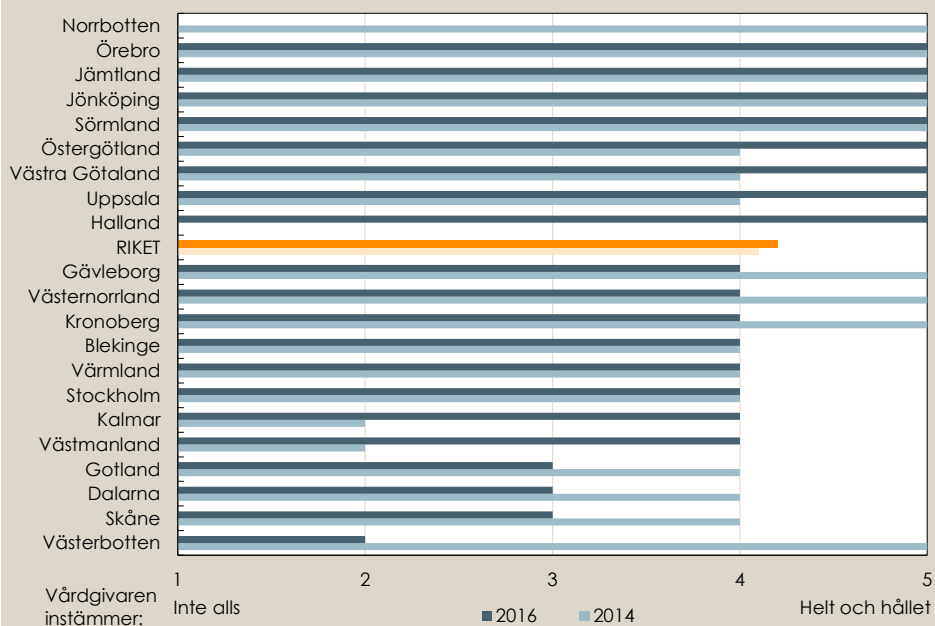
I vilken utsträckning finns dokumenterade rutiner för hur berörd personals behov av kunskap och kompetens avseende städning i vårdlokaler tillgodoses när nya metoder och ny utrustning införs i verksamheten?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 38. Rutiner för egenkontroll – uppföljning av resultat

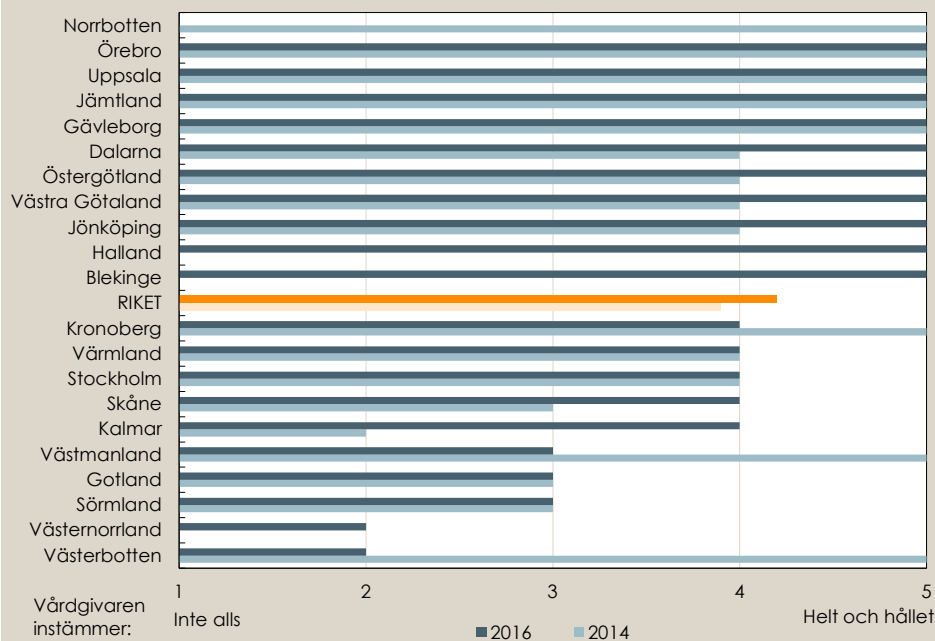
I vilken uträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av uppföljning av resultat?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 39. Rutiner för egenkontroll – avvikelshantering

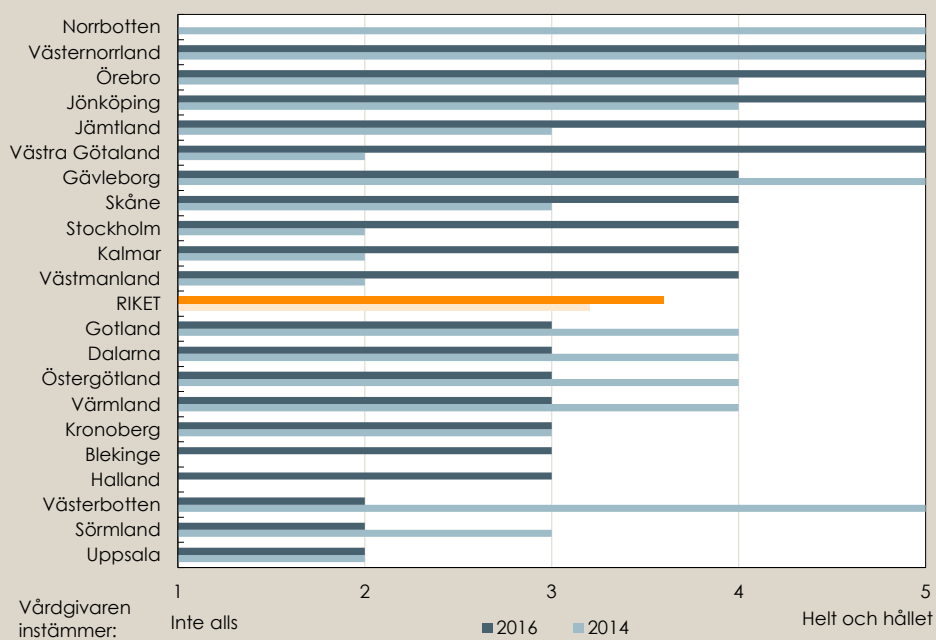
I vilken uträckning finns dokumenterade rutiner för egenkontroll i form av avvikelshantering?



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Figur 40. Rutiner för egenkontroll – återföring av resultat

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



Källa: Enkäten Styrning av städning i vårdlokaler, Socialstyrelsen 2014 och 2016.

Referenser

1. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
2. Markörbaserad journalgranskning. Januari 2013–juni 2016. Skador i vården. På nationell- samt region- och landstingsnivå. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
3. Ingen på sjukhus i onödan – Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
4. En rapport om patientsikkerhet – tre bidrag til styrelsen af patientsikkerhed. Köpenhamn. Styrelsen för patientsikkerhed; 2016.
5. Öppna jämförelser 2017. Säker vård. En indikatorbaserad uppföljning. Socialstyrelsen; 2017.
6. Om övergångar mellan slutet och öppen vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.
7. Samverkan för patienter och brukares välbefinnande – Hemsjukvård, hemtjänst och primärvård. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
8. Samverkan för patienter och brukares välbefinnande – Barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten; 2016.
9. Samverkan för patienter och brukares välbefinnande – Missbruks- och beroendevården; 2016.
10. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
11. Kirurgisk simuleringsträning. SBU kommenterar nr 2016_03. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2016.
12. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd; 2008.
13. Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol.* 1999;9:19-32.
14. Pukk Härenstam K, Gaffney D. Kognitiva och sociala färdigheter nödvändiga för säkert teamarbete. *Läkartidningen.* 2015;112:DFEC.
15. Knowles M: The Modern Practice of adult education: From Pedagogy to Andragogy. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1980:44–45.
16. Ziv A, Small SD, Root Wolpe P. Patient safety and simulation-based medical education, *Medical Teacher*, 2000;22(5):489-495.
17. Fanning, R, Gaba, D. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simul Healthc: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare.* 2007;2(2):115-125.
18. Salas E, Rosen MA. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. *BMJ Qual Saf.* 2013;22:369-73.
19. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371:1803-12.

20. Morgan L, Pickering SP, Hadi M, et al. A combined teamwork training and work standardisation intervention in operating theatres: controlled interrupted time series study. *BMJ Qual Saf.* 2015;24:111-9.
21. McCulloch P, Mishra A, Handa A, et al. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:109-15.
22. Neily J, Mills P, Young-Xu Y, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *J Am Med Assoc.* 2010;304:1693-700.
23. Reeves S, Kitto S, Masiello I. Crew resource management: How well does it translate to an interprofessional healthcare context? *J Interprof Care* 2013;27(3):207-209.
24. Singh H, Schiff GD, Graber ML, et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf.* Epub 16 aug 2016.
25. Diagnostic errors. Technical Series on Safer Primary Care. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: World Health Organization; 2016.
26. Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: Estimations from three large observational studies involving U.S. adult populations. *BMJ Qual Saf* 2014;23(9):727–731.
27. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008
28. Fridén T, Andrén-Sandberg Å. Testistorsion – fortfarande ett problem trots välkända risker. *Läkartidningen* 2013;110:CFIM.
29. Holmström A, Fridén T, Andrén-Sandberg Å. Halsryggsskador fortfarande ett problem trots välkända risker och tolka undersökningsresultatet korrekt. *Läkartidningen.* 2013;110:CHUT.
30. Fridén T, Andrén-Sandberg Å. Kritiskt sjuk inneliggande patient måste få hjälp i tid. *Läkartidningen.* 2013;110:CCF9.
31. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
32. Inspektionen för vård och omsorg. Statistiktabel för lex Maria 2016. Hämtad 2017-02-21 från <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>.
33. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2017-01-26 från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>.
34. Handbok för Patientnämndernas kanslier i Sverige; 2014.
35. Balogh E P, Miller B T, Ball J R (red.). Improving diagnosis in health care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Dec. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/>.
36. Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
37. Högre kompetens för ökad patientsäkerhet på akutmottagning. Sammanställning av tillsynsresultat 2016. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
38. Apotekspersonalens bidrag till hög patientsäkerhet. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
39. Dancer, S J. The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection. *J Hosp Infect.* 2009;73(4):378–85.

40. Dancer, S J. Hospital cleaning in the 21st century. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*: official publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2011;30(12):1473–1481.
41. Demirturk, N, Demirdal, T. Effect of a training program for hospital cleaning staff on prevention of hospital-acquired infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2006;27(12):1410–1412.
42. Hefzy, EM, Wegdan, AA, Abdel Wahed, WY. Hospital outpatient clinics as a potential hazard for healthcare associated infections. *J Infect Public Health*. 2016;9(1):88–97.
43. Vårdrelaterade infektioner, framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
44. Städning i Vårdlokaler. Svensk Förening för Vårdhygien; 2012.
45. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2013. Socialstyrelsen; 2013.
46. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Socialstyrelsen; 2015.
47. Folkhälsomyndigheten. Antibiotikastatistik kvartalsrapport 4 2016. Hämtad 2017-02-23 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/antibiotikastatistik/kvartalsrapporter/2016%20Antibiotikastatistik%20-%20Visa%20kvartalsrapporter/antibiotikastatistik-kvartalsrapport-4-2016.pdf>.
48. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
49. Geographical distribution of antimicrobial consumption. Hämtad 2017-02-23 från: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/Pages/geo-distribution-consumption.aspx>.
50. Folkhälsomyndigheten. Anmälningsspliktiga och smittspåringspliktiga sjukdomar. Hämtad 2017-02-22 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/overvakning-och-rapportering/anmalningspliktiga-sjukdomar>.
51. Infektionsverket. Erfarenheter och vägledning för användning av data. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
52. Stroke och TIA. Riksstroke årsrapport. Riksstroke; 2015.
53. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. 2015. Stockholm. Socialstyrelsen; 2016.
54. Nationell utvärdering 2013–vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, indikatorer och underlag för bedömningar. Socialstyrelsen; 2013.
55. Markörbaserad journalgranskning. Skador i vården–utveckling 2013–2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
56. SCALE (Skin Changes at Life's End). Hämtad från: Hämtad 2016-11-28 från
<http://qsource.org/toolkits/pressureUlcer/docs/articles/supportingArticles/scaleConcensusStatement.pdf>.

57. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel. Socialstyrelsen; 2016.
58. Lundin-Olsson L, Rosendahl E. Att förebygga fallolyckor bland äldre personer. Vårdalinstitutet – Tematiska rum. Äldres hälsa; 2008.
59. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011.
60. Heersink J T, Brown C J, Dimaria-Ghalili R A, Locher J L. Undernutrition in hospitalized older adults: patterns and correlates, outcomes, and opportunities for intervention with a focus on processes of care. *J Nutr Elder*. 2010;29(1):4-41.
61. Eckerlund I, Stig K. Hälsoekonomiska aspekter på undernäring. I: Mossberg T, redaktör. Näringsproblem i vård och omsorg. (SoS-rapport 2000:11). Socialstyrelsen; 2000.
62. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
63. Trycksår- framgångsfaktorer för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
64. Fall och fallskador – åtgärder för att förebygga. Sveriges kommuner och landsting; 2011.
65. Munhälsa – åtgärder för att förebygga ohälsa i munnen. Sveriges Kommuner och landsting; 2014.
66. Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2017.
67. Öppna jämförelser 2016 – Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2017.
68. Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms läns landsting; 2005.
69. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Slutrapport 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
70. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
71. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016. Socialstyrelsen; 2016.
72. Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based Study of Over 600,000 Older People. *Ann Pharmacother*. 2009;43(7):1233–1238.
73. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014.
74. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. World Health Organization; 2013.
75. Härenstam Pukk K, Sahlqvist L. Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Järfälla: Svensk sjuksköterskeförening; Svenska Läkaresällskapet; Fysioterapeuterna; Sveriges Arbetsterapeuter; Dietisternas Riksförbund; Sveriges Tandläkarförbund; 2016.
76. Ekman I, Hedman H, Swedberg K, Wallengren C. Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ* 2015;350:h160.
77. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet. Hämtad 2012-12-28 från <http://gpcc.gu.se/>.

78. Bertakis K D, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med* 2011;24(3):229–239.
79. Agerberg M. Personcentrerad vård förkortade tiden på sjukhus. *Läkartidningen*, 2014;111:CPFX.
80. Weingart S N, Zhu J et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Qual Health Care* 2011;23(3):269–277.
81. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Patientcentred care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers. Sydney: ACSQHC; 2011
82. Beskow J. Suicidprevention kan bli evidensbaserad och effektiv – Inifrån- istället för utifrånperspektiv återupprättar patienten. *Läkartidningen* 2016;113(12–13):588–589.
83. Ulin K, Olsson L-E., Wolf A, Ekman I. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015;15(3):e19–26.
84. Hur arbetar hälso- och sjukvården med egenvårdsinsatser? Socialstyrelsen; 2017.
85. Ekman I, Swedberg K, Taft C et al. Person-centered care – Ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10(4): 248–251.
86. Enskildas klagomål enligt PSL. En delredovisning av Regeringsuppdraget S2015/08135/RS. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
87. Klagomål enligt patientsäkerhetslagen, socialtjänstlagen och lag om stöd och service för vissa funktionshindrade. Inspektionen för vård och omsorg; 2017. Hämtad 2017-01-23 från <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/klagomal-halso--och-sjukvard-och-socialtjanst/>.
88. Att mötas i hälso- och sjukvård. Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Socialstyrelsen; 2015.
89. Classen D C, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. *Health Affairs*; 2011.
90. Rutberg H et.al. Patients with adverse events have a prolonged hospital stay. A four year study at a University hospital using the global trigger tool method. *BMJ Open* 2014;4:e004879.
91. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
92. Griffin F A, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Institute for Healthcare Improvement; 2009.
93. Markörbaserad journalgranskning. Markörer för journalgranskning i barnsjukvården – för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
94. Markörbaserad journalgranskning i psykiatri – för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
95. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.

96. Morgan, W M. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985;121(2).
97. Harbarth, S, Sax, H & Gastmeier, P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54(4), pp.258–266.
98. Gastmeier, P. Nosocomial Infection surveillance and control policies. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2004; 17 (4):295–301.
99. Vårdrelaterade urinvägsinfektioner – åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
100. Postoperativa sårinfektioner – åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
101. Infektioner vid centrala venösa infarter – åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
102. Vårdrelaterade infektioner – framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
103. Folkhälsomyndigheten. Svenska HALT. Hämtad 2017-01-25 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-varldrelaterade-infektioner/svenska-halt/>.
104. Riskanalys & Händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
105. Deilkås E, Bukholm G, Lindstrøm JC, Haugen M: Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ open* 2015;5:e008576.
106. Deilkås,ET; Bukholm G; Ringard Å. Improving patient safety in Norwegian hospitals through a standardized approach towards the measurement and monitoring of adverse events. Accepted, 9.5.16. In: Braithwaite J et al. *Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 60 Countries*: Taylor & Francis.
107. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M, et al. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open* 017;7:e012492.
108. På väg mot en säkrare vård. Patientsäkerhetsatsningen 2011–2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
109. Förbättringsarbeten på sjukhus- och kliniknivå. Markörbaserad journalgranskning 2013–2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
110. Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? *RiR* 2015:12. Riksrevisionen; 2015.
111. Hollnagel, E. *FRAM – The Functional Resonance Analysis Method*. Farnham, UK: Ashgate; 2012.
112. Löf patientsäkerhet. Hämtad 2017-03-10. <http://lof.se/patientsakerhet/>.
113. Slutrapport Säker Bukkirurgi. Löf; 2016. Hämtad 2016-12-12 från <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/>.
114. Journalen. Hämtad 2017-01-20 från <https://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Journalen/>.

115. Läkemedelsrelaterade problem: Åtgärder för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
116. Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
117. Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
118. Aiken L H, Sloane D M, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383(9931):1824–30.
119. Törner M, Eklöf M, Larsman P, Pousette A. Säkerhetskultur i vård och omsorg – stöd och hinder. Göteborgs universitet; 2013.
120. Nationella planeringsstödet 2017 - tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård och tandvård. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1 Projektorganisation

Ansvarig chef

Martin Sparr enhetschef, U/SA

Styrgrupp

Martin Sparr enhetschef, U/SA, styrgruppens ordförande

Agneta Holmström enhetschef, KHS/PS

Birgitta Lindelius enhetschef, S/ÖJ 1

Projektgrupp

Carina Skoglund sakkunnig, U/SA, projektledare

Katarina Sandberg utredare, U/SA

Referensgrupp

Charlotta George sakkunnig, KHS/PS

Michael Soop medicinalråd, KHS/PS

Övriga medverkande

Axana Haggar utredare, KHS/PS

Behzad Kouchehi statistiker, S/ÖJ1

Eva Nyman utredare, U/VÄL

Johan Fastbom utredare, U/EM

Kalle Brandstedt utredare, S/ÖJ1

Urban Nylén medicinskt sakkunnig, KHS/HV