

Lägesrapport inom  
patientsäkerhetsområdet  
2016

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2016-4-21  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2016

# Förord

Socialstyrelsens har regeringens uppdrag att redovisa en lägesrapport som beskriver utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2015 för den somatiska vården, psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården i enlighet med tillgängliga data. Socialstyrelsen har tidigare lämnat årliga lägesrapporter, för åren 2010–2014, som beskriver patientsäkerheten inom den landstingsfinansierade vården. Detta är den första lägesrapporten inom patientsäkerhetsområdet som speglar patientsäkerheten inom både den landstingsfinansierade och kommunala hälso- och sjukvården. I arbetet med rapporten har vi samrått med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Rapporten beskriver främst utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet för den somatiska slutenvården. Psykiatrisk vård och primärvård beskrivs i begränsad omfattning eftersom det inte finns underlag på samma sätt som för den somatiska slutenvården. Redovisningen av kommunal hälso- och sjukvård är främst en beskrivning av nuläget där vi har hämtat in uppgifter med hjälp av en enkätundersökning.

Rapporten syftar till att vara ett kunskapsunderlag, till stöd för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på nationell och lokal nivå, genom att redovisa nuläget och spegla skillnader i utfall i landet där goda resultat ska ses som inspirationskälla till verksamheter med mindre goda resultat.

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). Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|   |     |
|---|-----|
| Förord .....  | 3   |
| Sammanfattning .....  | 7   |
| Inledning .....   | 8   |
| Styrning och ledning .....  | 12  |
| Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna .....          | 13  |
| Landstingens och regionernas patientsäkerhetsarbete .....                   | 18  |
| Statens stöd i patientsäkerhetsarbetet .....                                | 19  |
| Patientsäkerhetsarbete inom EU .....  | 22  |
| Nordiskt samarbete inom patientsäkerhetsområdet .....                       | 23  |
| Anmälningar från patienter och vårdgivare .....                             | 25  |
| Patientens delaktighet .....  | 39  |
| Kompetens .....   | 43  |
| Risk- och vårdskadeområden .....  | 47  |
| Förekomst av skador och vårdskador .....                                    | 48  |
| Risker och vårdskador i kommunal vård .....                                 | 52  |
| Kommunikation .....   | 56  |
| Skador inom obstetrik och gynekologi .....                                  | 58  |
| Vårdrelaterade infektioner .....  | 59  |
| Basala hygienrutiner och klädregler .....                                   | 62  |
| Antibiotikaanvändning .....   | 66  |
| Resistensutveckling .....   | 68  |
| Läkemedelshantering och användning .....                                    | 72  |
| Äldre patienter och läkemedel .....   | 73  |
| Undernäring .....   | 80  |
| Trycksår .....  | 84  |
| Fall och förebyggande åtgärder .....  | 90  |
| Överbeläggning och utlokalisering .....                                     | 92  |
| Sammanfattande diskussion .....   | 97  |
| Referenser .....  | 100 |
| Bilaga 1 Projektorganisation .....  | 105 |
| Bilaga 2 .....  | 106 |
| Enkät om patientsäkerhetsarbetet inom kommunal hälso- och<br>sjukvård ..... | 106 |
| Bilaga 3 Kvalitetsdeklaration enkätundersökning .....                       | 121 |



# Sammanfattning

I denna fjärde rapport av patientsäkerhetsutvecklingen ingår, som en ny del, en redovisning av patientsäkerhetsarbetet i kommunal vård.

Rapportens huvudsakliga resultat:

- Uppfattningen inom kommunerna om vilka delar som ingår i ett lednings-system varierar och det är skillnader i arbetet med att utveckla och implementera rutiner för patientsäkerhetsarbetet.
- Kommunerna uppger behov av att förstärka befintliga utbildningsinsatser inom patientsäkerhetsområdet. Det finns behov av att bedriva patientsäkerhetsutbildning mer systematiskt.
- Fall och läkemedel framstår som de största riskområdena för uppkomst av vårdskada i kommunal vård.
- En stor andel kommuner uppger att man arbetar med riskbedömningar inom främst undernäring, trycksår och fall. Resultaten pekar på att det görs alltför få planerade förebyggande åtgärder.
- Användningen av läkemedel som bedöms vara olämpliga för äldre fortsätter att minska i riket. Det är stora skillnader i läkemedelsanvändningen mellan boendeform och mellan kommunerna.
- Andelen vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk slutenvård för vuxna har minskat.
- Förekomsten av trycksår är oförändrat hög i landsting och regioner. Förekomsten är lägre inom kommunal vård och omsorg.
- Förekomsten av vårdrelaterade infektioner i slutenvården har ökat något för riket.
- Överbeläggningarna har ökat något.
- Det är stora regionala skillnader i förekomst av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaförsäljning och förekomst av trycksår.

Socialstyrelsens anser att landsting och regioner fortsätter att bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete. Fler effektiva förebyggande åtgärder måste vidtas för en fortsatt utveckling. För att kunna bedöma utvecklingen av patientsäkerheten inom den kommunala vården kommer Socialstyrelsen att genomföra fördjupad kartläggning och analys under 2016.

# Inledning

## Uppdraget

Socialstyrelsens har regeringens uppdrag (S2015/972/SAM) att lämna en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet som speglar patientsäkerheten 2015 inom den somatiska vården, psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården i enlighet med tillgängliga data.

Socialstyrelsen har även under åren 2013–2015 lämnat lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet (S2010/9220/FS). Dessa lägesrapporter innehåller indikatorbaserade öppna jämförelser samt granskningar av patientsäkerheten inom den landstingsfinansierade vården. Det handlar i första hand om patientsäkerhetsutvecklingen under perioden 2010–2014 som redovisas med utgångspunkt i överenskommelsen som staten och SKL hade om förbättrad patientsäkerhet för perioden 2011–2014. Detta är den första lägesrapporten inom patientsäkerhetsområdet som redovisar patientsäkerheten inom både den landstingsfinansierade och kommunala hälso- och sjukvården. I arbetet med rapporten har vi samrått med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

## Definitioner

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. 5-6 §§ Patientsäkerhetslagen (2010:659) ger följande definitioner av patientsäkerhet och vårdskada, som rapporten förhåller sig till:

- 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.

Bristande patientsäkerhet orsakar vårdskador vilket i sin tur medför både mänskligt lidande och betydande kostnader för samhället.

## Rapportens innehåll

Rapporten är i huvudsak en sammanställning av andra rapporter och redovisningar i syfte att ge en samlad lägesbeskrivning. Redovisningen av patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården baseras till stor del på resultat från en enkätundersökning Socialstyrelsen genomfört.

Rapporten redovisar indikatorer som åskådliggör i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador, indikatorer för riskområden där vårdskador kan uppkomma om åtgärder inte vidtas samt indikatorer för det arbete som pågår i landsting och kommuner i syfte att förebygga vårdskador. De flesta indikatorerna belyser patientsäkerheten ur vårdgivarnas och professionens perspektiv. Socialstyrelsens ambition har varit att även redovisa indikatorer som speglar patienternas och de närståendes perspektiv på patientsäkerhet och vårdskador. Här finns dock inte nationella datakällor i



samma omfattning, vilket gör att området endast kan redovisas i begränsad utsträckning.

### *Redovisningen av resultat för kommunerna*

Kommunerna ansvarar enligt 18 § HSL för hälso- och sjukvård (exklusive läkarinsatser) i särskilda boendeformer och dagverksamheter. Därutöver har kommunerna möjlighet att, efter överenskommelse med landstinget och regionen, överta ansvaret för hemsjukvården helt eller delvis (exklusive läkarinsatser) i ordinärt boende. Detta har kommunerna successivt gjort och i början av 2014 hade sådan överlämning skett i samtliga landsting och regioner, förutom Stockholms (exklusive Norrtälje kommun). I 12 landsting och regioner omfattar det kommunala hemsjukvårdsansvaret alla åldrar [1].

De resultat som redovisas för kommunal vård är inte enbart hälso- och sjukvård. Vi redovisar data från särskilt boende, demensboende, korttidsboende, hemsjukvårdsteam och hemtjänstteam och alla personer inom dessa verksamheter får inte hälso- och sjukvårdsinsatser.

Totalt fick 381 500 personer kommunal hälso- och sjukvård någon gång under 2014. 84 procent av patienterna var 65 år eller äldre och 61 procent var kvinnor. 94 procent av patienterna bodde i kommuner som hade hela ansvaret för hemsjukvården och 6 procent i kommuner som inte hade ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende.

I särskilt boende får över 90 procent av de äldre kommunal hälso- och sjukvård. Av personer 80 år eller äldre hade 59 procent både hemtjänst och hemsjukvård. Socialstyrelsen konstaterar i lägesrapporten *Vård och omsorg om äldre* [1] att långt fler personer 65 år eller äldre hade kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende (drygt 200 000) vid jämförelse med antalet personer med insats i särskilt boende (106 000).

### *Kartläggning av patientsäkerhetsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen har genomfört en webbenkätundersökning som avser patientsäkerhetsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet var att kartlägga det pågående patientsäkerhetsarbetet, att identifiera de största riskområdena för uppkomst av vårdskador samt att identifiera eventuella behov av nationellt stöd för att utveckla patientsäkerhetsarbetet. Enkäten var uppdelad i följande nio frågeområden:

- organisering av patientsäkerhetsarbete
- egenkontroll
- personalens medverkan i patientsäkerhetsarbetet
- riskområden för uppkomst av vårdskador
- vårdskador
- patienter och närståendes medverkan och involvering
- samverkan för att förebygga vårdskador
- patientsäkerhetsberättelse
- stöd för utveckling av patientsäkerhetsarbetet.

Enkäten skickades till landets kommuner och till stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm, totalt 316 kommuner och stadsdelar. Det var 257 kommuner och stadsdelar som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens

på 81 procent. Bortfallet är jämnt fördelat när det gäller geografisk fördelning över landet eller fördelning på kommungrupp. I denna undersökning finns det inget partiellt bortfall eftersom frågorna var tvungna att besvaras för att kunna slutföra deltagande i undersökningen. Enkäten innehöll automatiska hopp om en följdfråga inte var relevant. Det är främst medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) som besvarat enkäten. Datainsamlingen pågick från 16 oktober till 23 november 2015.

Det har framkommit att de svarande har haft svårighet att besvara frågorna eftersom kommunen alternativt stadsdelen haft merparten eller all hälso- och sjukvård hos privata utförare. Detta innebär att det finns en osäkerhet om deras svar enbart avser kommunens egen verksamhet.

Vi redovisar resultatet från de olika frågeområdena i enkäten under olika avsnitt i rapporten där varje redovisning inleds med hänvisning till kommunenkäten. Enkätens frågor och svarsalternativ har i många fall tolkats olika av kommunerna, vilket har framgått av kommentarerna till svaren. Detta är en känd generell svaghet i enkäter med fasta svarsalternativ. I analysen och redovisningen av svaren har vi tagit hänsyn till detta, dock utan att göra en formell kvantitativ omtolkning av de faktiska svaren. I rapporten benämns både kommuner och stadsdelar med kommuner. I bilaga 2 och 3 finns en beskrivning av enkätundersökningen.

### *Datakällor*

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

- Socialstyrelsens webbenkätundersökning till landets kommuner (beskrivs ovan)
- Socialstyrelsens hälsodataregister
- Sveriges Kommuner och Landsting: resultat från punktprevalensmätningar och markörbaserad journalgranskning samt andra resultat och pågående aktiviteter från framför allt landsting och regioner
- Inspektionen för vård och omsorg: resultat som gäller klagomål, lex Maria-anmälningar, klagomål till landets patientnämnder och resultat från tillsyn
- Folkhälsomyndigheten: resultat som gäller antibiotikaförsäljning, resistensutveckling samt punktprevalensmätning i kommunerna
- Kvalitetsregistret Senior alert: resultat från punktprevalensmätning i kommunerna och data från registret för kommunerna
- Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) och Inera AB.

### Kort om dispositionen

Figuren är i huvudsak liggande stapeldiagram där landstingen och regionerna är placerade i fallande ordning utifrån senaste mätvärdet, om inget annat nämns. I normalfallet innebär rangordningen att en placering högt i figuren är ett bättre utfall än en lägre placering. Denna ordning gäller dock inte redovisningen av anmälningar där rangordningen är flest antal anmälningar utan att för den delen mena att ett högt antal anmälningar är bättre än ett lågt antal.

I några figurer redovisas 95-procentiga konfidensintervall med ett svart streck vid respektive landstings eller regions stapel. Dessa intervall anger den statistiska osäkerheten för det enskilda landstingets eller regionens värde. Om fler variabler visas i samma stapel avser konfidensintervallet totalvärdet. För de mindre landstingen/regionerna är konfidensintervallet bredare eftersom observationerna är färre och utrymmet för slumpen större.

I årets rapport redovisas ett urval indikatorer som även redovisas i öppna jämförelser<sup>1</sup>. En särskild Öppna Jämförelser Säker vård kommer att publiceras i december 2016.

---

<sup>1</sup> För att ta del av alla indikatorer i öppna jämförelser, som återspeglar säker vård, läs mer på [www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser](http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser).

# Styrning och ledning

## Resultat i korthet

- Systematiken och strukturen med att utveckla och införa rutiner för patientsäkerhetsarbetet varierar inom och mellan kommunerna. Kommunerna uppger behov av ytterligare nationellt stöd i patientsäkerhetsarbetet, exempelvis handböcker som är anpassade till kommunal verksamhet.
- Kommunerna uppger att den vanligaste formen för egenkontroll är jämförelse av nuvarande resultat med tidigare resultat och jämförelse av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister.
- Riksrevisionens bedömning är att de statliga myndigheter, med ansvar för tillsyn, föreskrifter och kunskapsstöd behöver utveckla sitt stöd och skapa förutsättningar för vårdgivarna att utveckla sitt patientsäkerhetsarbete.
- Det nationella och internationella patientsäkerhetsarbetet pekar på betydelsen av gemensamma begrepp och definitioner och fortlöpande utbildningsinsatser för att utveckla patientsäkerhetsarbetet.
- Nio landsting och regioner har formulerat en nollvision för vårdskador.

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska också fortlöpande bedöma om det finns risk för att det skulle kunna inträffa händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet. Därför behövs det ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Ledningssystem definieras som ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten<sup>2</sup>. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten<sup>3</sup>. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt i syfte att uppnå en god och säker vård.

---

2 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

3 3 kap. 1 och 2 §§ SOSFS 2011:9

# Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet i kommunerna

## Ledningssystem

I kommunenkäten ställde Socialstyrelsen frågor om ledningssystemet, om rutinerna för patientsäkerhetsarbete är integrerade i ledningssystemet, om rutinerna är implementerade samt om vilka som har ansvaret för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet.

I princip alla kommuner svarade att de har ett ledningssystem, men av kommentarerna framgår det dels att det finns en viss begreppsförvirring när det gäller definitionen av vad ett ledningssystem är, dels att ledningssystemet inte är färdigutvecklat i många kommuner. Att ledningssystemet är under uppbyggnad eller revideras löpande nämndes genomgående oberoende av om kommunerna svarade att de har, delvis har eller inte har något ledningssystem. Några kommuner kommenterade att det inte finns ledningssystem på alla nivåer, andra kommuner svarade att det saknas hos vissa utförare eller att de inte vet om privata utförare har ett upprättat ledningssystem eller inte. Någon enstaka kommun uppgav att ledningssystem saknades helt. En del kommuner beskriver ledningssystemet som synonymt med ett it-stöd, vilket kan tyda på att frågan har misstolkats och att det finns brister i kunskapen om vad som avses med ledningssystem.

Nästan alla kommuner svarade att rutiner för patientsäkerhetsarbetet är helt (drygt 60 procent) eller delvis (37 procent) integrerat i ledningssystemet. Av kommentarerna framgick dock att en del av kommunerna som svarade ja bara delvis har integrerat rutinerna i ledningssystemet. En del kommuner kommenterade att detta arbete inte är helt klart eller komplett, till exempel att det finns rutiner men att dessa inte är integrerade i ledningssystemet, att alla rutiner inte har integrerats ännu eller att ledningssystemet är under uppbyggnad. Cirka 3 procent av kommunerna uppgav att rutinerna för patientsäkerhetsarbetet inte var integrerade i ledningssystemet, men i något fall var de då i stället integrerade i ett annat kvalitetssystem.

## Delvis införda rutiner för patientsäkerhetsarbetet

I stort sett alla kommuner svarade att de helt (53 procent) eller delvis (46 procent) har implementerat rutinerna för patientsäkerhetsarbetet. Det är två kommuner som inte har implementerat rutinerna. Oberoende av hur de svarade så framgår det av kommentarerna att rutinerna i många fall bara är delvis implementerade. Kommunerna svarade bland annat att det är ett kontinuerligt arbete, att det finns nya och reviderade rutiner som ännu inte är införda, rutiner som behöver förbättras eller som behöver brytas ner på lokal nivå. Det framgick även att en del kommuner inte känner till om rutinerna är implementerade hos alla utförare. Även när rutiner är införda konstaterade en del kommuner att följsamheten är bristfällig och att det krävs kontinuerlig kompetensutveckling. Två kommuner (1 procent) svarade att de inte har infört några rutiner för patientsäkerhet.

Av de kommuner som inte hade implementerat rutinerna fullständigt, så uppgav nära två tredjedelar ett behov av stöd för implementeringsarbetet, till

exempel i form av tydligare riktlinjer och manualer, mer tid och resurser eller att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) behöver stötta verksamhetschefen i arbetet. It-stöd och webbutbildning efterfrågades också. Många kommuner beskrev att de behöver organisera sitt eget arbete med att implementera och efterfölja rutiner för patientsäkerhetsarbetet bättre och mer systematiskt, tydliggöra ansvar och säkerställa att det blir ett kontinuerligt arbete samt se till att personal fortlöpande informeras och utbildas.

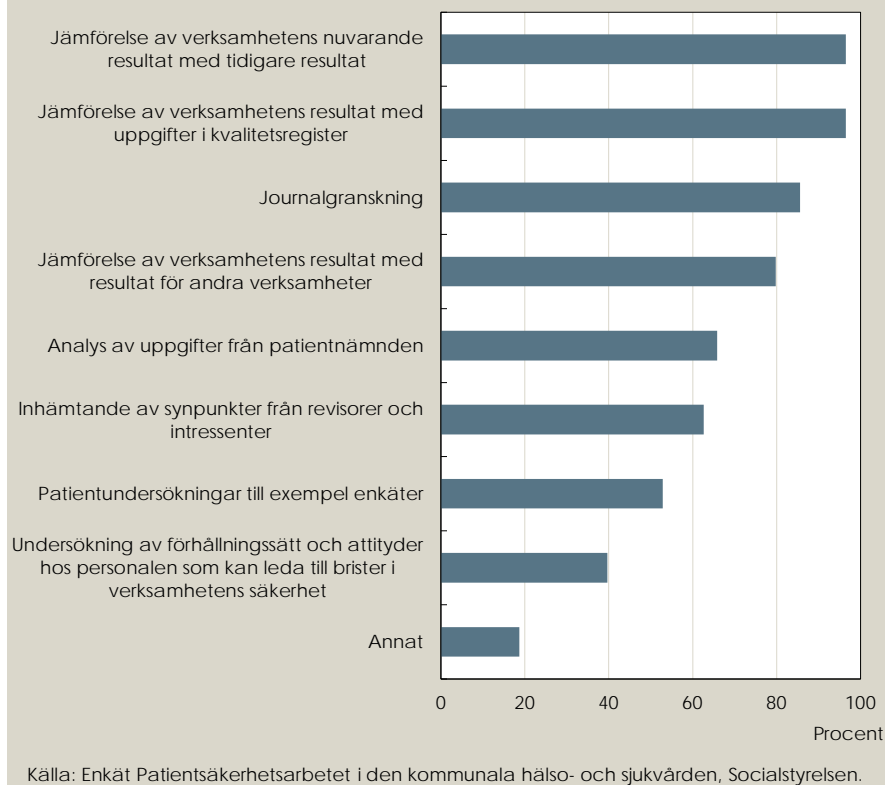
Ansvar för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet i kommunerna har i princip alltid fördelats till särskilt utsedda personer. Nästan alla kommuner uppgav att såväl MAS som verksamhetschefen har ansvaret för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet. De flesta av kommunerna (85 procent) uppgav att även enhetschefen delar detta ansvar, medan knappt hälften av kommunerna uppgav att även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) delar detta ansvar. En skriftlig uppdragsbeskrivning finns dock bara för ungefär hälften av de personer som har detta ansvar, och detta gäller oberoende av vilken funktion som har ansvaret.

## Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och kan innefatta flera olika metoder. I enkäten tillfrågades kommunerna även om vilka metoder de använder för egenkontroll för att uppnå ökad patientsäkerhet.

Generellt används flera olika metoder för egenkontroll, se figur 1. Nästan alla kommuner (97 procent) svarade att de jämför verksamhetens resultat dels med tidigare resultat, dels med uppgifter i kvalitetsregister. De flesta kommuner gör också journalgranskningar (86 procent) och jämför med resultat för andra verksamheter (80 procent). Metoderna ”analys av uppgifter från patientnämnden” och ”inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter” används av knappt två tredjedelar av kommunerna, medan drygt hälften även utnyttjar patientundersökningar som metod för egenkontroll. Undersökning av förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens säkerhet förekommer som metod för egenkontroll i 40 procent av kommunerna. Exempel på andra metoder för egenkontroll som kommunerna tar upp är analys av avvikelser, hygienkontroller, granskning av läkemedelshantering, samverkansmöten och granskning av lex Maria-ärenden.

**Figur 1. Andelen kommuner som använder respektive metod för egenkontroll för att uppnå ökad patientsäkerhet**



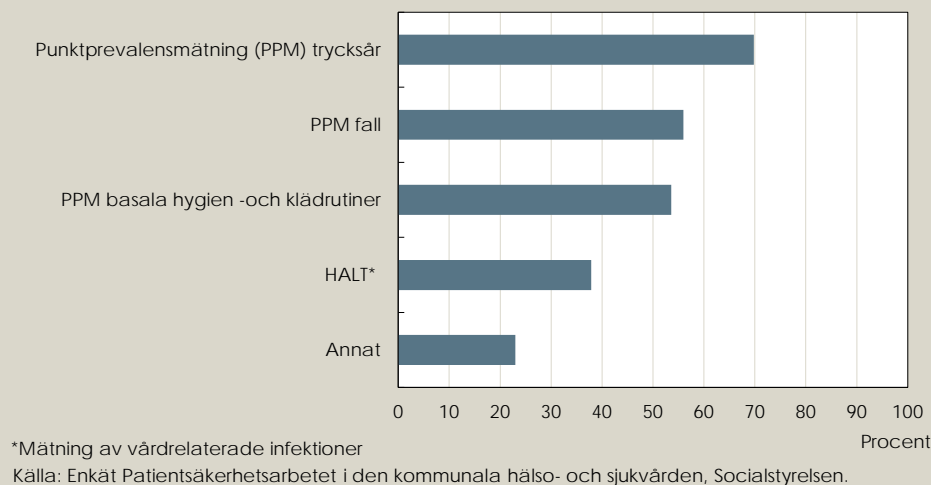
De kvalitetsregister som används av många kommuner för att jämföra med verksamhetens resultat är Senior alert och Palliativa registret (82 respektive 81 procent av kommunerna) samt BPSD, registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (cirka 60 procent av kommunerna). Minst ett, oftast två, av dessa tre kvalitetsregister används av de 248 kommuner som utnyttjar kvalitetsregisters data för att jämföra med den egna verksamhetens resultat. Ett tiotal kommuner anger att de jämför verksamhetens resultat med uppgifter i Svenska demensregistret och Rikssår. Öppna jämförelser nämns också som en källa för jämförelser och enstaka kommuner tar upp andra datakällor, såsom Kolada (Kommun- och landstingsdatabas), Svevac (vaccinationsregister) och KKik (Kommunens Kvalitet i Korthet).

Av de 248 kommuner som uppgav att egenkontroll görs genom att jämföra med tidigare resultat, svarade många att de gör detta genom att jämföra med tidigare punktprevalensmätningar (PPM:er), se figur 2. Det framgår av kommentarerna att en del kommuner inte har deltagit i PPM:er upprepade gånger. I figur 2 framgår det att 70 procent av kommunerna uppgav att jämförelse med tidigare PPM:er av trycksår genomförs, medan drygt hälften av kommunerna svarade att de jämför med tidigare PPM:er av fall respektive PPM:er av basala hygien- och klädrutiner. En mindre andel (38 procent) uppgav att de gör jämförelse med HALT<sup>4</sup> (mätning av vårdrelaterade infektioner). Drygt 20 procent av kommunerna svarade att de även gör jämförelser

<sup>4</sup> Healthcare- Associated infections in Long-Term care facilities.

med andra tidigare mätningar av bland annat vårdrelaterade infektioner, läkemedelsanvändning, avvikelser, hygienrutiner och nattfasta.

**Figur 2. Andelen kommuner som genomför jämförelse av verksamhetens resultat med tidigare resultat 2015**



## Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen 3 kap. 10 § (2010:659), PSL, ska vårdgivarna årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska ange hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har genomförts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska vara ett instrument för att ge vårdgivaren bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och för att informera om detta till patienter, allmänhet och andra vårdgivare. Den är också tänkt att vara ett underlag för tillsynen.

I tre fjärdedelar av kommunerna är patientsäkerhetsberättelsen integrerad i kommunens verksamhetsuppföljning eller årsredovisning. Drygt 20 procent av kommunerna har den inte integrerad och övriga svarar att de inte vet. De flesta kommuner svarade att patientsäkerhetsberättelsen görs tillgänglig på flera olika sätt: 59 procent uppgav att den görs tillgänglig via förfrågan till kommunens registratur, 50 procent via intranätet för personalen och 45 procent genom kommunens webbsida. En mindre andel (16 procent) av kommunerna nämnde också andra kanaler för spridning av patientsäkerhetsberättelsen, som till exempel via förfrågan till respektive utförare eller på utförarens webbsidor, via nämndprotokoll eller att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) tillhandahåller den. Även andra kanaler för intern spridning till personal tas upp, till exempel via elektroniskt dokumentbibliotek, vid arbetsplatsträffar, genom kvalitets- och ledningssystem eller genom utskick.

En mindre andel (16 procent) av kommunerna uppgav att patientsäkerhetsberättelsen skrivs på någon annan organisationsnivå, utöver vårdgivar-nivån. Exempel på andra nivåer som nämns är verksamhetsnivå, enhetsnivå,



sektorsnivå samt uppdelat på socialnämnd respektive barn- och utbildningsnämnd.

## Stöd för utveckling av patientsäkerhetsarbetet

Kommunerna fick även svara på frågor om det stöd i form av nationella metoder och verktyg, till exempel de hand- och metodböcker som finns, är ändamålsenliga för kommunens patientsäkerhetsarbete och vad som eventuellt saknas eller behöver förbättras.

Två tredjedelar av kommunerna svarade att det material som finns är ändamålsenligt för kommunens patientsäkerhetsarbete. En tredjedel uppgav att materialet bara delvis är användbart och vanliga synpunkter var att det är för landstingsfokuserat och att kommunfokus saknas. Många svarade också att materialet är för svårt och för omfattande, och inte anpassat för små kommuner. Tre kommuner svarade att materialet inte är ändamålsenligt eller att de inte kunde besvara frågan eftersom de inte hade använt materialet.

Cirka hälften av kommunerna svarade att det finns behov av ytterligare nationellt stöd i patientsäkerhetsarbetet. Anpassning av handböcker till kommunernas verksamhet och förenkling av materialet föreslås av många, liksom webbutbildningar och informationsmaterial. Andra typer av stöd som tas upp är bland annat behov av en kontaktperson för frågor kring patientsäkerhet, ökad nationell samverkan kring riskområden, nationellt system för läkemedelsordination samt gemensamt it-stöd för journalsystem och kvalitetsregister.

## Diskussion

Styrande dokument, som beskriver rutiner och processer över hur verksamheten ska arbeta patientsäkert, är en del av ledningssystemet. Svaren på frågorna om ledningssystem visar klart att *ledningssystem* inte är ett entydigt begrepp. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet består av många delar, till exempel avvikelshantering, hantering av klagomål och synpunkter från patienter och närstående, anmälan av vårdskador, det förebyggande arbetet med riskanalyser och riskbedömningar samt olika former av patientmedverkan. Av de kommuner som svarade på enkäten delade inte alla uppfattningen att dessa delar ingår i ett ledningssystem. Det framgår också att arbetet med att utveckla och implementera rutiner för patientsäkerhetsarbetet varierar i struktur och systematik, både inom och mellan kommunerna, och att det behövs stöd som är anpassat till kommunal verksamhet.

En stor andel av kommunerna uppger i enkätsvaren att de i sin egenkontroll jämför resultat med tidigare resultat från exempelvis PPM. Det kan noteras att det är osäkert under vilket tidsintervall de olika metoderna för egenkontroller genomfördes eftersom enkätfrågan inte specificerade tidsperiod. Omfattningen av hur och med vilken regelbundenhet respektive metod för egenkontroll används bör undersökas mer, bland annat mot bakgrund av att deltagandet i vissa PPM är lågt, vilket redovisas längre fram i rapporten.

Tillgängligheten till patientsäkerhetsberättelsen måste förbättras. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som vill ta del av den men så förefaller det inte vara i alla kommuner. Endast 6 av 10 kommuner svarade att patientsäkerhetsberättelsen görs tillgänglig via förfrågan till

kommunens registratur och 45 procent publicerade berättelsen på kommunens webbplats.

## Landstingens och regionernas patientsäkerhetsarbete

Under hösten 2015 har representanter från SKL haft en dialog om systematiskt patientsäkerhetsarbete med representanter från den kommunala hälso- och sjukvården och från landsting och regioner. Totalt gjordes 14 besök i Blekinge, Gävleborg, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västernorrland, Västmanland, Östergötland samt Skaraborgs sjukhus Skövde.

SKL har gjort en samlad bedömning utifrån dessa dialoger och genomläsning av samtliga landstings och regioners patientsäkerhetsberättelser från år 2014. SKL:s sammanfattande bedömning är att det systematiska patientsäkerhetsarbetet har fortsatt att utvecklas i samtliga landsting och regioner. Nio landsting och regioner har formulerat en nollvision för vårdskador. Mätbara mål har formulerats i större utsträckning, främst för vårdrelaterade infektioner, basala hygienrutiner och klädregler, trycksår och fall. Övergripande strategier och handlingsplaner för patientsäkerhet förekommer i större utsträckning jämfört med 2011. Egenkontrollen har utvecklats till månadsvisa uppföljningar i flera landsting och regioner. I dialogerna identifierades tre övergripande områden som har betydelse för utveckling av patientsäkerheten:

- användandet av e-tjänster
- nya arbetssätt
- samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Inom dessa tre områden beskrivs olika arbetssätt som landstingen och regionerna har utvecklat i syfte att stärka det fortsatta patientsäkerhetsarbetet bland annat användning av e-tjänster som bidrar till en ökad patientmedverkan, nya arbetssätt för att säkra vårdens övergångar och samverkansorganisationer på strategisk och operativ nivå.

### Patientsäkerhetsbrister vid akutmottagningar

Det finns flera gemensamma patientsäkerhetsrisker, enligt IVO:s tillsyn av akutmottagningar<sup>5</sup>. Vårdplatsbrist, otillräckliga lokaler, ”fel” patienter och bristande journalsystem är risker som beskrivs oavsett yrkesgrupp, län och kliniktillhörighet. Med ”fel” patienter avses patienter vars vårdbehov kan tillgodoses av primärvården. Andra risker som IVO anger är gemensamma för akutmottagningarna är bristande kompetens hos personalen, otillräcklig bemanning, ett ökat antal patienter och hög arbetsbelastning.

Många akutmottagningar uppger problem med att bemanna med erfarna sjuksköterskor och med specialistläkare. Andra parallella arbetsuppgifter för

---

<sup>5</sup> Tillsynen genomfördes 2014 och omfattar arton akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion och innehåller intervjuer med undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och verksamhetschefer.

de legitimerade läkarna (inkluderat specialtläkare) medför att de inte är närvarande i tillräcklig utsträckning på akutmottagningen. Konsekvensen blir då bland annat att icke-legitimerade läkare får ta ett alltför stort ansvar i förhållande till sin erfarenhet och kompetens. Risker med det, menar IVO, är att patienterna kan bli felbedömda men också att det blir långa och omfattande utredningar. Detta medför att många patienter vistas på akutmottagningen under lång tid, vilket i sin tur leder till risker för felprioriteringar, brister i övervakning och fördröjda diagnoser.

Organiseringen av akutmottagningarna anses enligt tillsynen inte motsvara dagens behov av akutsjukvård. Patientsäkerheten på akutmottagningarna är en angelägenhet och ett ansvar för samtliga kliniker på sjukhusen och hela landstinget/regionen och IVO anser därför att det är av stor vikt att fastställa hos varje vårdgivare övergripande gemensamma överenskommelser för vilka kompetenskrav och vilken faktisk närvaro som behövs på akutmottagningen. IVO påpekar att en del av bristerna är nationella problem som respektive vårdgivare har svårt att hantera ensam.

### *Brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet*

IVO konstaterade i tillsynen att vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete inte har utvecklats i önskad utsträckning. Medarbetarnas medverkan och delaktighet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är bristfällig samtidigt som det framkommer tydliga önskemål från dem om ökad delaktighet och information. Endast en tredjedel av de intervjuade angav att de har fått någon form av utbildning inom patientsäkerhetsarbete, undantaget verksamhetscheferna där majoriteten har fått utbildning. Det påtalades dock av några av de intervjuade att utbildning i patientsäkerhet är en del av grundutbildningen och i vissa fall även i introduktionsutbildningen.

IVO säger att det är en omogen avvikelserapportering som i alltför stor utsträckning påtalar misstag snarare än att identifiera brister och att det därmed saknas ett medvetet systemtänkande. Patientsäkerhetskulturen behöver utvecklas och vårdgivarna måste integrera patientsäkerhetsarbetet i ledningen och styrningen av verksamheten [2].

## Statens stöd i patientsäkerhetsarbetet

### Riksrevisionens granskning

Riksrevisionen har granskat om regeringen, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar för att främja en hög patientsäkerhet. Nedan sammanfattas några av granskningens resultat.

Riksrevisionen konstaterar att de statliga myndigheterna, med ansvar för tillsyn, föreskrifter och kunskapsstöd inte har gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar för att främja en hög patientsäkerhet. Landstingen och regionerna har inte förmått att uppfylla patientsäkerhetslagens syfte och krav. Det finns brister när det gäller lärandet utifrån inträffade vårdskador, uppföljningen av vidtagna åtgärder och spridningen av dessa lärdomar för att öka patientsäkerheten och det förebyggande arbetet med exempelvis riskanalyser är begränsat. Patienternas och de närståendes bidrag i det förebyggande

arbetet behöver tillvaratas och utvecklas mer hos vårdgivarna. Det är viktigt att tillvarata vårdpersonalens kompetens och ge dem möjligheter till fortbildning för att uppnå hög patientsäkerhet, men detta är något som ofta nedprioriteras i vårdverksamheterna bland annat på grund av tidsbrist. Stöd och vägledning i form av en systematisk kunskapskontroll av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt krav på utbildningars innehåll och omfattning är inget som finns utvecklat på nationell nivå. Kursinslag om patientsäkerhet, som har betydelse för det långsiktiga patientsäkerhetsarbetet, synliggörs inte i hälso- och sjukvårdsutbildningarna.

Socialstyrelsens stöd till vårdgivarna för hur de ska arbeta med ledningssystem behöver förstärkas och utvecklas och Riksrevisionen anser att myndigheten kunde ha gjort mer i sin normerande och uppföljande roll i patientsäkerhetsarbetet. Exempelvis finns det stora behov av att tydliggöra vissa centrala begrepp och definitioner inom området patientsäkerhet och av att ge mer vägledning till hur patienters medverkan i patientsäkerhetsarbetet kan utvecklas.

Flera viktiga förutsättningar som gäller tillsynen av hälso- och sjukvården är inte fullt ut uppfyllda vilket sammantaget försvårar för en rätt inriktad och verksam tillsyn. En viktig faktor är också att möjligheterna att tillsynen ska främja patientsäkerheten och få genomslag i vårdverksamheterna påverkas av vårdgivarnas förmåga att ta till sig kunskapen.

Följande rekommendationer kan påverka utvecklingen i en mer positiv riktning enligt Riksrevisionen:

- Se till att rätt förutsättningar finns för en verkningsfull tillsyn.
- Se till att Socialstyrelsen är ett stöd för vårdgivarna i tillämpningen av regelverket för patientsäkerhet.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för en långsiktig nationell styrning och samordning av patientsäkerhetsarbetet.
- Genomför fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdhändelser.
- Ange betydelsen av patientsäkerhetskunskaper i examensordningen i högskoleförordningen [3].

## Socialstyrelsen utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen stärkte arbetet med patientsäkerhet under 2015, bland annat med utgångspunkten att överenskommelsen, som staten och SKL hade om förbättrad patientsäkerhet för perioden 2011–2014, hade löpt ut och att det fanns behov av nationell samordning av insatser och av att tydliggöra myndighetens uppdrag och ansvar inom området. Socialstyrelsen bedriver bland annat följande utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet:

- projekt för att tydliggöra centrala begrepp och definitioner inom patientsäkerhetsområdet
- kartläggning och fördjupande analyser av riskområden för uppkomst av vårdskador inom hemsjukvård
- utvecklingsprojekt i samverkan med Landstinget i Värmland i syfte att med ett systemperspektiv få en förståelse för skillnader i utfall av patient-

säkerhetsarbetet samt identifiera behov av nationellt stöd för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt

- implementering av Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)
- framtagande av nya föreskrifter för läkemedelshantering
- framtagande av nya föreskrifter för utredning av vårdskador
- utveckling av öppna jämförelser för säker vård med redovisning december 2016
- utveckling av ett samlat stöd inom patientsäkerhetsområdet i form av ett nationellt webbaserat kunskapsstöd med fokus på de mest frekventa och allvarliga vårdskadorna.

## Inspektionen för vård och omsorgs utveckling av klagomålshantering och riskbaserad tillsyn

Ärendebalansen när det gäller antalet öppna ärenden har förbättrats. I december 2014 fanns det 2 179 öppna ärenden äldre än 18 månader och i november 2015 var antalet 526. Totala antalet öppna ärenden har minskat från 6 798 i december 2013 till 3 877 i november 2015. För att komma till rätta med ärendebalansen och långa handläggningsprocesser har IVO förändrat arbetsprocesserna och bland annat standardiserat delar av handläggningen av klagomål. Det har utvecklats en tydligare kommunikation i alla led med bland annat en satsning på klarspråk för att säkerställa att besluten är lätta att förstå och enhetliga i sin utformning. Det har också blivit lättare för allmänheten att komma i kontakt med IVO genom inrättandet av en upplysningstjänst och en e-tjänst.

Under 2015 har IVO initierat 17 riskbaserade tillsynsprojekt inom hälso- och sjukvården där minst tre verksamheter ingår i samma tillsyn och synas med samma metod. Tillsynen består av både inspektioner och så kallad skrivbordstillsyn. Tillsynen initieras antingen på IVO:s riskanalys som exempelvis baseras på iakttagelser från enskildas klagomål eller så genomförs den på en så kallad förekommen anledning [4].

## Rådet för styrning med kunskap

Rådet för styrning med kunskap inrättades 2015. Målet med rådet är att myndigheternas kunskapsstyrning ska bli samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. I rådet ingår nio myndigheter och varje myndighet representeras av sin generaldirektör. Rådet ska

- stärka förutsättningarna för att patienter och brukare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst får vård och insatser som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet samt evidensbaserad praktik
- samordna myndigheternas arbete med olika former av icke bindande kunskapsstöd, allmänna råd och föreskrifter
- utifrån behov och förutsättningar hos huvudmännen och olika professioner, identifiera och behandla strategiska frågor kring hur den statliga kunskapsstyrningen kan utvecklas
- bidra till en ökad jämställdhet.

Rådet har hittills initierat arbete i sju arbetsgrupper, bland annat kartlägga och utveckla statens styrning med kunskap, digital lösning för samordnad kunskapsstyrning och samordning av systematiska översikter och vetenskapliga underlag.

## Patientsäkerhetsarbete inom EU

Inom EU är patientsäkerhet ett prioriterat område. Europeiska unionens råd tog år 2009 fram rekommendationer inom områdena patientsäkerhet samt förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner. I rekommendationerna föreslogs en rad åtgärder som exempelvis omfattade policyutveckling, patientinvolvering, utbildningsinsatser, system för rapportering och återkoppling av klagomål och gemensam terminologi [5].

De uppföljande rapporterna visar att rekommendationerna har skapat en ökad medvetenhet om patientsäkerhet på politisk nivå och i flertalet länder har rekommendationerna lett till ett konkret patientsäkerhetsarbete.

### Behov av utbildning i patientsäkerhet

Den första uppföljningen 2012 visade på framsteg i fråga om nationella strategier och program för ökad patientsäkerhet men den visade också på behov av ytterligare insatser när det gäller utbildning inom patientsäkerhet och att ta tillvara lärdomar från negativa händelser. Den visade också att det inte har genomförts tillräckliga åtgärder för att stärka patientens ställning, vare sig när det gäller att låta representanter från patientorganisationer medverka i beslutsfattandet eller när det gäller information till patienter om åtgärder som förbättrar deras säkerhet [6].

Nästa uppföljning, 2014, visade på ytterligare framsteg i form av strategier och program för ökad patientsäkerhet där 26 medlemsländer hade utvecklat strategier eller var i slutfasen av arbetet. Det fanns då bindande patientsäkerhetsnormer i form av lagar och föreskrifter i 20 länder och i 19 länder användes patientsäkerhetsriktlinjer. Det är dock svårt att bedöma och jämföra utvecklingen i EU eftersom normer och riktlinjer tolkas på olika sätt i medlemsländerna. I rekommendationen uppmuntras EU-länderna att använda informations- och kommunikationsteknik för att stödja utvecklingen av nationella strategier och program för patientsäkerhet, men endast ett fåtal länder uppgav att de använder system för rapportering och återkoppling, e-lärande och elektroniska patientregister. När det gäller utbildning och fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal följs inte rekommendationerna på EU-nivå i tillräcklig utsträckning. De flesta länder uppmuntrar multidisciplinär utbildning i patientsäkerhet, men det är oklart i vilken omfattning det faktiskt tillhandahålls. Patientsäkerhet ingår sällan i grund- och forskarutbildningar eller i verksamhetsnära fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonal [7].

### Samordning av insatser och lärande mellan länder

På EU-nivå samordnas det gemensamma patientsäkerhetsarbetet utifrån expertgrupper och joint actions. Det handlar om att ta fram gemensamma definitioner inom patientsäkerhetsområdet, en gemensam terminologi och

jämförbara indikatorer samt att dela med sig av positiva erfarenheter, så kallad best practice. Två olika forum har skapats. Det ena forumet är EU-kommissionens expertgrupp inom patientsäkerhet och kvalitet där EU-länderna, Eftaländerna och internationella organisationer som WHO och OECD medverkar tillsammans med företrädare för patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och experter inom patientsäkerhetsområdet. Det andra forumet, The European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ), ska stödja implementeringen av Europarådets rekommendationer för patientsäkerhet och arbeta för en ökad tillit och ett ökat nätverksbyggande mellan medlemsländerna. En viktig uppgift har varit att kartlägga befintliga metoder och administrativa rutiner i syfte att stödja och utveckla medlemsländernas patientsäkerhetsarbete [8].

Arbetsgrupperna har utarbetat två rapporter med iakttagelser, analyser och rekommendationer i syfte att stödja implementeringen av rekommendationerna: dels en rapport som har kartlagt EU-ländernas patientsäkerhetsutbildningar för vårdpersonal [9], dels en rapport om hur man skapar fungerande system för rapportering och återkoppling [10]. Som ytterligare komplement till dessa rapporter har kommissionen föreslagit att WHO ska anpassa sin vägledning för begrepp som används internationellt för att klassificera patientsäkerhet [11]. PaSQ har bedrivits som projekt under åren 2012–2015 och de medverkande parterna har föreslagit att ett bestående nätverk ska inrättas för att fortsätta och vidareutveckla patientsäkerhetsarbetet på EU-nivå. Beslut om fortsatt arbete och finansiering är inte fattat av EU-kommissionen ännu.

## Nordiskt samarbete inom patientsäkerhetsområdet

De nordiska länderna uppvisar stora likheter i många olika avseenden. Detta ger goda förutsättningar för att utbyta kunskap och lära av varandras erfarenheter på olika områden till exempel inom hälso- och sjukvård. Med stöd av Nordiska ministerrådet inleddes år 2007 ett treårigt nordiskt samarbete på patientsäkerhetsområdet som avrapporterades 2010 [12]. Ett fortsatt nordiskt samarbete har pågått under perioden 2013–2015. Arbetet har redovisats i en rapport [13] och återges här kortfattat. Syftet med samarbetet var att utbyta kunskap och erfarenheter mellan länderna inom patientsäkerhetsområdet, särskilt när det gäller

- patientsäkerhetsindikatorer inom obstetrik (förlossningsvård)
- strukturerad journalgranskning
- mätning av patientsäkerhetskultur.

Resultat av detta samarbete är bland annat ett förslag till 18 patientsäkerhetsindikatorer inom obstetrik. En pilotundersökning visade små skillnader mellan länderna för flertalet indikatorer. För andra indikatorer till exempel blodtransfusioner vid förlossning, hysterektomier (borttagande av livmoder), livmoderbristningar och tredje eller fjärde gradens bristningar var skillnaderna mellan länderna större. Dessa skillnader kan användas som utgångspunkt

för förbättringsarbete. Det föreslås att Nordiska medicinalstatistiska kommittén (NOMESCO) samlar in och publicerar indikatorerna i samarbete med samarbetsorganet för nordiska födelseregister (NOMBIR).

Norska och svenska resultat av strukturerad journalgranskning inom somatisk slutenvård visar följande:

- Förekomsten av olika typer av skador som drabbade patienterna och skadornas allvarlighetsgrad var väsentligen densamma i de båda länderna, det vill säga patientsäkerheten låg på samma nivå.
- Strukturerad journalgranskning kan användas för att göra internationella jämförelser av patientsäkerheten och framstår som ett välbehövligt komplement till de osäkra OECD-indikatorer som för närvarande används för sådana jämförelser.
- Strukturerad journalgranskning kan användas för att mäta effekten av nationella initiativ för att förbättra patientsäkerheten.

Samarbetet kring mätning av patientsäkerhetskultur har lett fram till följande:

- De vanligaste översatta och validerade enkäterna för mätning av patientsäkerhetskultur är *Safety Attitude Questionnaire* och *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.
- Råd och erfarenheter som underlättar mätning av patientsäkerhetskultur har sammanställts.
- De mätningar av patientsäkerhetskulturen som har genomförts i de nordiska länderna har redovisats.
- Sju nya områden som skulle kunna ingå i enkäter för mätning av patientsäkerhetskultur föreslås.



# Anmälningar från patienter och vårdgivare

## Resultat i korthet

- Klagomålen till patientnämnderna gäller oftast vård och behandling följt av kommunikation och då främst bemötande.
- Klagomål till Inspektionen för vård och omsorg har minskat med 9 procent. De vanligaste klagomålen rör primärvården eller kirurgisk verksamhet.
- Utredda klagomål gäller oftast vård och behandling och diagnostik.
- Antalet anmälningar till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag ökar men antalet ersatta skador, det vill säga skador som bedöms vara undvikbara, har inte ökat i samma takt.
- Det är en liten ökning av vårdgivarnas rapportering enligt lex Maria.
- De vanligaste typerna av åtgärder i genomförda händelseanalyser i Nitha kunskapsbank är förändring av rutiner och utbildning, vilket anses vara begränsat effektiva åtgärder.

## 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 PSL (7 kap. 10 §) kan patienter och närstående lämna klagomål på vården till Inspektionen för vård och omsorg (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 utförande av patientnämndsverksamhet.

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 Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Lof). För vård som har tillhandahållits efter den 1 januari 2015 ska anmälan ha kommit in senast tio år efter det att skadan uppstod.

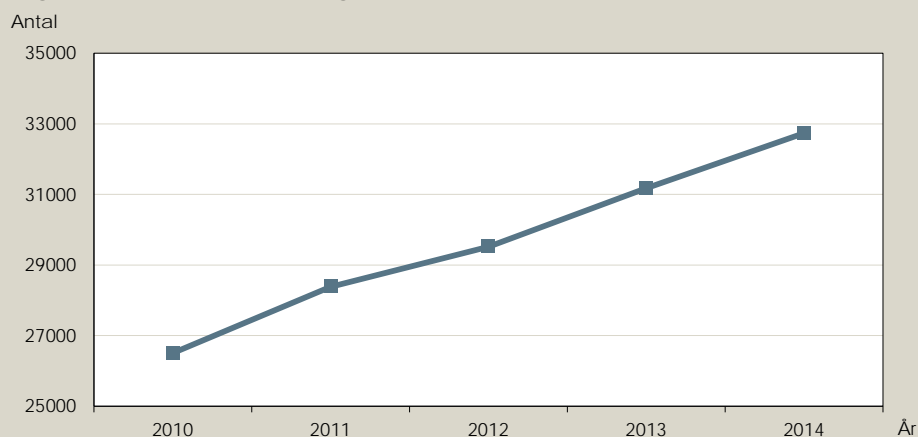
Vårdgivaren har enligt PSL (3 kap. 5 §) skyldighet att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO och det ska göras inom två månader enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria (SOSFS 2005:28). Vårdgivaren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

## Antalet klagomål till patientnämnderna ökar

Patientnämnderna tog emot drygt 32 700 klagomål år 2014, jämfört med knappt 31 200 ärenden år 2013 och drygt 26 500 år 2010 (se figur 3). Hälften av klagomålen till patientnämnderna 2014 rörde somatisk specialistvård. Primärvården stod för 26 procent och den psykiatriska specialistvården för 11 procent. Tandvården hade få klagomål i jämförelse med antalet patienter. Klagomålen på kommunal hälso- och sjukvård hade minskat. Tänkbara orsaker till det minskande antalet och förhållandevis få anmälningar sett till antal vårdade patienter i den kommunala hälso- och sjukvården kan enligt patientnämnderna bland annat vara

- bristande information om möjligheten att anmäla ett klagomål
- tveksamhet till att rapportera beroende på den dagliga beroendeställningen till vårdpersonalen
- att många av dessa patienter också återfinns inom andra verksamheter och att deras klagomål i stället riktas mot dessa.

Figur 3. Antalet anmälningar till patientnämnderna 2010–2014

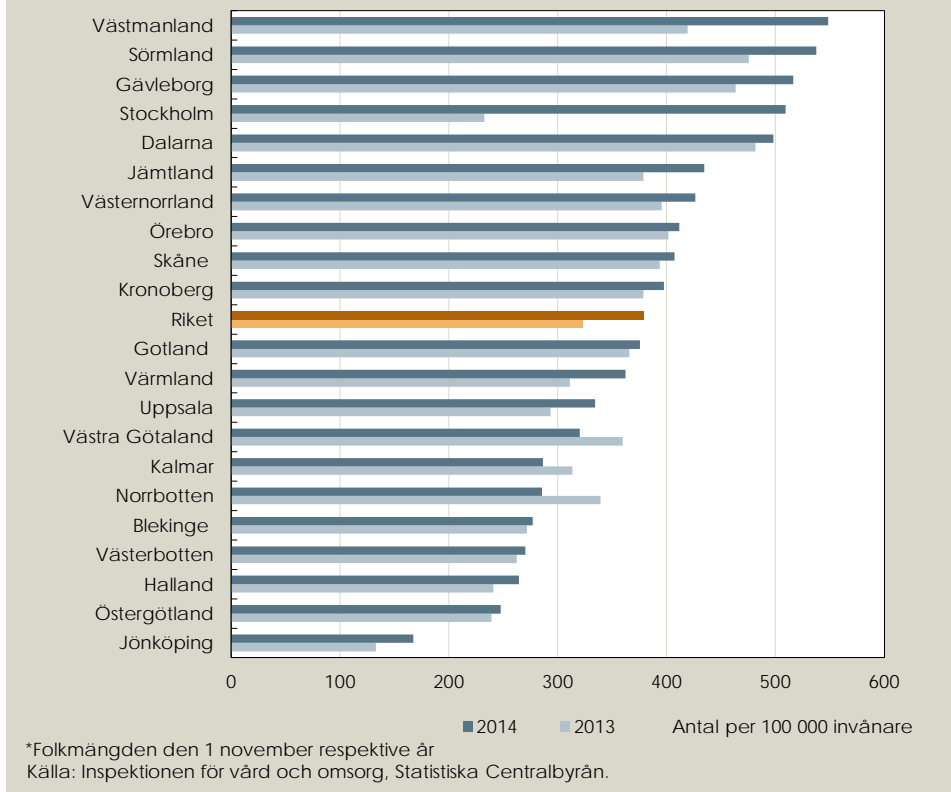


Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Av samtliga klagomål 2014 gällde 55 procent kvinnor och 37 procent män<sup>6</sup>. Den största gruppen, sett till samtliga anmälningar, var kvinnor i åldersgruppen 50–59 år. Inom psykiatrisk specialistsjukvård var den största gruppen kvinnor 20–29 år och inom kommunal hälso- och sjukvård kvinnor 80–89 år. Nästan 50 procent rapporterades in från de tre storstadsregionerna. Fördelningen av antal klagomål per 100 000 invånare och län framgår av figur 4. Det är en stor spridning mellan länen, från 167 till 548 klagomål per 100 000 invånare. Jönköpings län har lägst antal och Västmanland har högst antal per 100 000 invånare. Antalet kan påverkas av patientnämndernas olika arbets sätt och förutsättningar att hantera klagomål. Varje patientnämnd är en fristående enhet och har olika förutsättningar exempelvis i form av resurser och arbetsordningar [14].

<sup>6</sup> I 8 procent av ärendena saknades uppgifter om kön.

Figur 4. Antalet anmälningar till patientnämnderna 2013–2014 per län



## Klagomål på vård och behandling är vanligast

Samtliga nämnder tillämpar sedan 2014 ett gemensamt sätt att kategorisera klagomålsärenden. Ärenden kategoriseras in 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 in i delområden för en högre detaljeringsgrad. Den gemensamma registreringen möjliggör jämförelser av innehåll i ärenden.

Majoriteten av klagomålen 2014 rörde huvudområdet vård och behandling (49 procent) och främst delområdena behandling, undersökning/utredning och resultat. Klagomål avseende behandling var vanligast i alla verksamhetsområden undantaget primärvård, där undersökning/utredning var något vanligare. Det näst största huvudområdet var kommunikation (19 procent) och främst brister i bemötande. Inom kommunal vård var omvårdnad det näst vanligaste huvudområdet och då personlig omvårdnad.

Särskilda iakttagelser som patientnämnderna gjort var att många patienter upplever att de inte blir lyssnade till. Samordning och vårdansvar brister – patienter hänvisas runt i systemet och ingen tar ett helhetsansvar. Vidare brister i läkarkontinuitet inom framför allt primärvård och psykiatri och tillgängligheten inom flera verksamhetsområden är otillräcklig [14].

## Klagomålsrapportering till IVO

Klagomålen till IVO har minskat i antal de senaste åren, med undantag för 2014 jämfört med 2013. År 2015 anmäldes 6 198 klagomål, en minskning med 634 klagomål jämfört med 2014 (se tabell 1). IVO fattade beslut i 8 678 klagomålsärenden<sup>7</sup>, varav 6 102 bedömdes ha betydelse för patientsäkerheten och utreddes. Av dessa utmynnade 1 932 i kritik mot vårdgivare. De flesta utredda klagomålsbesluten 2015 gällde kvinnor, 3 517 ärenden, att jämföra med 2 529 för män<sup>8</sup>. Klagomålsbeslut var vanligast i åldersgruppen 30–49 år för kvinnor och 65–79 år för män. Könsfördelningen har varit relativt konstant mellan åren 2011–2015.

**Tabell 1. Antalet inkomna och avslutade klagomålsärenden 2011–2015**

|           | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Inkomna   | 8 288 | 7 006 | 6 482 | 6 828 | 6 198 |
| Avslutade | 3 616 | 7 869 | 4 974 | 7 544 | 8 678 |

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

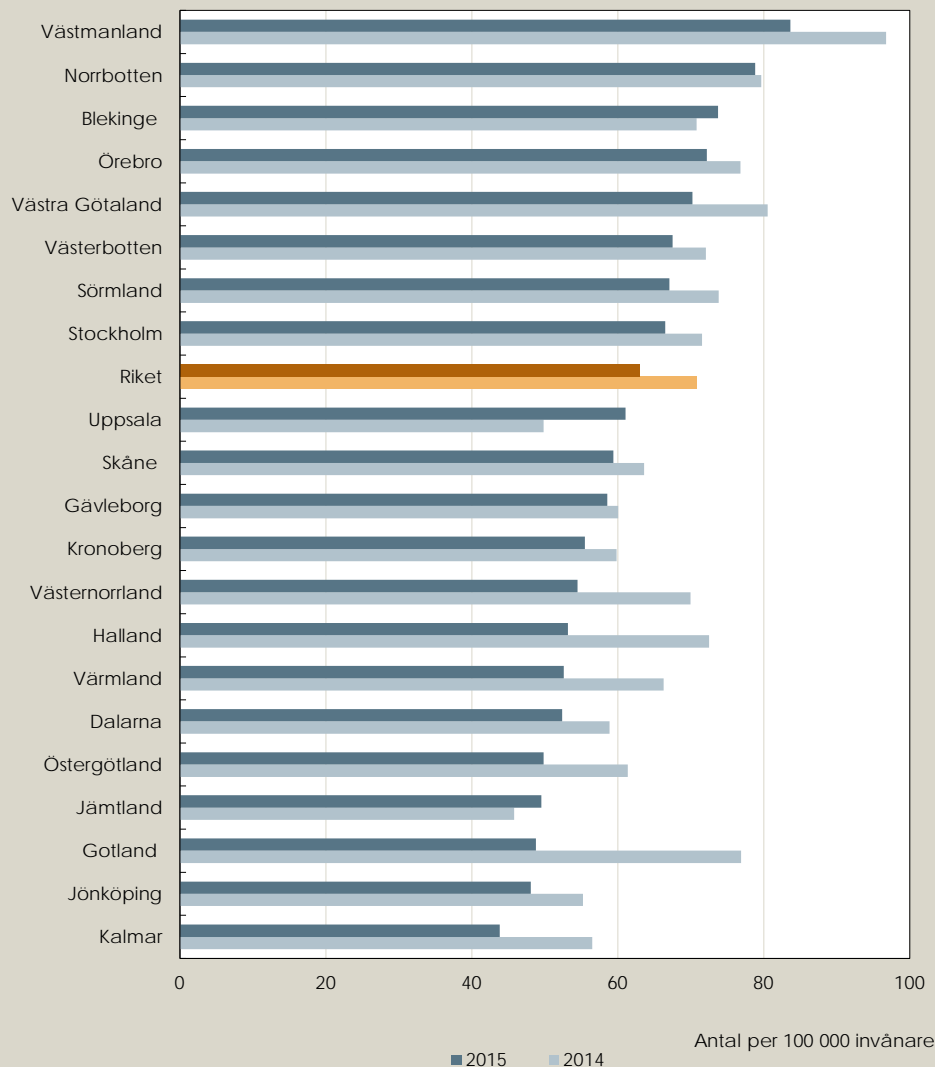
Det kommer in flest klagomål från storstadsregionerna. Drygt hälften av det totala antalet klagomål mellan 2011 och 2015 kommer från Stockholm, Västra Götaland och Skåne län. Det blir en annan spridning sett till antalet klagomål per 100 000 invånare. Spridningen mellan länen är från 44 klagomål i Kalmar till 84 klagomål per 100 000 invånare i Västmanland, se figur 5.

<sup>7</sup> Omfattar även ärenden som har inkommit tidigare år och alla ärenden för 2015 var ännu inte beslutade.

<sup>8</sup> I övriga ärenden berörs båda könen eller så är kön inte specificerat.

**Figur 5. Antalet inkomna klagomål inom hälso- och sjukvården 2014–2015\***

Ett klagomål kan gälla flera län. Därför kan en summering över länen ge ett felaktigt antal.



\* Folkmängden den 1 november respektive år

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska Centralbyrån.

## Vanligast att klagomålen rör kirurgisk vård 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 det har ökat något för primärvården. Även de klagomål som gäller invärtesmedicin har minskat. Andelen klagomål på psykiatrisk vård har däremot ökat kraftigt, från knappt 10 procent av alla klagomål 2011 till

nästan 20 procent år 2015<sup>9</sup> [15]. Det var 2 042 ärenden som gällde kirurgisk vård år 2015 och för primärvården var det 1 382 ärenden.

Inom äldreomsorgen (korttidsboende, särskilt boende, övrigt boende) utreddes 251 klagomål under 2015 varav 85 fick kritik. Inom hemsjukvård i ordinärt boende var det 74 ärenden varav 20 kritikbeslut.

Klagomålen handlar främst om brister i vård och behandling och brister i diagnostik. 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, läkemedelshandtering, informationsöverföring och dokumentation är det också många som klagar på. De utredda klagomålen 2015 gällde främst vård och behandling, 3 972 ärenden varav 1 165 fick kritik, följt av diagnostisering, 1 832 ärenden varav 655 fick kritik [15,16].

## Förslag på ändamålsenlig klagomålshandtering

Klagomålsutredningen har i sitt slutbetänkande (SoU 2015:102) lämnat förslag på hur handeringen av klagomål mot hälso- och sjukvården kan bli mer ändamålsenlig. Med ändamålsenlig menas att systemet ska utgå från patienternas behov och bidra till ökad patientsäkerhet och vara resurseffektiv. Utredaren konstaterar att det krävs tre typer av åtgärder: förändrad och förtydligad ansvarsfördelning, förändrad resursfördelning samt kulturförändringar för en mer patientcentrerad vård.

Utredaren föreslår att det ska finnas en väg in i systemet, som ska utgöras av vårdgivaren och patientnämnden. Vårdgivaren, i första hand, ska ta emot klagomålen från patienter och närstående och lämna en förklaring och beskrivning av de åtgärder som de planerar eller har genomfört och patientnämnderna ska stödja patienten i den processen. Patientnämnderna ska ha en självständig ställning och vara organisatoriskt åtskilda från vårdgivarna. Utredaren anser samtidigt att IVO i vissa fall måste vara skyldiga att utreda en händelse, men att den utredningsskyldigheten ska begränsas till situationer där det finns särskilda behov av att få en oberoende och formell prövning av en händelse. Det kan till exempel gälla ärenden där händelser i vården har fått eller riskerat att få allvarliga konsekvenser för patienten. Genom att begränsa IVO:s utredningsskyldighet blir det möjligt att omfördela resurserna, menar utredaren. Denna omfördelning kan enligt utredarens förslag bland annat användas till att utveckla en patientcentrerad tillsyn där patientens erfarenheter och kunskap får stor plats [17].

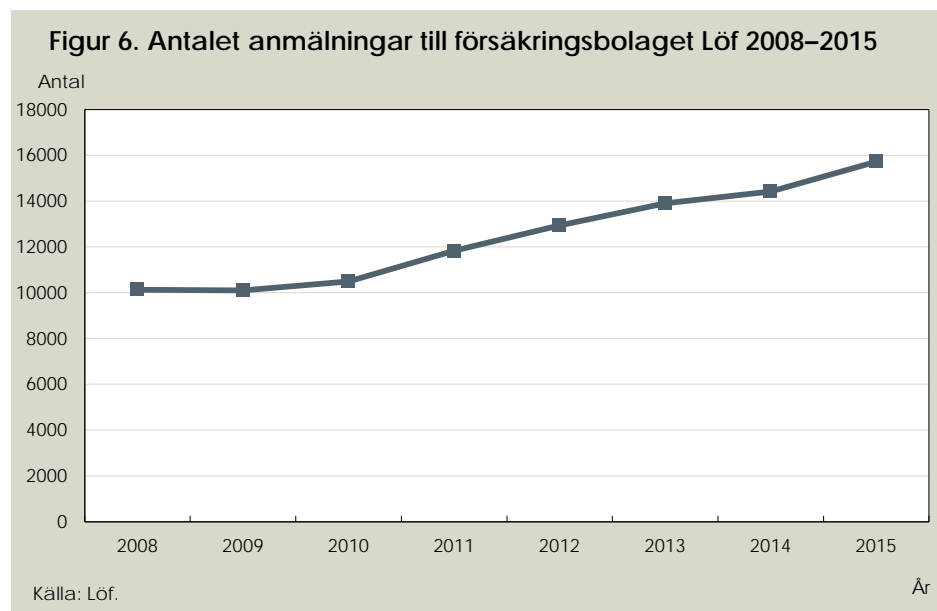
## Antalet anmälningar till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag ökar

År 2015 inkom omkring 15 700 anmälningar om skada till Lof vilket är en ökning med cirka 9 procent jämfört med 2014. Drygt 70 procent av alla anmälningar gäller skador som har uppkommit i sjukhusvård, och drygt 10 procent skador som har uppkommit i primärvård. Resterande delar utgörs av tandvård och vård i andra lokaler. Det totala antalet anmälningar ökar för

---

<sup>9</sup> Från 2014 redovisar IVO statistik över *utredda* klagomål. För 2013 och tidigare redovisas statistiken för *alla* klagomål. Detta innebär att jämförelser över tid ska göras med viss försiktighet.

varje år och det är en tydlig ökning från 2011, se figur 6. Ökningen av anmälningar till Lof från 2011 har sannolikt påverkats av att patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft vilket innebar en utökad upplysningsskyldighet från vårdgivare till patient och närstående vid en inträffad skada.

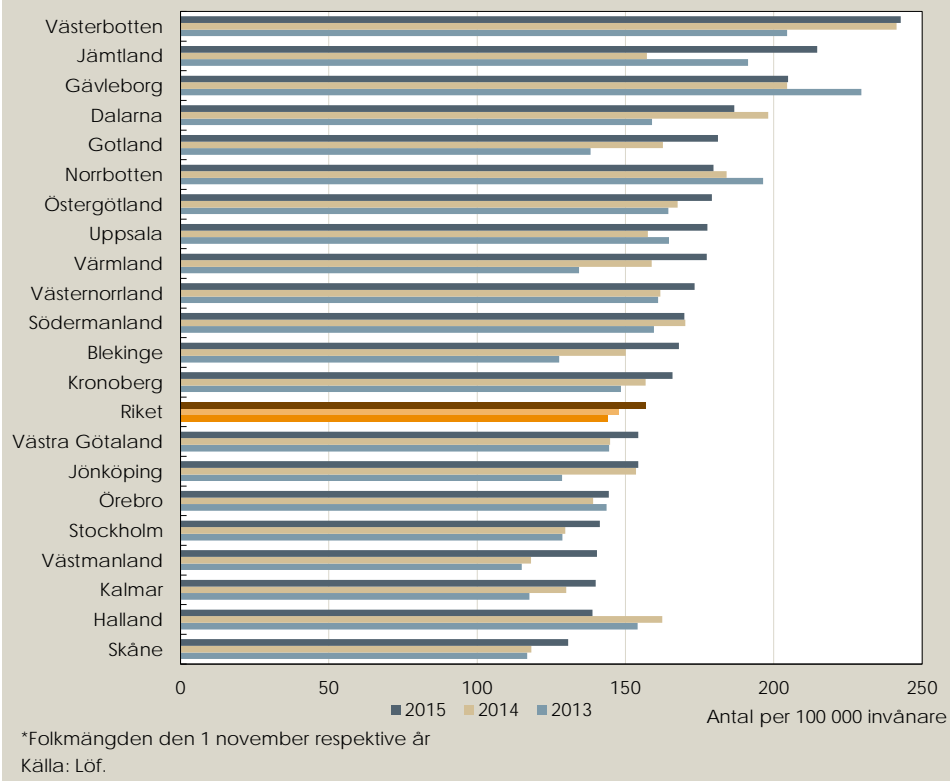


Fler kvinnor än män (61 respektive 39 procent) anmälde en skada 2015, men andelen ersatta skador var näst intill densamma för båda könen. Genomsnittsåldern hos dem som anmälde skada 2015 var 47,5 år.

Även om antalet anmälningar ökar har inte antalet ersatta skador ökat i samma takt. Andelen ersatta skador har minskat gradvis de senaste tio åren, men under åren 2012 till och med 2015 har siffran stabiliserats kring knappt 40 procent.

Det sammanlagda antalet anmälningar per landsting och region redovisas per 100 000 invånare i figur 7. De landsting och regioner med till exempel universitetssjukhus, som vårdar patienter från andra landsting och regioner, kan förväntas ha fler anmälningar än de övriga. Ett vårdtillfälle som har resulterat i en anmälan redovisas i det landsting/region där det utfördes, medan det redovisade befolkningstalet enbart utgörs av de personer som är folkbokförda i landstinget/regionen.

**Figur 7. Antalet anmälningar till försäkringsbolaget Löf fördelat på landsting och regioner 2013–2015\***



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

### Vanligast att anmäla skada som uppstår vid operation

Nästan alla anmälningar i slutenvård (99 procent) 2015 gällde somatisk vård. De flesta rörde ortopedi, kirurgi och andra verksamheter med stora operationsvolym, och vanligast var skador som hade inträffat i samband med operation som till exempel infektioner, blödningar eller nerv- och skelettskador vid ledprotesoperationer. Anmälningar med anledning av försenad eller felaktig diagnos var också vanliga. Detta är samstämmigt med bilden från 2014.

#### *Utvecklingsprojekt baserade på skadestatistik*

Skadestatistiken från Löf utgör underlag för flera riktade patientsäkerhetsinsatser. Utvecklingsprojekt pågår i dagsläget inom infektioner efter ledproteskirurgi (PRISS), allvarliga skador vid bukkirurgi och förlossningsvård. Projektet genomförs tillsammans med drygt 30 yrkesorganisationer, kvalitetsregister och andra intresseorganisationer.

I projektet PRISS (Protes Relaterade Infektioner Skall Stoppas) medverkade i första fasen landets samtliga 72 ortopedkliniker, som då bedrev proteskirurgi. Syftet med PRISS är att minska risken för infektioner i samband med planerad proteskirurgi i höfter och knän, respektive tidigt upptäckt



av postoperativ infektion och protesbevarande åtgärd. Projektet utvärderas nu både vetenskapligt och lokalt. Preliminära resultat visar att flera enheter kunnat mer än halvera frekvensen ledprotesrelaterad infektion. En stor nationell vetenskaplig uppföljning kommer att göras under 2017. Projektet Säker bukkirurgi, som inkluderar både planerad och akut kirurgi, syftar till att minska komplikationsfrekvensen [18]. Projektet Säker förlossningsvård beskrivs längre fram i den här rapporten.

## Antalet lex Maria anmälningar ökar något

För 2015 ses en fortsatt liten ökning av antalet lex Maria-anmälningar. Vårdgivarna gjorde 2 373 lex Maria-anmälningar under 2015, jämfört med 2 311 anmälningar år 2014 (se tabell 2). Det går inte att redovisa vilken kategori och vilket verksamhetsområde dessa anmälningar gäller eftersom den slutgiltiga kategoriseringen görs i samband med att det tas ett beslut i ärendet.

Antalet beslutade ärenden har ökat från år till år och under 2015 fattade IVO beslut i 2 823 ärenden<sup>10</sup>. De vanligaste ärendetyperna var fullbordat självmord följt av vård och behandling och diagnostisering. De flesta besluten gällde psykiatrisk specialistvård (623), kirurgisk specialistsjukvård (537) och primärvård (441). Denna fördelning mellan ärendetyper och verksamhetsområden var densamma 2014.

Inom äldreomsorgen (korttidsboende, särskilt boende och övrigt boende) beslutades 303 ärenden och inom hemsjukvård i ordinärt boende var det 118 ärenden. Den vanligaste ärendetyper inom både äldreomsorg och hemsjukvård var läkemedelshantering. Fördelning mellan ärendetyper var i stort sett samstämmig med motsvarande fördelning 2014.

**Tabell 2. Antalet inkomna respektive avslutade anmälningar enligt lex Maria 2010–2015**

| Lex Maria | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Inkomna   | 2 051 | 2 093 | 2 143 | 2 225 | 2 311 | 2 373 |
| Beslutade | 1 631 | 1 804 | 2 300 | 2 364 | 2 436 | 2 823 |

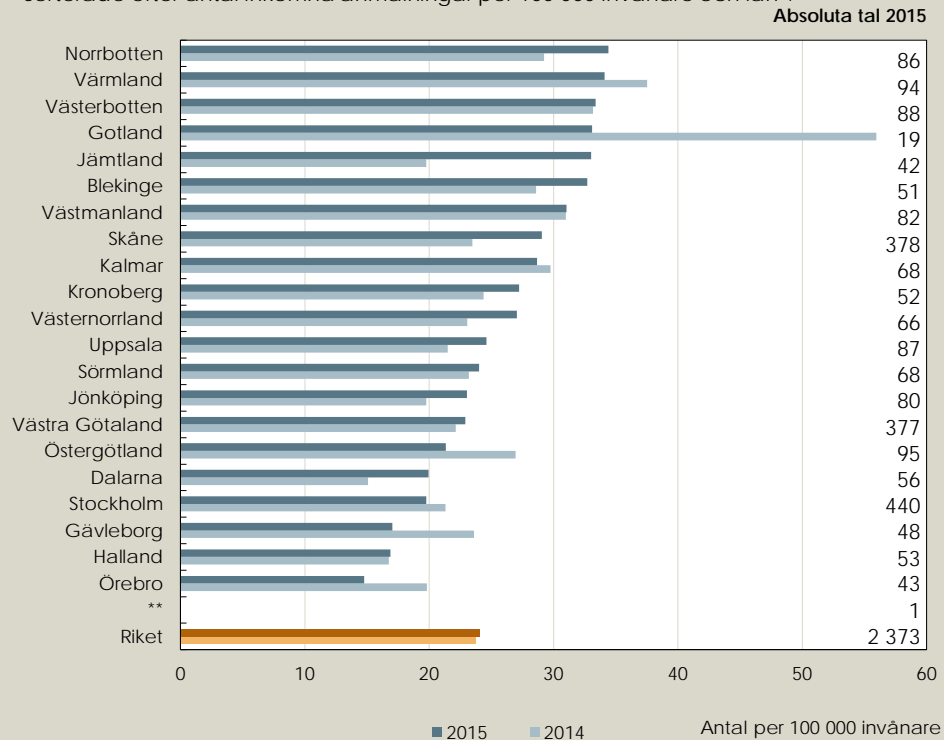
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

I figur 8 redovisas antalet inkomna lex Maria-anmälningar per län under perioden 2014–2015. Antalet anmälningar från landsting/regioner, kommuner och privata vårdgivare redovisas per 100 000 invånare. Flera vårdgivare kan rapportera samma ärende, vilket gör att det kan finnas dubbelregistreringar.

<sup>10</sup> Omfattar även ärenden som har inkommit tidigare kalenderår och alla ärenden för 2015 var ännu inte beslutade.

**Figur 8. Antalet lex Maria-anmälningar 2014–2015**

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



\*Folkmängden den 1 november respektive år

\*\*1 anmälan saknar angivet län

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Statistiska Centralbyrån.

## Vården kan bli bättre på att dra lärdom av lex Maria ärenden

I tillsynsrapporten *Gör lex Maria vården säkrare?*<sup>11</sup> konstaterar IVO att lärandet hos vårdgivarna är bristfälligt. Det finns en bristande kännedom hos sjukhuspersonalen om vilka anmälningar som har gjorts och om de åtgärder som har genomförts för att förbättra verksamheten och förmedlingen av kunskap mellan sjukhusen är i det närmaste obefintlig. IVO ifrågasätter därför om åtgärderna bidrar till ett lärande i organisationen och en förbättrad patientsäkerhet.

Brister i lärandet kunde bero på en rad olika faktorer exempelvis i vilken grad vårdgivaren har genomfört åtgärderna, valet av åtgärder, förankring, uppföljning, patientsäkerhetskultur och arbetsbelastning. I drygt var fjärde ärende hade vårdgivarna bara genomfört några av åtgärderna, eller inga alls (21 av totalt 79 ärenden). I närmare var tionde anmälan hade inga åtgärder blivit genomförda. Anledningarna till att vårdgivaren inte hade genomfört sina redovisade riskförebyggande åtgärder kunde vara många, exempelvis brist på resurser, brist på förankring och att säkerhetskulturen på arbetsplatsen inte var fullt utvecklad och att det ibland fanns ett syndabockstänkande

11 Tillsynen är genomförd i den somatiska specialistsjukvården i sydöstra Sverige; Jönköpings län, Kalmar län och Östergötlands län.

i stället för systemsynsätt när det gällde rapporteringen av avvikelser. Många av åtgärderna hade lett till en ökad patientsäkerhet men med vissa typer av åtgärder var det svårare att skapa genomgripande förändringar i verksamheten. Detta gällde exempelvis de relativt vanligt förekommande åtgärderna att ha samtal och diskussioner i olika former och personalgrupper samt att revidera eller ta fram nya rutiner. Antalet rutiner i verksamheterna var i många fall stort och det var därmed svårt för personalen att ha en överblick. Därmed fanns en risk för att en ny rutin skulle bli resultatlös om personalen inte förstod varför eller på vilket sätt de skulle använda den nya rutinen. En annan förklaring bakom svårigheten att få genomslag för en ny rutin i verksamheten kunde vara bristande egenkontroll. Andra åtgärder hade helt enkelt inte hunnit genomföras, till exempel utbildningar. Att åtgärder inte hade genomförts kunde också bero på resursbrist i form av framför allt pengar, men även personal sett både till antal och till erfarenhet. Åtgärdsförslag riskerade också att inte genomföras på grund av att den enskilda verksamhetschefen hade begränsat inflytande över budget och bemanning, att vårdgivaren brast i sin uppföljning av anmälningarna och att åtgärderna därför ”föll i glömska”. I vissa fall där det fanns ett delat ansvar mellan verksamheter, hade åtgärderna inte kunnat genomföras på grund av att de inte var förankrade.

### *Rekommendationer till vårdgivarna*

IVO:s iakttagelser utmynnade i ett antal förbättringsområden och rekommendationer till vårdgivarna:

- Låt anmälningarna bli underlag för diskussion, erfarenhetsutbyte och lärande.
- Besluta om åtgärder som är förankrade och genomförbara.
- Eftersträva åtgärder som leder till bestående förändringar över tid.
- Följ upp redovisade åtgärder [19].

### Nationellt it-stöd för händelseanalys – Nitha

Händelseanalys är en metod som används för att utreda händelser som har medfört eller kunde ha medfört vårdskada och metoden beskrivs i handboken *Riskanalys och händelseanalys* [20]. Nitha är ett it-stöd för att underlätta genomförandet av händelseanalyser och är uppdelat i en analysdel och en kunskapsbank. I analysdelen registrerar analysledaren analysens olika steg och resultat på ett standardiserat sätt och med en gemensam terminologi. Kunskapsbanken består av färdigställda och kvalitetsgranskade analysrapporter och kan bidra till att öka säkerheten i vården genom att påskynda kunskapspridningen om bakomliggande orsaker till vårdskador och lämpliga förebyggande åtgärder. Kunskapsbanken möjliggör ett lärande för ledning och medarbetare genom att de kan ta del av andra verksamheters erfarenheter genom deras händelseanalyser.

Alla landsting och regioner utom Halland, Jönköping, Norrbotten och Västerbotten är anslutna till Nitha (den 31 december 2015), vilket är samma anslutningsgrad som föregående år. En handfull kommuner är också anslutna men ingen har påbörjat någon analys i Nitha under 2015 och inga analyser har överförts till kunskapsbanken.

Under 2015 påbörjades 733 händelseanalyser i Nitha och vid årsskiftet fanns 1 179 pågående analyser i Nitha, varav 186 var kvalitetsgranskade för att överföras till kunskapsbanken. Flera landsting och regioner har pågående analyser som förmodligen är avslutade men inte kvalitetsgranskade och slutförda och de har därmed inte förts över till kunskapsbanken. Vid årsskiftet 2015 fanns 802 analyser i kunskapsbanken vilket är en ökning med 366 analyser jämfört med föregående årsskifte. Elva landsting och regioner har registrerat analyser i kunskapsbanken och under 2015 registrerades flest av Västra Götaland, 136 analyser. Vid årsskiftet fanns 485 analyser av lex Maria-ärenden i kunskapsbanken, varav 46 analyser registrerats 2015. Det är en kraftig minskning från 2014 då det registrerades 145 stycken och från 2013 då det registrerades 139 stycken. En trolig orsak till denna minskning av registrerade lex Maria- ärendena kan vara att en större del av ärendena ännu inte har överförts till kunskapsbanken, enligt Nitha-förvaltningen.

### *Kirurgiska specialiteter dominerar*

Av de specialistområden som har varit involverade i händelseanalyserna dominerar kirurgiska specialiteter med 326 stycken, vilket har varit bilden även tidigare år. Psykiatriska specialiteter förekommer dock i högre omfattning jämfört med föregående år och speglar att psykiatrin inom några landsting och regioner har börjat använda Nitha mer aktivt. Tabell 3 visar antalet specialistområden som varit involverade i händelseanalyser. Flera specialistområden kan vara involverade i en och samma händelseanalys, vilket förklarar det högre sammanlagda antalet analyser i tabell 3 än vad som anges i föregående stycke.

**Tabell 3. Antalet specialistområden involverade i händelseanalyser**

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank till och med 2015-12-31.

| Specialistområde                            | Antal        |
|---|--------------|
| Kirurgiska specialiteter                    | 326          |
| Invärtesmedicinska specialiteter            | 184          |
| Enskilda basspecialiteter                   | 123          |
| Psykiatriska specialiteter                  | 80           |
| Barnmedicinska specialiteter                | 64           |
| Inget involverat specialistområde           | 59           |
| Bild- och funktionsmedicinska specialiteter | 45           |
| Prehospital vård och omsorg                 | 43           |
| Laboratoriemedicinska specialiteter         | 36           |
| Neurospecialiteter                          | 30           |
| Odontologiska specialistområden             | 13           |
| <b>Totalt</b>                               | <b>1 003</b> |

Källa: Inera/Förvaltningsledningen Nitha.

### *Förändring av rutin är den vanligaste åtgärden*

I de avslutade händelseanalyser som har förts över till kunskapsbanken var behandling den vanligaste involverade arbetsprocessen, 265 stycken, följt av

diagnostik, 186 stycken, och omvårdnad, 89 stycken. Denna fördelning är samstämmig med tidigare år.

Knappt en tredjedel 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 en fjärdedel, är kommunikation och information där brister i kommunikation och information mellan enheter och inom enheten är vanligast. Denna bild sågs även i förra årets sammanställning. Totalt 2 045 bakomliggande orsaker är angivna för de 802 analyserna i kunskapsbanken.

De två i särklass vanligaste åtgärderna i händelseanalyserna är förändring av rutin och utbildning (se tabell 4) vilket det varit tidigare också. De sex mest förekommande åtgärderna är desamma som i föregående års sammanställning.

#### Tabell 4. Typer av åtgärder i avslutade händelseanalyser

Avser händelseanalyser i Nitha kunskapsbank till och med 2015-12-31.

| Typ av beslutade åtgärder  | Antal*       |
|--|--------------|
| Förändring av rutin  | 438          |
| Utbildning   | 389          |
| Standardisering av utrustning/produkter, processer och rutiner               | 187          |
| Förändring av process  | 175          |
| Strukturering av kommunikation till exempel SBAR, motläsning                 | 165          |
| Ökad bemanning eller förändrad kompetens                                     | 131          |
| Minnesstöd till exempel checklistor och lathundar                            | 99           |
| Ny eller utveckling av it-utrustning   | 59           |
| Omorganisation   | 58           |
| Praktisk övning  | 50           |
| Tekniska barriärer som förhindrar felanvändning                              | 49           |
| Dubbelkontroller   | 49           |
| Ny eller modifierad utrustning   | 45           |
| Förenkling av processen och reduktion av antalet processteg                  | 37           |
| Minskning/eliminering av störningsmoment                                     | 35           |
| Visuella eller andra varningssignaler  | 29           |
| Ändringar i enhetens fysiska utformning                                      | 27           |
| Reservsystem/reservrutiner   | 15           |
| Minskning/eliminering av produkter/preparat med liknande namn eller utseende | 3            |
| <b>Totalt</b>  | <b>2 040</b> |

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

Källa: Inera/Förvaltningsledningen Nitha.

## Diskussion

Patienternas erfarenheter bidrar till den samlade kunskapen om hur patient-säkerhetsarbetet kan utvecklas. Det kommer årligen in mellan 50 000–60 000 synpunkter eller anmälningar till patientnämnderna, IVO och Löf och utöver dessa finns synpunkter och klagomål som lämnas direkt till vårdgivarna. Det är viktigt att dessa tas tillvara och analyseras och att kunskapen når fler än enbart den verksamhet som anmälan gäller. Ett bra exempel på hur anmäl-

ningar kan leda till förbättrad patientsäkerhet är de riktade utvecklingsprojekten med Lof skadestatistik som underlag.

Ökningen av antalet anmälningar till Lof och synpunkter och klagomål kan tolkas som att patienterna har en ökad medvetenhet om möjligheterna att rapportera skador och klagomål snarare än att antalet skador har ökat. Den gradvisa minskningen av andelen anmälningar som medfört ersättning från Lof kan tyda på detta.

Antalet anmälningar till Lof belyser patienters och deras närståendes syn på omfattningen av vårdskador. Det finns ett gap mellan vad patienter och närstående uppfattar är en vårdskada och vad vårdprofessionen uppfattar som vårdskada. Ett sätt att identifiera gapet i uppfattning om vad som inträffat under given vård är att via kvalitetsregister inhämta både patienternas och vårdprofessionens uppfattning om inträffade komplikationer och analysera utfallet.

Det är av stort potentiellt värde att de genomförda händelseanalyserna registreras i Nitha kunskapsbank för att bidra till det gemensamma lärandet och att vårdgivare använder kunskapsbanken i sitt patientsäkerhetsarbete. Tyvärr är det bara hälften av landstingen och regionerna som överfört analyser till kunskapsbanken. Hur många som tar del av analyserna i kunskapsbanken är okänt. Aggregerade analyser av dessa data kan ge mer kunskap om och förståelse för både de bakomliggande orsakerna till allvarliga vårdskador och effekterna av åtgärderna.

De vanligaste åtgärderna i kunskapsbankens händelseanalyser är förändring av rutin och utbildning. Samtal och diskussioner i olika former och personalgrupper samt förändring av rutin är relativt vanligt förekommande åtgärder enligt IVO:s tillsynsrapport *Gör lex Maria vården säkrare?* Dessa åtgärder är exempel på begränsat effektiva åtgärder medan exempelvis massivt engagemang och fokus på patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida anses vara mycket effektivt [20]. För att kunna åstadkomma genomgripande förändringar i verksamheten behövs en utveckling mot mer effektiva åtgärder och att genomförandet av åtgärder genomsyras av medarbetarnas delaktighet.

Antalet lex Maria-anmälningar anger inte omfattningen av allvarliga vårdskador som inträffar utan återspeglar snarare vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete och anmälningsbenägenhet. Förmodligen behöver patientsäkerhetskulturen på olika nivåer i organisationen utvecklas. Detta för att skapa ett förhållningssätt där synpunkter och klagomål från patienter och närstående tas tillvara och används i det faktiska förbättringsarbetet. Men också för att anmäla fler vårdskador till IVO och att dessa anmälningar resulterar i ett lärande som förebygger vårdskador.

# Patientens delaktighet

## Resultat i korthet

- I stort sett alla kommuner uppger att de involverar patienterna i vårdplanering. Patienter involveras också i andra förebyggande aktiviteter men i lägre grad, enligt enkätsvaren.
- Enligt svaren i Nationell Patientenkät upplever drygt sex av tio patienter i primärvården att de får tillräcklig information om varningssignaler att vara uppmärksam på gällande sjukdom/hälsotillstånd eller medicinering/behandling. En högre andel patienter tycker att läkaren förklarar behandlingen respektive medicineringen på ett förståeligt sätt. Enkäten hade 41 procent svarsfrekvens.

## Inledning

En god vård ska bland annat vara patientfokuserad, jämlik och säker samt genomföras i samråd med patienten och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan lättare medverka till att uppnå målen med vård och behandling och förebygga säkerhetsrisker. För att få delaktiga patienter måste vårdgivare, chefer och hälso- och sjukvårdspersonal tillämpa den lagstiftning som reglerar patientens ställning. Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete ska omfatta bemötande, information, delaktighet och ange hur verksamheten tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården eftersom deras synpunkter ger ett värdefullt underlag till vårdens systematiska utvecklings- och förbättringsarbete.

## Patienters och närståendes medverkan i kommunernas patientsäkerhetsarbete

I kommunenkäten ställdes frågor om aktiviteter som involverar patienterna och de närstående i patientsäkerhetsarbetet. Frågan besvarades med svarsalternativen ja, delvis eller nej för följande aktiviteter: fallprevention, läkemedelsgenomgång, riskbedömning, trycksårsprevention och samordnad vårdplanering. Det gick också att ange annan aktivitet. I enkäten gavs ingen beskrivning eller definition av svarsalternativen.

När det gällde patienters medverkan så svarade majoriteten av kommunerna att patienter involveras, eller involveras delvis, i alla de specificerade aktiviteterna (92–100 procent). Av dessa svar kan dock inte uttolkas i vilken utsträckning, det vill säga för hur stor andel av patienterna, detta görs. Det framgår av kommentarerna, oavsett om de svarat ja eller delvis, att huruvida en enskild patient involveras beror på patientens vilja, hälsostatus och

kognitiva förmåga. I princip alla kommuner svarade att patienterna involveras vid vårdplanering (84 procent svarade ja, 16 procent svarade delvis). Merparten uppgav även att patienter involveras helt eller delvis när det gäller fallprevention (62 procent ja, 35 procent delvis), läkemedelsgenomgång (58 procent ja, 38 procent delvis), trycksårsprevention (47 procent ja, 48 procent delvis) samt vid riskbedömningar (48 procent ja, 44 procent delvis). Andra aktiviteter där patienter involveras var bland annat egenvård, nutrition och klagomål och synpunkter. Ingen kommun svarade att patientmedverkan inte skedde.

När det gällde de närståendes medverkan, så uppgav de flesta kommunerna att de involverar, eller delvis involverar, närstående i patientsäkerhetsarbetet i de specificerade aktiviteterna. Det är en större andel som svarar delvis på frågorna för närstående jämfört med frågorna för patienterna. Det framgår av kommentarerna, oberoende av om kommunerna svarade ja eller delvis, att en förutsättning är att patienten har gett sitt samtycke. Nästan alla kommuner uppgav att de involverar de närstående vid vårdplanering (58 procent ja, 42 procent delvis). De flesta kommuner uppgav också att närstående involveras när det gäller fallprevention (29 procent ja, 67 procent delvis) och läkemedelsgenomgång (23 procent ja, 66 procent delvis). Drygt 80 procent av kommunerna uppgav även att de närstående medverkar i samband med riskbedömningar (15 procent ja, 67 procent delvis) och trycksårsprevention (17 procent ja, 65 procent delvis).

## Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät är samlingsnamn för uppföljning av patientupplevelser inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Alla landsting och regioner deltar i arbetet som samordnas av SKL. Syftet är att ge insikter som kan användas för att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv.

Enkätfrågorna är förändrade från och med 2015. Fokus har flyttats från patienttillfredsställelse till patientupplevelse. Den främsta orsaken till det är att tillfredsställelse är kopplat till patientens inledande förväntning, vilket kan vara en felkälla vid tolkning av resultat. Enkäten baseras på sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, involvering och delaktighet, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet. Den nya enkätutformningen medför att det inte är möjligt att jämföra utfall från 2015 med utfall från Nationell Patientenkät 2009–2014.

### Nationell Patientenkät till primärvårdspatienter

Under hösten 2015 genomfördes enkäten inom primärvården. Alla landsting och regioner var representerade i mätningen och drygt en kvarts miljon enkäter skickades ut till ett urval av patienter som hade besökt primärvården under september 2015. Enkäten kunde besvaras via post eller digitalt via webb. Den digitala enkäten kunde, utöver svenska, besvaras på ytterligare sju språk.

Enkäten hade 41 procents svarsfrekvens vilket innebär att resultatet baseras på synpunkter från drygt 100 000 patienter som har besökt primärvården. Det finns betydande skillnader i svarsfrekvens när bortfallet redovisas på



ålder. Bortfallet var 84 procent hos personer födda på 90-talet jämfört med 34 procent hos personer födda på 40-talet. Ett fullständigt resultat och en bortfallsanalys för enkätundersökningen finns tillgängligt på Nationell Patientenkäts webbplats<sup>12</sup>.

## Utvalda patientsäkerhetsfrågor

Socialstyrelsen har gjort ett urval av enkätfrågor som bedöms spegla patientsäkerhet. Frågorna (19–22) återfinns i enkätdimensionen Information och kunskap. Frågorna omfattar information om medicinering och eventuella biverkningar, information om behandling, varningssignaler att vara uppmärksam på beträffande sjukdom alternativt hälsotillstånd eller medicinering alternativt behandling samt om läkaren förklarade medicineringen alternativt behandlingen på ett sätt som patienten förstod. I enkäten används en femgradig skala, en så kallad likertskala<sup>13</sup>, som löper från ”Nej inte alls” som motsvaras av siffran 1, till ”Ja helt och hållet” som motsvaras av siffran 5. Svartalternativ 4 och 5 tolkas som positiva svar, och resultatet redovisas som andel positiva svar.

## Resultat

Av de utvalda frågorna fick frågan om läkaren förklarade medicineringen alternativt behandlingen på ett sätt som patienten förstod högst andel positiva svar, medan utfallet för frågan om varningssignaler att vara uppmärksam på fick lägst, se tabell 5.

**Tabell 5. Utvalda frågor i Nationell Patientenkät till primärvård 2015**

Andel positiva svar, svartalternativ 4 och 5, presenterat i procent.

| Fråga  | Andel positiva svar | Variation mellan landsting |
|--|---------------------|----------------------------|
| Fick du tillräcklig information om:<br>medicinering och eventuella biverkningar?<br>behandlingen?                            | 72                  | 67–78                      |
| varningssignaler att vara uppmärksam på<br>beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller<br>din medicinering/behandling? | 65                  | 60–72                      |
| Förklarade läkaren medicineringen/<br>behandlingen på ett sätt som du förstod  | 85                  | 82–89                      |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

## Diskussion

Patienter och närstående ges möjlighet att vara delaktiga i någon omfattning i alla kommuner men oavsett om kommunerna svarade ”ja” eller ”delvis” så framgår det av kommentarerna att man har tolkat svartalternativen förhållandevis olika och svaren avspeglar inte i vilken utsträckning som patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet. Vad som ingår i delaktighet och medverkan bör därför undersökas vidare.

<sup>12</sup> <https://patientenkät.se/sv>.

<sup>13</sup> En likertskala mäter attityder och beteenden med hjälp av svartalternativ som sträcker sig från den ena ytterligheten till den andra.

Att informera och motivera patienten är viktiga uppgifter inte bara för den behandlande läkaren utan för all vårdpersonal som möter patienten. Några slutsatser av hur väl primärvården lyckats med detta går dock inte att göra på grund av den låga svarsfrekvensen. Svarsfrekvensen för Nationell Patientenkät till primärvården har sjunkit från 60 procent 2009 till 41 procent 2015. Den låga svarsfrekvensen är ett problem, och då särskilt när det gäller yngre (födda på 90-talet) där enkäten endast hade 16 procents svarsfrekvens. Detta medför risk att yngre blir systematiskt underrepresenterade och att enkäten inte speglar yngres upplevelser av vården. För att bryta den nedåtgående trenden i svarsfrekvens behöver det utvecklas sätt att motivera patienterna att besvara enkäten men också att utveckla andra metoder för att fånga patienternas upplevelser och förbättringsförslag för att kunna utveckla och förbättra vården ur ett patientperspektiv.

# Kompetens

## Resultat i korthet

Kommunernas utbildning inom patientsäkerhetsområdet varierar mycket när det gäller struktur och systematik. Det finns ett stort behov av utbildning inom flera områden och störst är behovet inom patientdelaktighet och patientsäkerhetskultur.

## Inledning

Vården ska kännetecknas av en god patientsäkerhetskultur med ett aktivt riskförebyggande arbete. För detta behövs bland annat grundläggande kunskaper i patientsäkerhetsarbete. Utbildning inom delar av patientsäkerhetsområdet finns i kommunerna men det saknas en samlad bild av innehåll och omfattning. Dessutom är det oklart om det finns behov av kunskapsstödjande insatser, och i så fall vilka.

Socialstyrelsen har därför undersökt förekomst och behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet bland kommunerna. Redovisningen är från kommunenkäten, som vi beskrev i rapportens inledning. Det ställdes sammanlagt fyra frågor om förekomst och behov av utbildning inom nio områden. Dessa nio områden är desamma som landstingen och regionerna tillfrågades om 2014 och som redovisas i *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015*.

## Patientsäkerhetsutbildning i kommunerna

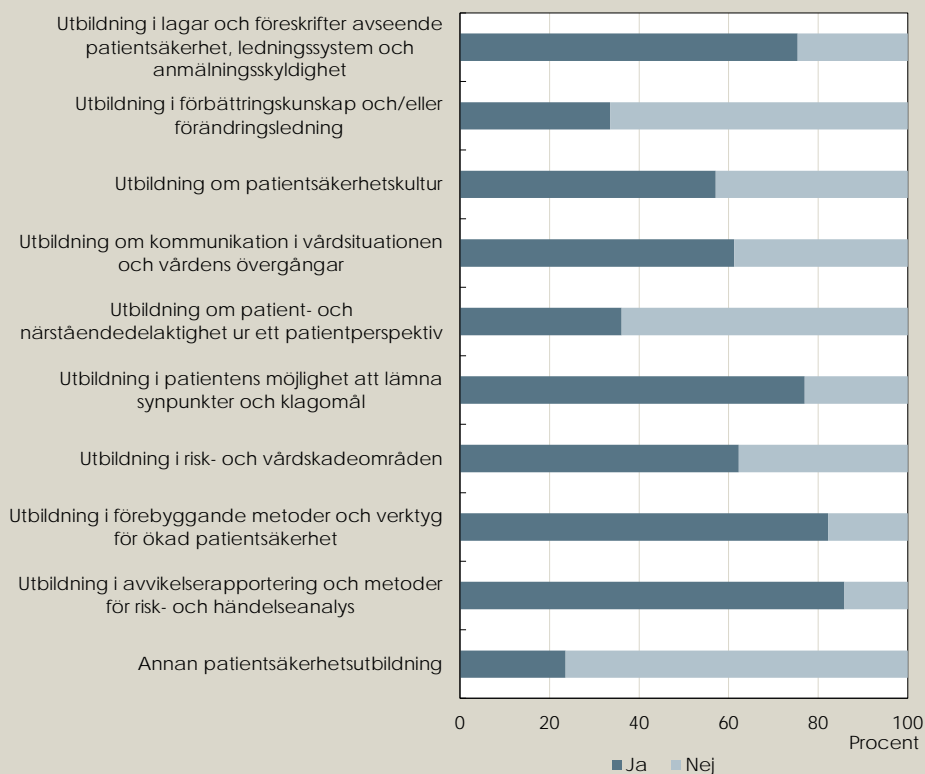
Undersökningen visade att det fanns utbildning inom patientsäkerhetsområdet i 191 kommuner, vilket motsvarar 74 procent av respondenterna. I 53 kommuner (21 procent) fanns det ingen utbildning och 13 kommuner (5 procent) kunde inte svara på frågan. Av kommentarerna, både från de som svarat ja och från de som svarat nej, framkom stor variation i vad som uppfattades vara utbildning samt stor variation i systematik och struktur. Exempel på utbildning var information vid introduktion om till exempel avvikelserapportering och hygienföreskrifter och där flera gav exempel på att chefsintroduktionen omfattar lagar och föreskrifter. Andra exempel var information om nyheter på arbetsplatsträffar, information i samband med att det inträffat en händelse, temadag och handledning i det dagliga arbetet. Det som framför allt nämndes var utbildning i samband med delegering och information om avvikelserapportering.

Utbildning i avvikelshantering var vanligast, följt av utbildning i förebyggande metoder och verktyg för ökad patientsäkerhet till exempel riskbedömningsinstrument. Minst förekommande var förbättringskunskap och förändringsledning samt patient- och närståendedelaktighet ur ett patientper-

spektiv (se figur 9). Det var stor variation i uppfattningarna om vad de olika områdena omfattade. Figur 9 avser de 74 procent av respondenterna som har svarat att personalen har möjlighet att delta i utbildning inom patientsäkerhetsområdet.

**Figur 9. Utbildning inom patientsäkerhetsområdet i kommuner 2015**

Avser vilka utbildningar personalen har möjlighet att delta i.



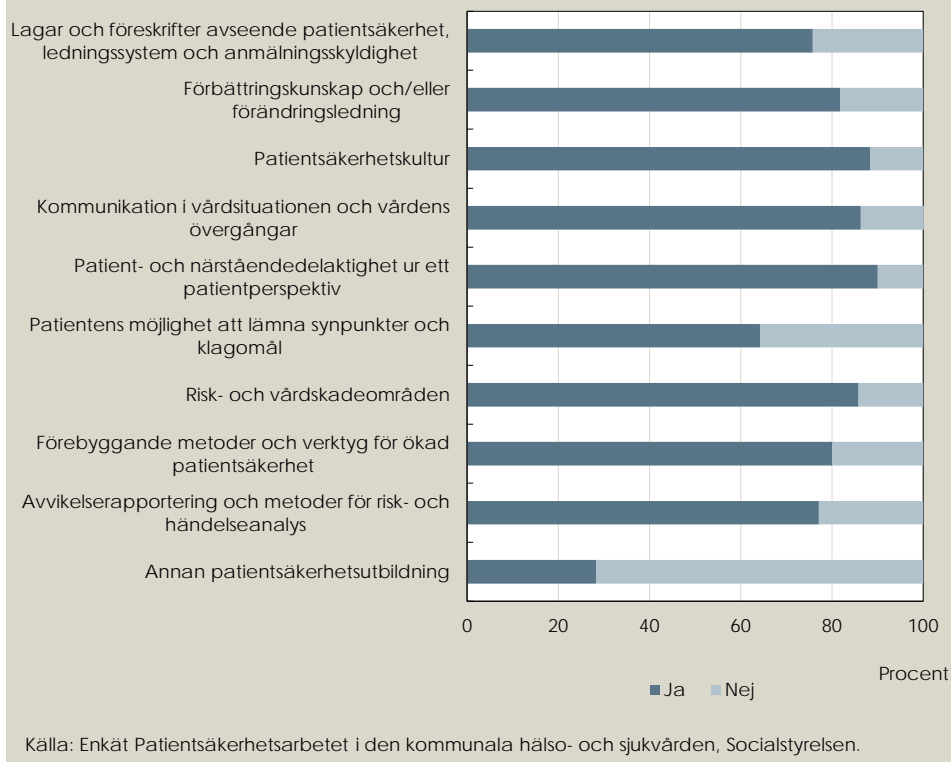
Källa: Enkät Patientsäkerhetsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen.

Det var olika utbud av utbildning beroende på yrkeskategori. Chefer och legitimerad personal föreföll ha större möjligheter till utbildning eller återkommande information inom patientsäkerhetsområdet än annan personal. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) angavs ofta vara den som utbildade eller informerade om patientsäkerhet.

### Behov av utbildning i patientsäkerhet

Det var 240 kommuner (93 procent av respondenterna) som hade ytterligare behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet. Det var stora behov inom alla områden men störst inom patientdelaktighet och patientsäkerhetskultur, se figur 10. Exempelen som gavs när det gäller *annan* utbildning var i huvudsak områden som omfattades av de fasta alternativ som fanns angivna i enkäten. Figur 10 visar vilka patientsäkerhetsområden det fanns behov av utbildning i och avser de 93 procent av respondenterna som svarade att de hade behov av utbildning.

**Figur 10. Behovet av utbildning inom patientsäkerhetsområdet i kommuner 2015**



Av kommentarerna framkom att de behov som avser innehåll, omfattning och struktur varierade mycket. Några nämnde till exempel att det mest gällde att få uppdateringar eller påminnelser medan andra hade behov av webb-utbildningar. Behoven var olika beroende på yrkeskategori vilket innebär att alla områden, som besvarades med ja, inte berörde behov för alla kategorier.

## Diskussion

Någon form av utbildningsinsats inom patientsäkerhetsområdet förekommer i en majoritet av kommunerna men det är också tydligt att det finns ett stort behov av utbildning, enligt enkätsvaren. Undersökningen ger inte svar på utbildningarnas exakta innehåll, omfattning eller kvalitet men det framstår tydligt att systematiken och strukturen varierar stort både inom och mellan kommunerna. Vidare är det tydligt att utbildning inte är ett entydigt begrepp, likaså uppfattningen om vad de olika patientsäkerhetsområdena innefattar. Det indikerar att det finns ett behov av att förtydliga olika begrepp. Den bild som framträder av undersökningen avseende variation i struktur och systematik samt ett behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet är samstämmig med bilden i Socialstyrelsens tidigare undersökning av landstingens utbildningar inom patientsäkerhetsområdet [21]. Även om behovet varierar beroende på yrkeskategori, så är utbildning inom patientsäkerhet i grunden likadan för alla medarbetare i hälso- och sjukvården. Det måste både finnas möjligheter till utbildning vid introduktion och återkommande repetition och fortbildning. Vårdgivarna har olika förutsättningar för att skapa, förvalta och utveckla utbildningar. Ett nationellt webbaserat kunskapsstöd, som nämns i

kapitlet Styrning och ledning tidigare i rapporten, skulle öka medarbetarnas möjligheter att få en utbildning eftersom en sådan kan genomföras individuellt vid ett lämpligt tillfälle och dessutom kan repeteras vid behov.

# Risk- och vårdskadeområden

## Resultat i korthet

- Markörbaserad journalgranskning inom somatisk slutenvård för vuxna visar att andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat mellan 2013 och 2014.
- De största risk- och vårdskadeområdena för patienterna i kommunal vård är fall och läkemedel (användning och hantering).
- I punktprevalensmätningarna ligger vårdrelaterade infektioner runt 9 procent, med en spridning mellan landstingen och regionerna på 6–15 procent.
- I genomsnitt följer 76 procent av personalen i landsting och regioner basala hygienrutiner och klädregler, med en spridning mellan landstingen och regionerna på 64–87 procent.
- Personalen i kommunerna har i genomsnitt en följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler på 53 procent. Det var endast 47 kommuner som deltog i mätningen.
- Antibiotikaförsäljningen i öppen vård fortsätter att minska.
- Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre minskar i riket men det finns stora resultatmässiga skillnader gällande boendeform och skillnader i användning mellan kommunerna.
- Av de personer inom kommunal vård och omsorg som bedömts ha risk för undernäring eller risk för att falla ligger andelen planerade förebyggande åtgärder för riket på cirka 50 procent.
- Det är cirka 14 procent av patienterna i landsting och regioner som drabbas av trycksår. Cirka 8 procent av personerna i kommunal vård och omsorg drabbas av trycksår.
- Det är en liten ökning av överbeläggningar, från 2,7 till 3,1 per 100 disponibla vårdplatser. De flesta landsting och regioner väljer att överbelägga framför att utlokalisera patienter när de disponibla vårdplatserna inte räcker till.

## 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 vårdskada<sup>14</sup>. Dock rapporterar personalen mycket få skador i jämförelse med vad som kan upptäckas med strukturerad journalgranskning [22,23].

Genom upprepad mätning går det att följa effekten av insatta förbättringsåtgärder. Upprepade mätningar kan till exempel göras med markörbaserad journalgranskning och så kallade punktprevalensmätningar (PPM). En PPM ger en ögonblicksbild och enstaka mätningar ska tolkas med försiktighet. Vid jämförelser mellan landsting, regioner 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 markörbaserad journalgranskning, resultaten från olika PPM samt annan indikatorbaserad uppföljning. Det ges även en beskrivning av aktiviteter som syftar till att förebygga vårdskada och beskrivning av områden med risk för uppkomst av vårdskada där det i dagsläget saknas nationella indikatorer.

## Förekomst av skador och vårdskador

### Inledning

Under 2015 har 62 akutsjukhus genomfört markörbaserad journalgranskning för att identifiera skador och vårdskador vid vårdtillfällena i den somatiska slutenvården för vuxna. Metoden innebär att journaldokumentationen från ett slumpmässigt urval av avslutade vårdtillfällena granskas på ett strukturerat sätt [24].

Nedan redovisas delar av resultatet från journalgranskningarna under åren 2013 och 2014. Sammanlagt har journaler från 38 555 vårdtillfällen<sup>15</sup> vid 63 sjukhus (34 länsdelssjukhus, 22 länssjukhus och 7 universitetssjukhus) granskats. Metoden för journalgranskning och resultatet av tidigare journalgranskningar beskrivs på SKL:s webbplats (Sveriges Kommuner och Landsting)<sup>16</sup>.

### Andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat

Första halvåret 2013 beräknades att 15 procent av vårdtillfällena medförde en skada jämfört med 11,9 procent andra halvåret 2014. Det var en stor spridning i förekomsten av vårdtillfällen med skador vid de 63 sjukhusen, 4–31 procent av vårdtillfällena 2013 och 1–29 procent av vårdtillfällena 2014. Sammanlagt bedömdes 62,2 procent av skadorna som vårdskador år 2013 respektive 61,2 procent år 2014.

Andelen vårdtillfällen med vårdskador har minskat mellan 2013 och 2014. Första halvåret 2013 var andelen vårdtillfällen med vårdskador 9,9 procent och andra halvåret 2014 var det 7,3 procent, minskningen är statistiskt säkerställd (se tabell 6). Enligt SKL motsvarar denna minskning att uppskattningsvis 15 000–20 000 färre patienter årligen slipper drabbas av en vårdskada.

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

15 År 2013 granskades 19 927 vårdtillfällen och år 2014 granskades 18 628 vårdtillfällen.

16 <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markobaseradjournalgranskning.4633.html>.



**Tabell 6. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador 2013 och 2014**

|                      | Vårdtillfällen med skador (%) | Vårdtillfällen med vårdskador (%) |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Jan-juni 2013        | 15,0                          | 9,9                               |
| Juli-dec 2013        | 13,9                          | 9,2                               |
| Jan-juni 2014        | 13,1                          | 8,4                               |
| Juli-dec 2014        | 11,9                          | 7,3                               |
| <b>Hela perioden</b> | <b>13,6</b>                   | <b>8,8</b>                        |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det fanns ingen säsongvariation och andelen vårdtillfällen med skada under semesterperioden juni–augusti skilde sig inte från övriga månader [25].

### Skadornas allvarlighetsgrad

Både 2013 och 2014 var omkring hälften av skadorna lindriga och övergående. Allvarliga skador, det vill säga skador som bidrog till eller orsakade permanent skada, krävde livsuppehållande åtgärder eller bidrog till att patienten avled var något lägre år 2014 (se tabell 7). Skillnaderna mellan åren är inte signifikanta.

**Tabell 7. Skadornas fördelning i allvarlighetsgrad 2013 och 2014**

| Allvarlighetsgrader  | 2013 (%)   | 2014 (%)   |
|--|------------|------------|
| Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd | 51,5       | 49,2       |
| Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde vård   | 42,9       | 46,6       |
| Bidrog till eller orsakade permanent skada                       | 2,8        | 1,9        |
| Krävde livsuppehållande åtgärder                                 | 0,6        | 0,6        |
| Bidrog till patientens död                                       | 2,1        | 1,7        |
| <b>Totalt</b>  | <b>100</b> | <b>100</b> |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

### Skador och vårdskador är vanligare hos män

Könsfördelningen av båda årens granskade vårdtillfällen var 54 procent kvinnor och 46 procent män. Genomsnittsåldern för kvinnor var 66 år och för män 68 år. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador steg med ökande ålder.

Skador och vårdskador var vanligare hos män. Andelen vårdtillfällen med skador (skador och vårdskador) var 13 procent för männen och 11,9 procent för kvinnorna. Andelen vårdskador var 8,5 procent för männen och 7,7 procent för kvinnorna. Tidigare mindre omfattande studier har inte visat någon könsskillnad.

### Vårdrelaterade infektioner är vanliga

Vårdrelaterade infektioner (VRI) var den vanligaste skadetyper följt av kirurgiska respektive läkemedelsrelaterade skador. De vanligaste lindriga

skadorna var blåsoverfyllnad, urinvägsinfektion och trycksår medan de vanligaste typerna av skador som bidrog till dödsfall var sepsis, svikt i vitala parametrar samt pneumoni.

Andelen vårdtillfällen med VRI, var signifikant lägre 2014 jämfört med 2013. Andra skadetyper som hade minskat signifikant var blåsoverfyllnad<sup>17</sup>, svikt i vitala parametrar, neurologiska skador och övriga typer av skador (se tabell 8).

**Tabell 8. Andelen vårdtillfällen med olika typer av skador 2013 och 2014**

| Skadetyper                   | 2013 (%) | 2014 (%) | p-värde <sup>18</sup> |
|------------------------------|----------|----------|-----------------------|
| Vårdrelaterade infektioner   | 5,7      | 5,2      | 0,013                 |
| Annat/övriga typer av skador | 3,1      | 2,8      | 0,036                 |
| Kirurgiska skador            | 2,1      | 2        | 0,641                 |
| Blåsoverfyllnad              | 1,8      | 1,1      | 0,001                 |
| Läkemedelsrelaterad skada    | 1,6      | 1,6      | 0,776                 |
| Trycksår                     | 1,2      | 1,1      | 0,362                 |
| Fallskada                    | 0,8      | 0,9      | 0,353                 |
| Svikt i vitala parametrar    | 0,5      | 0,3      | 0,001                 |
| Neurologisk skada            | 0,1      | 0,1      | 0,019 <sup>19</sup>   |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

De vanligaste typerna av vårdrelaterade infektioner var urinvägsinfektion, postoperativ sårinfektion och övriga. Andelen vårdtillfällen med pneumoni, CVK-relaterad infektion, sepsis och ventilator-associerad pneumoni minskade mellan åren 2013 och 2014 (se tabell 9).

**Tabell 9. Andelen vårdtillfällen med olika typer av vårdrelaterade infektioner 2013 och 2014**

| VRI-skadetyper                 | 2013 (%) | 2014 (%) | p-värde |
|--------------------------------|----------|----------|---------|
| Pneumoni                       | 0,7      | 0,5      | 0,015   |
| Infektion övrig                | 1,5      | 1,1      | <0,001  |
| CVK-relaterad infektion        | 0,2      | 0,1      | 0,029   |
| Postoperativ sårinfektion      | 1,4      | 1,4      | 0,632   |
| Sepsis                         | 0,6      | 0,4      | 0,003   |
| Urinvägsinfektion              | 1,5      | 1,8      | 0,077   |
| Ventilator-associerad pneumoni | 0,2      | 0,1      | 0,022   |

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Knappt 62 procent av alla skador bedömdes vara undvikbara, det vill säga vårdskador. Trycksår och blåsoverfyllnad var två skadetyper där ungefär 9 av 10 skador bedömdes som vårdskador. Bland vårdrelaterade infektioner,

<sup>17</sup> Förklaras delvis av att skadedefinitionen förändrats något mellan år 2013 och 2014.

<sup>18</sup> Chi-två-test ( $\chi^2$ -test) och variansanalys (ANOVA) användes. Ett p-värde mindre än 0,05 ansågs vara en statistiskt säkerställd (signifikant) skillnad.

<sup>19</sup> År 2013 var andelen för neurologisk skada 0,13 och år 2014 var andelen 0,05.

fallskador och kirurgiska skador bedömdes ungefär 6 av 10 skador som vårdskador.

## Skador fördubblar vårdtiden

Medelvårdtiden var längre ju äldre patienterna var, från 4 dagar för den yngsta gruppen, 18–49 år, till 8 dagar för den äldsta gruppen, 85 år eller äldre. Vårdtillfällen med skador medförde dubbelt så lång medelvårdtid som vårdtillfällen utan skador i alla åldersgrupper.

## Utveckling av markörbaserad journalgranskning

Metoden markörbaserad journalgranskning har nyligen vidareutvecklats så att den kan användas inom slutenvård för barn [26] och inom slutenvård psykiatrisk vård [27]. Under 2015 har SKL genomfört utbildningar för gransknings-team inom barnsjukvård och psykiatrisk vård men det finns inte nationella resultatsammanställningar. Under 2015 har ett forsknings- och utvecklingsarbete pågått för att göra metoden användbar inom hemsjukvård. Under våren 2016 kommer granskningsteam att testa metoden och därefter görs en bedömning om metoden är användbar inom hemsjukvård.

## Diskussion

Markörbaserad journalgranskning, i den stora omfattning som genomfördes 2013 och 2014, 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. Under avsnittet Nordiskt samarbete inom patientsäkerhetsområdet jämförs svenska och norska resultat av journalgranskning. Metoden ger även ett viktigt underlag för klinikernas och sjukhusens patientsäkerhetsarbete och möjlighet att följa upp resultat lokalt.

Resultatet för andra halvåret 2014 visar att det är färre vårdtillfällen med vårdskador jämfört med första halvåret 2013 vilket kan tolkas som att patientsäkerhetsarbetet som drivits på av patientsäkerhetsöverenskommelsen<sup>20</sup> har börjat få effekt. I Norge har journalgranskning använts för att följa effekten av en tre-årig nationell patientsäkerhetskampanj. Resultaten visar att antalet skador inom norsk somatisk slutenvård minskat signifikant [28]. Det tar tid att införa nya metoder och arbetssätt. I organisationer som har kunskap om hur man inför förändringar genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år men utan sådan kunskap tar det betydligt längre tid om det överhuvudtaget genomförs [29]. Under 2015 genomfördes cirka 12 000 journalgranskningar, vilket bedöms vara ett tillräckligt stort antal journaler för att kunna följa utvecklingen av skador och vårdskador. SKL rekommenderar att journalgranskning genomförs i samma omfattning även under 2016.

Resultaten av journalgranskningarna 2013 och 2014 pekar på att patientsäkerhetsarbetet är på rätt väg. Det är angeläget att journalgranskning fortsätter att ske i den omfattning som behövs för att kunna följa utvecklingen. Metoden har även anpassats för användning inom somatisk barnsjukhusvård respektive psykiatrisk vård. Det är önskvärt att dessa metoder tas i bruk.

---

<sup>20</sup> Överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet mellan staten och SKL för perioden 2011-2014.

# Risker och vårdskador i kommunal vård

## Inledning

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen<sup>21</sup>. Riskanalyser innebär att arbeta förebyggande och ska genomföras fortlöpande.

För att personalen ska veta vad som är en vårdskada behöver begreppet *vårdskada* vara definierat. Kommunenkäten omfattade därför frågor om huruvida kommunens ledningssystem beskriver vad som är en vårdskada och hur en vårdskada ska rapporteras. Det fanns också frågor om vilka vårdskador som är de mest rapporterade respektive vilka vårdskadeområden som bedöms vara de allvarligaste. Det ställdes också frågor om risker och det förebyggande arbetet.

## Vårdskadeområden

Vad som är en vårdskada och hur en vårdskada ska rapporteras finns beskrivet i 199 kommuners ledningssystem (77 procent). Av kommentarerna framgår att frågan har besvarats med ja även om det enbart är rutin för rapportering av vårdskada men ingen definition av vårdskada. Av nej-svarens kommentarer framkommer att vårdskada är definierat och att det finns rutiner för rapportering men att det inte ingår som en del i ledningssystemet. En stor del av kommunernas svar var att de har rutiner för avvikelserapportering och att rutinerna baseras på att en händelse ska rapporteras. En vårdskada kan oftast inte avgöras vid inträffad händelse utan bedöms vid analysen av händelsen.

På frågan om vad som *bedöms* vara de mest allvarliga vårdskadeområdena anger flest kommuner fallskada, 79 procent, och läkemedelsrelaterad skada, 63 procent. Därefter följer undernäring, fördröjd behandling och trycksår med en ungefärlig andel på 35 procent per skadeområde. Som exempel på *annan* vårdskada än de fasta alternativen i enkäten anges främst skadeområden som ingick i de fasta alternativen till exempel läkemedel, eller orsaksområden för uppkomst av vårdskada till exempel informationsöverföring och dokumentation. Av kommentarerna framkommer att frågan i stor omfattning har besvarats utifrån vad som är mest avvikelserapporterat men åttio kommuner (31 procent) har svarat suicid och då kommenterade många att det är utifrån dess allvarliga konsekvens och inte utifrån att det förekommit eller avvikelserapporterats. Vidare baserades flera svar på det faktum att händelsen drabbade många individer och därför bedömdes som allvarligt område, till exempel fallskada. Kommentarna tyder på att frågan har besvarats utifrån olika perspektiv och att den har varit svår att besvara. Det kan relateras till att det inte förklarades i frågan hur den skulle tolkas.

Fallskada och läkemedelsrelaterad skada var det som var vanligast att *rapportera*, 94 respektive 58 procent, följt av fördröjd behandling och

---

21 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

trycksår men på en betydligt lägre andel. Alternativet *annat* är det fjärde största området men som exempel under *annat* har de svarande oftast angivit orsaks- eller riskområden till exempel informationsöverföring eller samverkan men också enstaka exempel på till exempel medicinsk teknik, rehabilitering, hot och våld. Någon kommenterade att det är en fråga om hur olika händelser eller tillstånd uppfattas av personalen det vill säga om ett trycksår är en vårdskada och därmed ska rapporteras. Frågan har oftast besvarats utifrån vad som har rapporterats som en avvikelse och det innebär inte att det har inträffat en vårdskada.

Det går inte dra några säkra slutsatser avseende bedömningen av vilka som är de allvarligaste vårdskadorna respektive vad som är de mest förekommande vårdskadorna baserat på enkätresultatet. Svaren ger ändå en samstämmig bild av att fall och läkemedel är de största riskområdena för uppkomst av vårdskador. Detta bekräftas av svaren på frågorna om risker, som beskrivs i följande avsnitt.

## Riskanalyser

Cirka 75 procent av kommunerna svarade att de har genomfört riskanalyser de senaste 12 månaderna. Utifrån de exempel och kommentarer som ges i enkätsvaren tycks det framför allt gälla riskbedömningar för enskilda individer. Många anger att de gör riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert en gång per år och inom områdena fall, trycksår, undernäring och munhälsa. En del exemplifierar också olika bedömningsinstrument som används i dessa riskbedömningar. Det är olika exempel på "riskanalys" och utöver individuella riskbedömningar inklusive läkemedelsgenomgång anges riskidentifiering vid teammöten eller andra arbetsplatsmöten samt olika former för egenkontroll, till exempel punktprevalensmätning. Det är tydligt att riskanalys förväxlas med händelseanalys eftersom många refererar till analys vid en inträffad allvarlig händelse. Några anger att de har genomfört riskanalyser utifrån frekvent inträffade liknande händelser. Ungefär en femtedel av kommunerna ger exempel på att det är riskanalyser av händelser som skulle kunna inträffa och påverka patientsäkerheten. Det är till exempel organisationsförändringar, införande av journalsystem eller it-stöd, semesterbemannning, överflyttningar från landstingets vård för patienter med komplexa vårdbehov, införande av medicintekniska produkter och delegeringsförfaranden.

## Riskområden för uppkomst av vårdskada

Enkätens frågor om riskområden och identifiering av risker de senaste 12 månaderna omfattade dels vilka riskområden som har rapporterats mest, dels vilka riskområden som var vanligast utifrån den samlade bilden av medarbetarnas rapportering, riskanalyser och andra metoder.

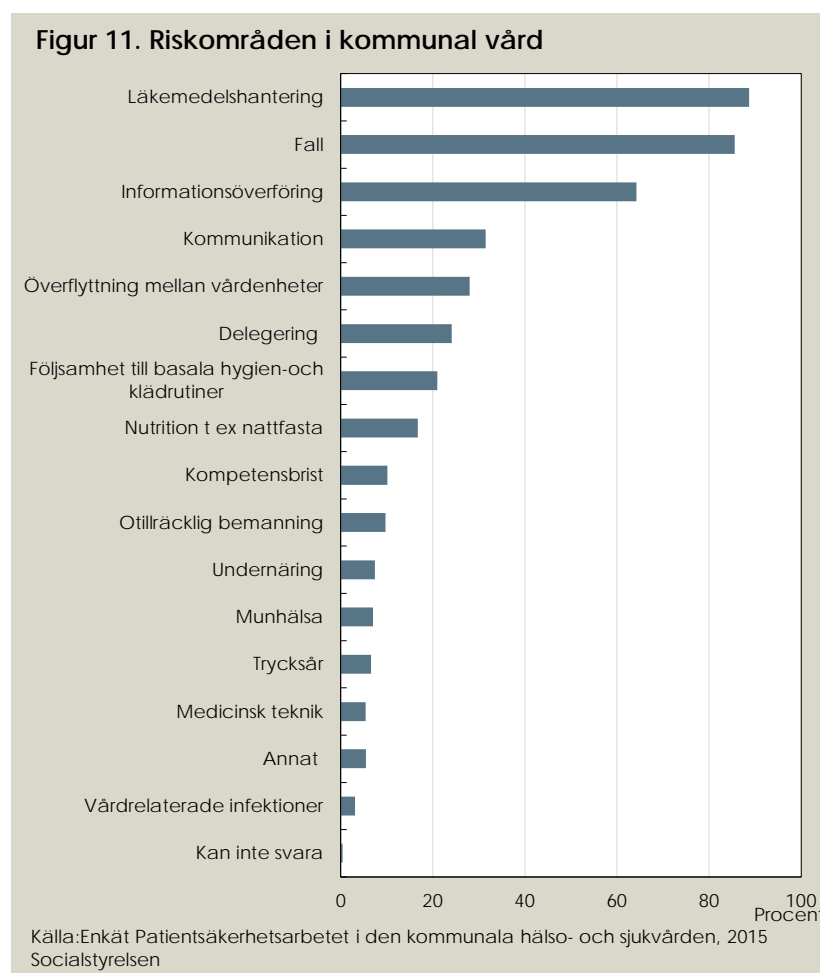
Det riskområde som har *rapporterats* mest är läkemedelshantering, som angetts av 94 procent av kommunerna, följt av fall med 91 procent. Därefter kommer informationsöverföring, kommunikation och överflyttning mellan vårdenheter men på en betydligt lägre andel (63–28 procent).

*Identifierade* riskområden är främst läkemedelshantering och fall, där närmare 90 procent av kommunerna anger det, följt av informationsöverfö-

ring där två tredjedelar anger det som riskområde följt av kommunikation med en knapp tredjedel (se figur 11). Det är liten skillnad utifrån kommunstorlek. Läkemedelshantering och fall är de två vanligaste riskområdena oavsett kommunstorlek men delegering är bland de fem mest förekommande områdena i de två största kommungrupperna.

Många av kommunernas svar på båda frågorna verkar baseras på *bedömning* av riskområden utan att det har rapporterats eller identifierats med riskanalys eftersom en del just har kommenterat att det inte är rapporterat och flera refererar då till patientsäkerhetskulturen och att medvetenheten att rapportera risker behöver öka.

Figur 11 anger andel kommuner som har svarat att respektive riskområde är bland de mest frekventa som har identifierats med riskanalys, avvikelserapporter eller andra metoder den senaste 12-månadersperioden. Högst 5 riskområden kunde anges och kommunerna har angett 1–5 riskområden.



## Samverkan för att förebygga vårdskador

Patienter har ofta kontakt med flera vårdgivare under samma period. I övergångarna mellan vårdgivarna finns risk för brister i exempelvis kommunikationen om vilken part som ansvarar för vad i patientens vård. En strukturerad samverkan mellan olika vårdgivare och inom varje vårdgivares egen

verksamhet skapar goda förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja och kan förebygga att vårdskador inträffar vid dessa övergångar. Samverkan behövs också mellan de vårdande enheterna och specialfunktionerna för exempelvis vårdhygien.

Enkätsvaren visar en mycket hög samstämmighet, drygt 98 procent, i uppfattningen att kommunen behöver samverka med framför allt landstinget/regionen, sjukhusen och primärvården. När det gäller behovet av att samverka med vårdhygieniska funktioner och behovet av samverkan inom kommunens olika vårdenheter var utfallet något lägre, strax under 90 procent. Knappt 70 procent av kommunerna ser ett behov av samverkan med en medicinteknisk enhet och drygt 50 procent ser ett behov av samverkan mellan kommunen och prehospital vård. Det lägre utfallet för behov av samverkan med prehospital vård kan ha samband med att många av de svarande uppfattar en otydlighet om vad det begreppet innefattar. I enkäten finns ett antal kommentarer som pekar på att begreppet behöver förtydligas.

Samverkan innebär bland annat att det finns rutiner som stödjer verksamheten i det dagliga arbetet inom vården hos den egna vårdgivaren och patientens samtliga kontakter med vårdgivare på olika vårdnivåer. Bland de kommuner som har identifierat områden och processer där kommunen behöver samverka finns det skriftliga rutiner för denna samverkan hos omkring 80 procent av kommunerna (det vill säga rutiner för samverkan mellan kommunen, landstinget alternativt regionen, primärvården, sjukhusen och vårdhygieniska funktioner). Mellan 6 och 10 procent svarade att det finns rutiner, men inte skriftliga, och ungefär lika stor andel saknar rutiner för samverkan med dessa funktioner. När det gäller samverkan mellan vårdenheter inom kommunen svarade drygt hälften att de har skriftliga rutiner, nästan en tredjedel att det finns rutiner men inte skriftliga och drygt 15 procent att de saknar rutiner för sådan samverkan. Omkring två tredjedelar har skriftliga rutiner för samverkan med medicintekniska enheter medan drygt 15 procent saknar rutiner för samverkan med sådana funktioner. Resterande andel svarar att de inte känner till om det finns sådan samverkan.

Samverkan mellan kommunen, slutenvården och primärvården ses av respondenterna som ett kritiskt område för patientsäkerheten. Den del som uppfattas som mest kritisk rör samverkan i vårdens övergångar. Kommunikation och informationsöverföring, både mellan vårdgivare och inom den egna organisationen, är områden som har koppling till vårdens övergångar och ses som kritiska. Där anges särskilt läkemedel, där läkemedelshandling vid vårdens övergångar, förskrivning, och uppföljning ingår. Många betonar vikten av samordnad vårdplanering och några framhåller hemsjukvård som mest kritisk för patientsäkerheten.

## Diskussion

Att förebygga vårdskador förutsätter bland annat att det finns rutiner som stödjer verksamheten i det dagliga arbetet och det är en styrnings- och ledningsfråga att säkerställa att lämpliga rutiner finns, är kända, tillämpas och följs upp.

Även om det inte går att dra några säkra slutsatser av enkätresultatet framträder ändå en bild av att fall och läkemedel är stora riskområden för upp-

komst av vårdskada. Det behövs ytterligare analyser för att avgöra om dessa även är de vanligaste vårdskadeområdena. Exempelvis anges undernäring som ett allvarligt vårdskadeområde men är inte bland de fem som rapporteras mest. En fråga är då om detta beror på att det förebyggande arbetet för att förhindra undernäring är effektivt eller att det inte uppfattas av medarbetarna som något som ska rapporteras.

Enkätresultatet visar på ett riskförebyggande arbete med framför allt individuella riskbedömningar. Det verkar däremot inte vara så vanligt med systematiska riskanalyser till exempel utifrån en samlad bild av inträffade avvikelser på en övergripande nivå. Det behöver inte betyda att det inte görs, bara att det inte framgår av svaren i enkäten. Det förefaller dock vara stor variation i systematik och struktur och det behöver analyseras vidare för att se om och vilka behov av stöd som finns i kommunernas förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Svaren under frågeområdet vårdskador är en blandning av avvikelser, vårdskador, risker och orsaksområden. Detsamma gäller svaren på frågan om identifierade risker där riskanalys respektive riskbedömning sammanblandas. Detta kan tolkas dels som att det finns okunskap om vissa begrepp, dels som att det beror på hur frågorna i enkäten har formulerats; till exempel var inte risk- och vårdskadeområdena definierade som begrepp. Det framgår också att det råder viss oklarhet i vad ett ledningssystem är och vad som ska ingå (se avsnittet om styrning och ledning).

## Kommunikation

### Inledning

Bristande kommunikation är ett riskområde för uppkomst av vårdskador. Många patienter har 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. Det gäller exempelvis information om patientens totala läkemedelsbehandling. Hälso- och sjukvårdspersonalen är beroende av tillgång på aktuell information om patienters hälsotillstånd och behandling bland annat för att säkerställa kontinuitet. Nationell Patientöversikt (NPÖ), som förvaltas av Inera AB, gör det möjligt för den behöriga vårdpersonalen att med patientens samtycke ta del av journalinformation som har registrerats hos andra landsting och regioner, kommuner och privata vårdgivare.

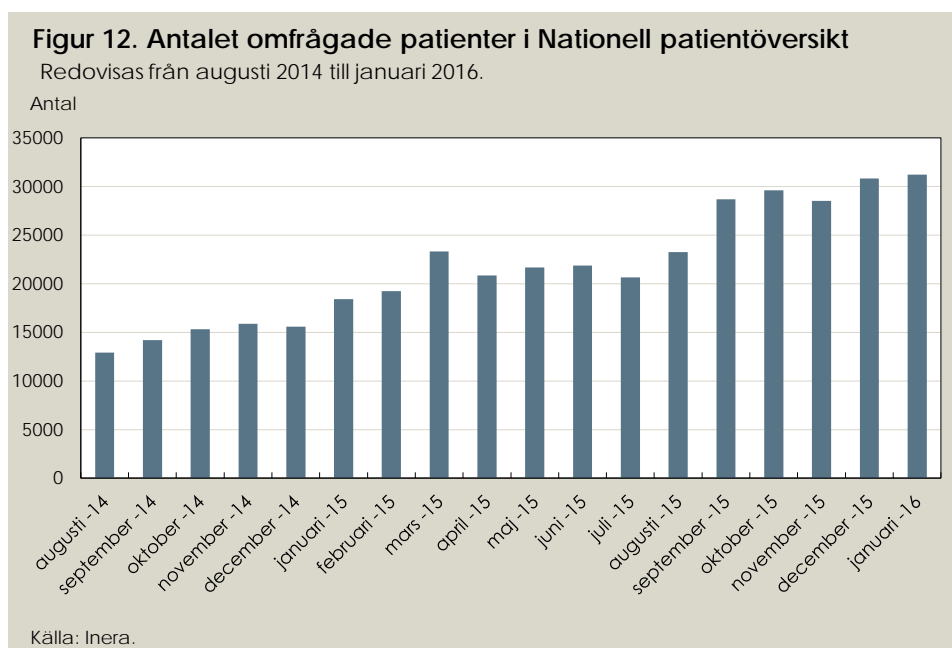
### Ökad användning av NPÖ

NPÖ har ökat förutsättningarna för säker informationsöverföring mellan olika parter i vårdkedjan. Under 2015 har den tekniska utvecklingen inneburit att fler informationsmängder kan göras tillgängliga. Nya NPÖ togs i bruk i december 2015 och exempel på nya informationsmängder som kan produceras är bland annat undersökningsresultat och vaccinationer.

Användningen av NPÖ har ökat. Figur 12 visar det totala antalet omfrågade patienter i landet per månad och antalet har mer än dubblats i en jämförelse mellan augusti 2014 och januari 2016. Antalet unika användare



har ökat stort och är 6 364 i januari 2016, vilket är en ökning med 41 procent jämfört med januari 2015.



Vid årsskiftet 2015 var 242 kommuner anslutna vilket är en ökning med 25 kommuner jämfört med 2014. Nio kommuner producerar information och fem av dessa är kommunerna i Blekinge. Kommuner och privata vårdgivare är främst konsumenter och kommunerna står för cirka 60 procent av alla sökningar. Att landstingen och regionerna inte är så stora konsumenter beror bland annat på att de har andra lösningar för att dela information över sina enhetsgränser och på att andra vårdgivare i låg omfattning är producenter. Västra Götaland är den region som i störst utsträckning använder NPÖ och är i stor omfattning även konsument bland annat för att de inte har möjlighet att dela information över enhetsgränser, som övriga landsting och regioner, eftersom de använder flera olika journalsystem inom regionen.

## Diskussion

En ökning av användare och omfrågade patienter är en positiv utveckling som har förbättrat villkoren för en säker informationsöverföring mellan olika vårdgivare i vårdkedjan. Anslutning och användning av NPÖ, som var ett grundkrav i patientsäkerhetsöverenskommelsen 2011–2014, har sannolikt bidragit stort till den ökade användningen. Om fler vårdgivare ansluter till NPÖ och producerar information blir förmodligen landstingen och regionerna i högre utsträckning även konsumenter i NPÖ, och därmed finns goda förutsättningar för att riskerna för informationsglapp mellan patientens olika vårdgivare minskar.

# Skador inom obstetrik och gynekologi

## Inledning

Genom att identifiera skador som berör det egna verksamhetsområdet skapar man bättre förutsättningar för att resultaten ska kunna nå ut i verksamheten och skapa intresse och motivation för förbättringsarbete. SKL har tidigare, tillsammans med specialistföreningar och Löf, tagit fram rapporter utifrån resultat från markörbaserad journalgranskning, för ortopedisk- respektive kirurgisk vård [30,31] och nu även för obstetrisk och gynekologisk vård [32].

Inom obstetrisk och gynekologisk slutenvård granskades 2 780 vårdtillfällen från 42 sjukhus under 2013 och 2014 med metoden markörbaserad journalgranskning. Någon form av skada uppstod vid 12 procent av vårdtillfällena. Länsdelssjukhusen hade lägre skadefrekvens än länssjukhus och regionsjukhus. Antalet skador per 100 vårdtillfällen var 14,4.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) var den vanligaste skadetyperna följt av skada i samband med förlossning (främst bäckenbottensskador). Av VRI var urinvägsinfektioner och postoperativa sårinfektioner vanligast. Skada i samband med förlossning, blåsoverfyllnad och blödning (inte i samband med operation) var skadetyper som främst yngre kvinnor hade fått. I de äldre åldersgrupperna var det vårdrelaterade infektioner och kirurgiska skador som var vanligast.

Av skadorna bedömdes 44 procent som lindriga och 2 procent hade orsakat en permanent påverkan. Inom obstetrisk och gynekologisk vård bedömdes 48 procent av skadorna som vårdskador, vilket är lägre än inom ortopedi och kirurgi, 73 respektive 63 procent. Gällande blåsoverfyllnad bedömdes det vara undvikbart till 98 procent inom obstetrik och gynekologi och av VRI bedömdes drygt hälften vara undvikbara. En tredjedel av skadorna i samband med förlossning bedömdes som undvikbara. Mer än hälften av skadorna ledde till förlängd vårdtid på sjukhus. Kostnaden för extra vård dagar vid de vårdtillfällen där vårdskada förekom beräknades till cirka 80 miljoner kronor [32].

## Säker förlossningsvård

Skadestatistiken från Löf utgör underlag för patientsäkerhetsinsatsen Säker Förlossningsvård, som genomförs i samverkan mellan Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska neonatalföreningen och Löf. Projektets syfte är att minska förlossningsskador hos barn, i första hand CP-skador orsakade av undvikbar syrebrist i samband med förlossningen. Projektet är inne i sin andra fas, och omfattar riskgraviditeter samt skador på mamman, främst bäckenbottensskador. 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. Ett utbildningsprogram handlar om fosterövervakning med tonvikt på kardiokografi (CTG) eftersom bristande fosterövervakning är en av de vanligaste orsakerna till felbehandling i samband med förlossning. Yrkesorganisationernas gemensamma rekommendation är att varje medarbetare genomgår denna utbildning och

kunskapskontroll. Ytterligare exempel är råd till föräldrar om vården under barnets första levnadsvecka. Insatserna i projektet har resulterat i ett minskat antal vårdskador på barnet i samband med förlossning.

I fas 2 pågår arbete med att utvärdera insatserna från fas 1 och utveckla program för att undvika bäckenbottensskador vid förlossning samt granska och utveckla hur så kallade riskgraviditeter handläggs. Den andra omgången avslutas våren 2016 [32–34], och kommer under år 2016 och 2017 att utvärderas.

### *Egenkontroll med Rutinkollen – Förlossning*

Med Rutinkollen – Förlossning<sup>22</sup> görs uppföljning av 11 områden, som grundas på erfarenheterna från projektet Säker Förlossningsvård. Rutinkollen är ett verktyg, som bygger på en gemensam princip, och som är anpassat för olika situationer<sup>23</sup>. Verksamheten genomför en tvärprofessionell självvärdering av sin följsamhet till bevisat effektiva rutiner och får därefter en bild över hur det ser ut samt en indikation på lämpliga åtgärdsplaner i syfte att förbättra kvalitet och säkerhet. Meningen är att verksamheten använder resultaten för att själva bli bättre, inte för att jämföra sig med olika enheter.

## Vårdrelaterade infektioner

### Inledning

En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som: ”varje infektionstillstånd som drabbar patienter till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård, oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härrör från patienten själv, samt oavsett om infektionstillståndet yppas under eller efter vården” [35]. 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 [34]. Alla VRI är inte vårdskador men studier visar att minst 20 till 30 procent bör kunna förebyggas [36–38].

Förekomst av VRI mäts bland annat genom SKL:s punktprevalensmätningar (PPM) i slutenvården under en dag, en bestämd vecka. Metoden för mätningen beskrivs på SKL:s webbplats<sup>24</sup> och procentsatserna i redovisningen är avrundade.

### Små förändringar i förekomst av vårdrelaterade infektioner

I PPM-VRI 2015<sup>25</sup> hade knappt 10 procent av patienterna i somatiska slutenvården en VRI. Sedan våren 2009 har förekomsten av VRI konstant legat kring 9 procent. Förekomsten av VRI är högst i åldersgruppen 61–79 år, 11 procent. Barn drabbas minst av VRI, 6 procent. Andelen män med VRI är något högre, 11 procent, än andelen kvinnor på 9 procent<sup>26</sup>. Sedan mät-

22 Rutinkollen beskrivs här <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/>.

23 Finns även inom Ledprotesrelaterad infektion och Vårdavdelning.

24 <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbkh.4721.html>.

25 PPM-VRI genomfördes vecka 12–13 2015.

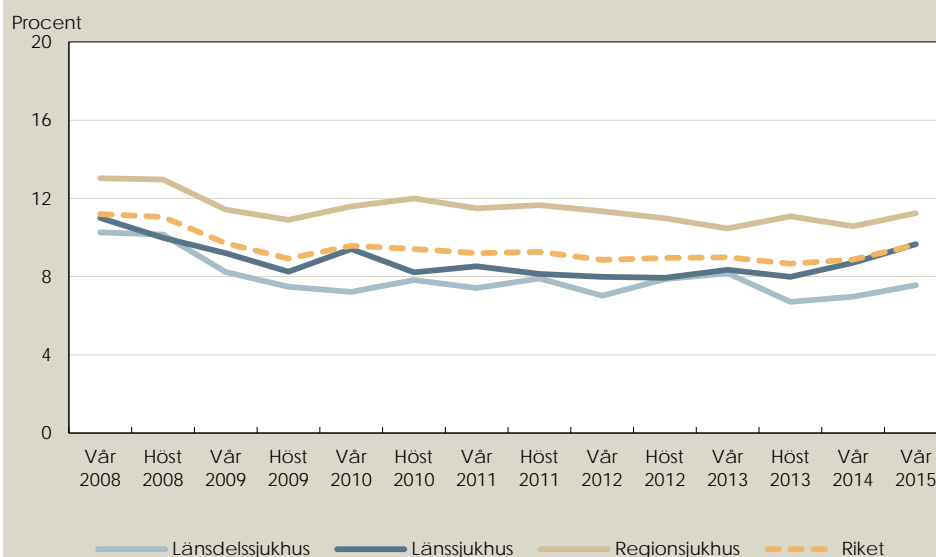
26 Gotland saknas i jämförelsen.

ningarna började 2008 har VRI bland kvinnor minskat från 11 procent till 9 procent. VRI bland män har varit oförändrat under samma tid. Den vanligaste vårdrelaterade infektionen är lunginflammation följt av urinvägsinfektion och hud - och mjukdelsinfektion.

Förekomsten av VRI var även vid mätningen 2015 högst på regionsjukhusen med drygt 11 procent, följt av länssjukhusen med knappt 10 procent och lägst på länsdelssjukhusen där knappt 8 procent av patienterna drabbades av VRI (se figur 13). Utfallet kan bland annat förklaras genom skillnader i patientsammansättningen.

**Figur 13. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård på olika typer av sjukhus**

Punktprevalensmätning 2008–2015.



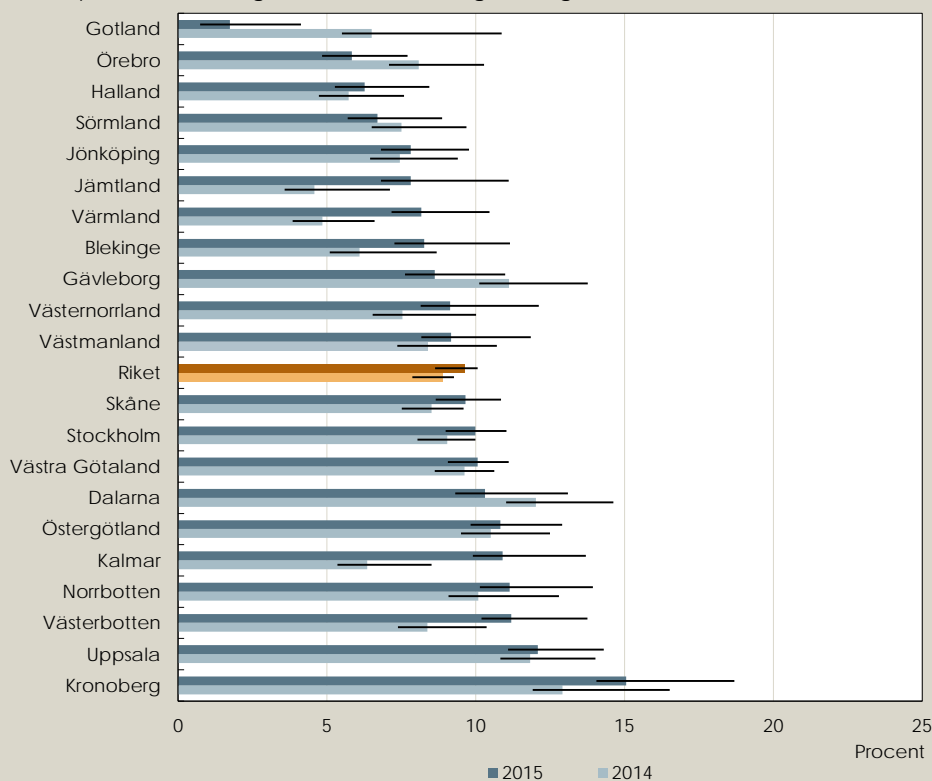
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det är 16 landsting och regioner som har en högre andel VRI i mätningen 2015 jämfört med 2014. Spridningen mellan landstingen är från knappt 6 procent till drygt 15 procent (se figur 14)<sup>27</sup>. Under perioden från det att PPM-VRI startade 2008 till mätningen 2015 har landstinget i Jämtland minskat förekomsten av VRI mest, från 16 procent till 8 procent. Landstinget Sörmland och region Västra Götaland visar också betydande minskningar på knappt 7 respektive drygt 6 procentenheter under samma period. Region Kronoberg har ökat från 9 till 15 procent och övriga landstings och regioners resultat visar en relativt oförändrad förekomst av VRI under perioden 2008–2015.

<sup>27</sup> Gotland har lägst andel, 1,7 procent, men detta värde baseras på ett litet antal observationer vilket gör resultatet osäkert och det räknas därför inte med.

### Figur 14. Förekomsten av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård

Punktprevalensmätning 2014–2015 i landsting och regioner.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I PPM-VRI mäts även sex riskfaktorer; antibiotikabehandling och profylax, central venkateter, kvarliggande urinkateter (KAD), mekanisk ventilation, aktuellt kirurgiskt ingrepp och immunsuppression (försvagat immunsystem). I mätningen 2015 har 47 procent av patienterna någon riskfaktor. De vanligaste riskfaktorerna är antibiotikabehandling, kirurgiska ingrepp och KAD. Bland patienterna med någon riskfaktor är andelen med VRI 15 procent och med flera riskfaktorer är andelen VRI 22 procent. För patienterna med mekanisk ventilation är andelen 27 procent.

### VRI och antibiotikaanvändning inom särskilt boende

Folkhälsomyndigheten har översatt och anpassat europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll, för mätningar av VRI och antibiotikaanvändning inom särskilt boende i Europa, till svenska förhållanden. Svenska HALT<sup>28</sup> är återkommande punktprevalensmätningar inom särskilt boende (SÄBO). Syftet med Svenska HALT är att stödja arbetet med att förebygga VRI och utveckla en rationell antibiotikaanvändning inom SÄBO. De nationella mätningarna koordineras av Folkhälsomyndigheten och metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbplats<sup>29</sup>.

28 Healthcare- Associated infections in Long-Term care facilities.

29 <http://www.folkhalsomyndigheten.se/halt/>.

Den första Svenska HALT mätningen genomfördes våren 2014 och totalt ingick 210 särskilda boenden för äldre (SÄBO) och 27 boenden enligt lagen om stöd och service (LSS) fördelat på 53 kommuner. Det var 8 336 vårdtagare som ingick i mätningen och 3,4 procent av alla vårdtagare på SÄBO och 1,2 procent på LSS hade en vårdrelaterad infektion. Vidare hade 3,1 procent av alla vårdtagare på SÄBO och 1,7 procent på LSS en antibiotikabehandling. Vanligaste orsakerna till både antibiotikabehandlingar och vårdrelaterade infektioner var urinvägsinfektion eller hud- och mjukdelsinfektion.

Den andra Svenska HALT mätningen genomfördes i november 2015 och 105 kommuner deltog med totalt 13 395 vårdtagare. Mätningen 2015 genomfördes i samarbete med det nationella kvalitetsregistret Senior alert. De nationella resultaten från mätningen publiceras på Folkhälsomyndighetens webbplats under första kvartalet 2016.

### *Förekomst av VRI i Europa*

En europeisk punktprevalensmätning genomförd 2011–2012 (HAI-PPS), där mer än 1 000 sjukhus i 30 länder deltog, visade att varje dag drabbas ungefär var artonde patient av minst en VRI på ett europeiskt sjukhus och många får antibiotika på denna indikation. Uppskattningsvis 400 000 patienter på europeiska sjukhus, en av tre patienter, fick åtminstone en antibiotikabehandling per dag. Liksom resultaten från PPM-VRI i Sverige var de vanligaste vårdrelaterade infektionerna lunginflammation, urinvägsinfektion och infektioner i hud och mjukdelar. Data från denna studie ger en omfattande bild av VRI och antibiotikaanvändning på europeiska sjukhus men är tyvärr inte representativ för ett antal länder, som Danmark, Norge eller Sverige där få sjukhus deltog i mätningen. Nästa europeiska punktprevalensmätning kommer att genomföras under 2016 [39].

## Basala hygienrutiner och klädregler

### Inledning

Det finns många olika orsaker till att VRI uppstår. En orsak är att infektioner kan överföras till patienter via personalens händer och kläder. För att minska denna risk ska all vårdpersonal som har kontakt med patienter alltid följa 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). Detta är en viktig insats för att undvika såväl vårdrelaterade infektioner som spridning av antibiotikaresistenta bakterier bland grupper som redan är mottagliga för infektion, till exempel äldre och funktionsnedsatta i vård och omsorg.

Det är SKL som genomför punktprevalensmätningar (PPM) av personalens följsamhet till hygien- och klädregler. Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg i landsting och regioner och kommuner inbjuds att delta i PPM-BHK. Mätningen genomförs en bestämd tidpunkt på våren och baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19). För att mäta hur

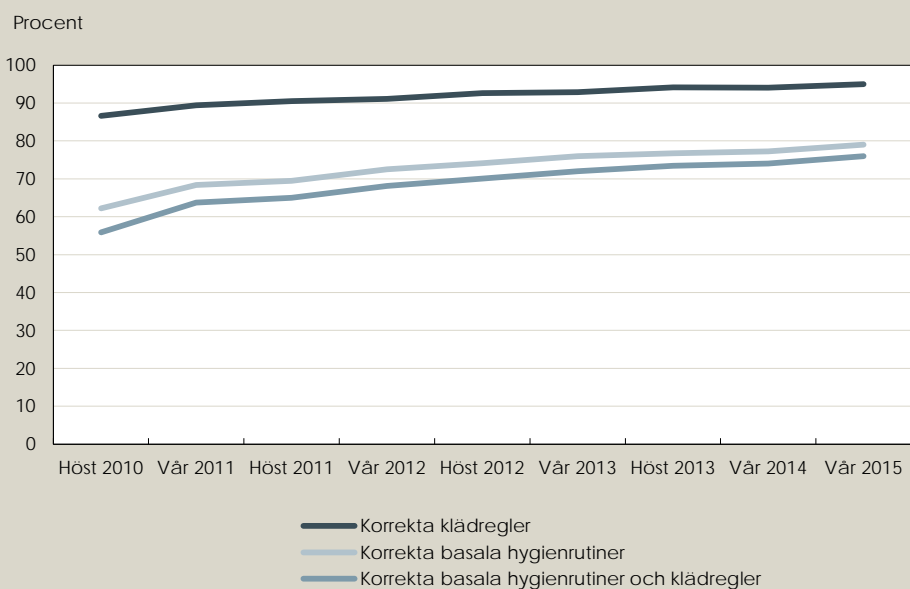
hygienrutiner och klädregler följs observerar och registrerar en person vårdpersonalen i vårdssituationen. Observationen av basala hygienrutiner gäller handdesinfektion före och efter patientnära arbete, användning av handskar och handdesinfektion i anslutning till det samt användning av plastförkläde eller patientbunden skyddsrock. Mätningen av klädregler gäller användning av kortärmad arbetsdräkt, frånvaro av ringar, klockor och armband på händer och underarmar, kortklippta naglar fria från konstgjorda material och kort eller uppsatt hår. Metoden för mätningen beskrivs på SKL:s webbplats<sup>30</sup> och procentsatserna i redovisningen i redovisningen är avrundade.

## Högre följsamhet till klädregler än till hygienrutiner

Alla landsting och regioner medverkade PPM-BHK 2015<sup>31</sup>, och det var somatisk och psykiatrisk vård, primärvård och tandvård som deltog i mätningen. Antalet observationer var färre vid mätningen 2015 (26 015) jämfört med 2014 (28 124). Det var 47 kommuner som deltog i mätningen 2015 och antalet observationer var 5 443 stycken.

I landstingen och regionerna var följsamheten till både hygienrutiner och klädregler knappt 76 procent jämfört med 74 procent 2014. Följsamheten till klädregler var högre, 95 procent, än följsamheten till hygienrutiner, 79 procent, vilket är samstämmigt med tidigare mätningar. Under de nio punktprevalensmätningar som har genomförts i landstingen och regionerna mellan 2010 och 2015 har följsamheten till klädreglerna ökat från 87 procent till 95 procent och för hygienrutinerna från 62 till 79 procent (se figur 15).

**Figur 15. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 2010–2015 i landsting och regioner**

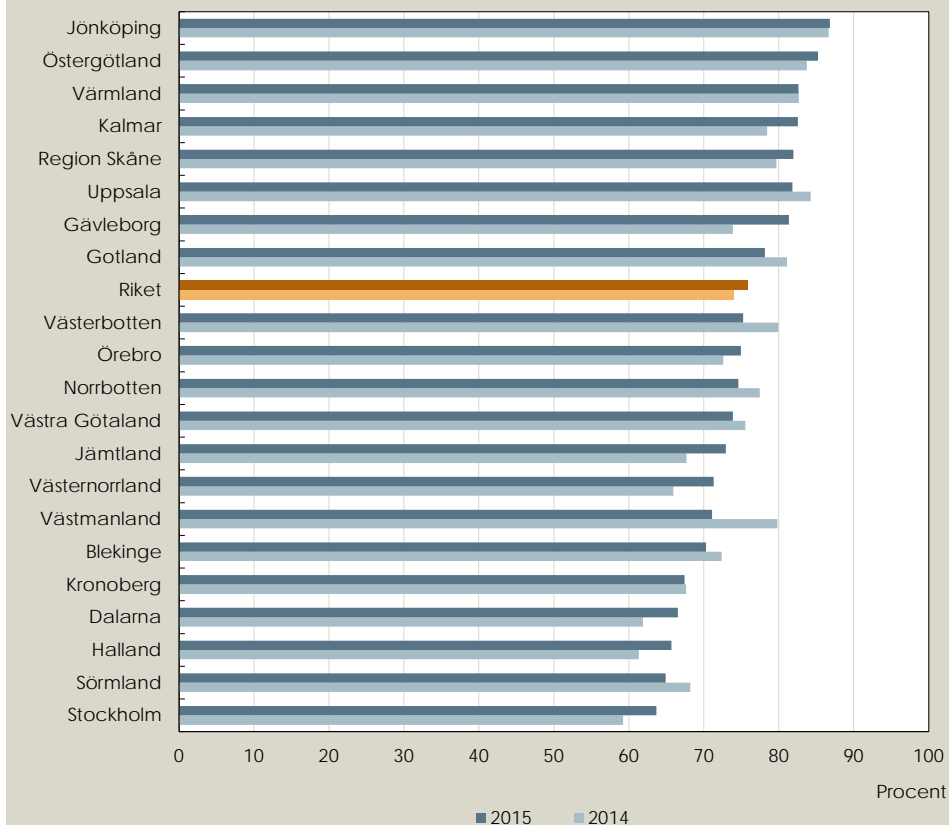


30 <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbhk.4721.html>.

31 PPM-BHK genomfördes vecka 12–13 2015.

Det är fortfarande en stor spridning mellan landstingen och regionerna även om den har minskat 2015, från 64 till 87 procent, jämfört med från 59 till 87 procent år 2014. Tretton landsting och regioner har förbättrat eller har lika resultat i mätningen 2015 jämfört med 2014. Följsamheten är bäst i Region Jönköpings län, 87 procent, följt av Region Östergötland, 85 procent (se figur 16).

**Figur 16. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler 2014–2015 i landsting och regioner**



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Mätningen omfattar observationer av sju steg. Det enskilda steg som har haft lägst följsamhet är handdesinfektion före patientnära arbete, 86 procent, med en spridning från 76 till 93 procent. Detta steg har varit det delmoment som haft lägst följsamhet i alla PPM men har förbättrats från 72 procent sedan mätningen hösten 2010.

### Skillnader i följsamhet mellan yrkesgrupper

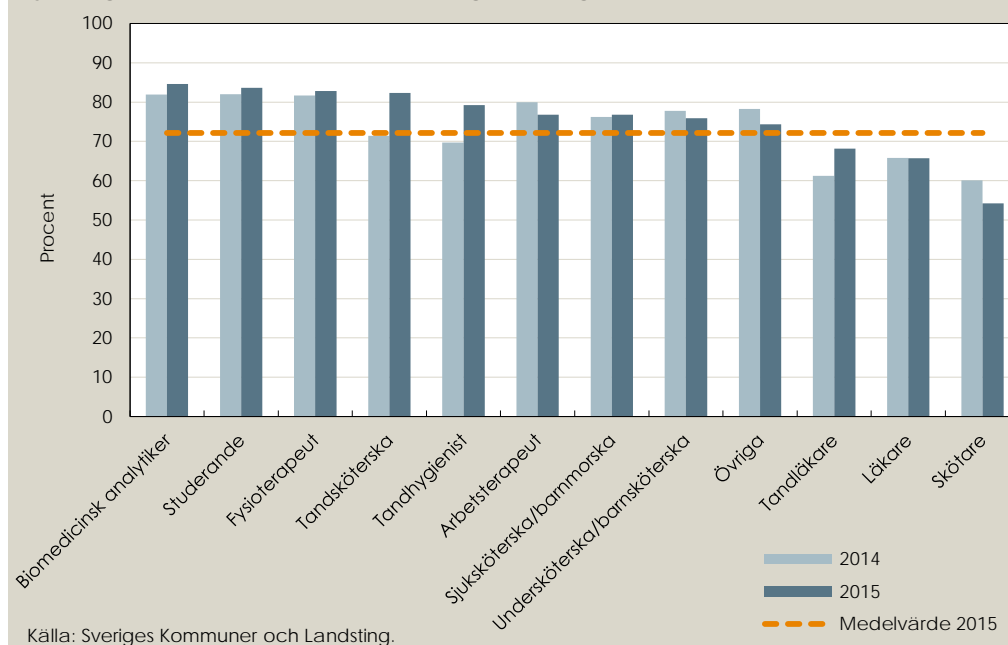
Bäst följsamhet till BHK i mätningen 2015 har biomedicinska analytiker, 85 procent, och studerande, 84 procent. Alla yrkesgrupper förutom arbetsterapeuter, undersköterska/barnskötare och skötare har ökat sin följsamhet jämfört med mätningen 2014<sup>32</sup>. Störst ökning ses för yrkesgrupperna inom

32 Vårdbiträden räknas bort pga. av lågt antal observationer i båda mätningarna.



tandvården och det är främst delmomentet användning av plastförkläde som har förbättrats. Läkare ligger på samma nivå som 2014, 66 procent (se figur 17). Läkare, tandläkare och skötare<sup>33</sup> är de yrkesgrupper som har haft lägst följsamhet även i tidigare mätningar.

Figur 17. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom olika yrkesgrupper 2014–2015 i landsting och regioner



Resultatet av följsamheten till BHK kan skilja mellan olika yrkesgrupper och mellan olika landsting och regioner beroende på variation i de olika yrkesgruppernas storlek. Detta kan ha bidragit till skillnaderna i resultatet. Resultatet kan också påverkas av att vissa moment är svårare att göra en bedömning av, till exempel handdesinfektion före och efter patientnära arbete, eftersom observatören inte alltid deltar i vårdsituationen.

## Mätning av BHK i kommunerna

Resultaten från de 47 kommuner som deltog i PPM-BHK 2015 visar 53 procents följsamhet till alla sju stegen. Andelen korrekta klädregler är 86 procent och andelen korrekta hygienrutiner 59 procent. Det går inte att dra några slutsatser av resultatet på grund av osäkerhet i data eftersom få av landets kommuner deltog i mätningen och eftersom antalet observationer per kommun varierade stort. PPM-BHK i kommunerna har genomförts sedan hösten 2010 men utvecklingen över tid kan inte redovisas på grund av att antalet deltagande kommuner i samtliga mätningar har varit lågt.

<sup>33</sup> Skötare har inte deltagit i alla mätningar.

# Antibiotikaanvändning

## Inledning

Verksamma antibiotika är avgörande för många delar av dagens hälso- och sjukvård. Antibiotika intar en särställning bland läkemedel genom att felaktig användning och hög förbrukning på sikt kan öka risken för antibiotikaresistens och därmed minska dess effektivitet. Antibiotika måste användas rationellt, det vill säga rätt preparat i rätt dos, till rätt patient, vid rätt tillfälle och under rätt behandlingstid.

Folkhälsomyndigheten ansvarar på nationell nivå för övervakning och analys av antibiotikaförbrukningen och deltar även i det europeiska nätverket för övervakning, ESAC-net<sup>34</sup>. Socialstyrelsen publicerade en handlingsplan mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner i samverkan med Jordbruksverket i mars 2015. Handlingsplanen är ett underlag för de nationella myndigheternas arbete [40]. En gemensam webbplats, som innehåller information om hur antibiotikan kan skyddas så att den fungerar även i framtiden, har tagits fram av 23 svenska myndigheter och organisationer, [www.skyddaantibiotikan.se](http://www.skyddaantibiotikan.se)

## Antibiotikaförsäljningen har minskat

2015 minskade antibiotikaförsäljningen i öppen vård från 328 till 323 recept per 1 000 invånare och år, vilket motsvarar en nedgång med 1,6 procent jämfört med 2014. Försäljningen gick ned i alla åldersgrupper förutom i den äldsta, 80 år och äldre. Störst skillnad sågs bland barn, där försäljningen av antibiotika minskade med 7,7 procent. Antibiotikaförsäljningen varierade mellan landstingen och regionerna, från 352 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 tusen invånare mellan 2015 och 2014 hade Halland, Södermanland, Västra Götaland och Uppsala. Sex landsting/regioner hade ökat sin försäljning (se tabell 10).

---

34 European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network.

Tabell 10. Antibiotika\* sålt på recept per 1 000 invånare och år, alla åldrar 2013–2015

|                 | 2013       | 2014       | 2015       | Skillnad i antal 2014 och 2015 | Skillnad i procent 2014 och 2015 |
|-----------------|------------|------------|------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Västerbotten    | 267        | 260        | 252        | -8                             | -3                               |
| Jämtland        | 285        | 274        | 274        | 0                              | 0                                |
| Gävleborg       | 304        | 289        | 284        | -5                             | -2                               |
| Dalarna         | 300        | 295        | 291        | -4                             | -2                               |
| Västernorrland  | 317        | 297        | 294        | -3                             | -1                               |
| Jönköping       | 308        | 299        | 295        | -4                             | -1                               |
| Norrbottn       | 306        | 297        | 298        | 2                              | 1                                |
| Halland         | 342        | 320        | 307        | -13                            | -4                               |
| Södermanland    | 326        | 319        | 307        | -12                            | -4                               |
| Västra Götaland | 348        | 321        | 311        | -10                            | -3                               |
| Kronoberg       | 334        | 310        | 312        | 2                              | 1                                |
| Östergötland    | 322        | 318        | 313        | -5                             | -2                               |
| Örebro          | 311        | 309        | 313        | 3                              | 1                                |
| Blekinge        | 341        | 321        | 314        | -7                             | -2                               |
| Värmland        | 314        | 302        | 315        | 13                             | 4                                |
| Kalmar          | 331        | 314        | 322        | 8                              | 3                                |
| <b>Riket</b>    | <b>343</b> | <b>328</b> | <b>323</b> | <b>-5</b>                      | <b>-2</b>                        |
| Västmanland     | 339        | 324        | 323        | -1                             | 0                                |
| Uppsala         | 341        | 341        | 331        | -10                            | -3                               |
| Gotland         | 344        | 327        | 332        | 5                              | 1                                |
| Skåne           | 374        | 354        | 350        | -3                             | -1                               |
| Stockholm       | 368        | 359        | 352        | -7                             | -2                               |

\*J01 exkl. metenamin

Källa: Insikt, eHälsomyndigheten.

Antibiotika som har sålts på slutenvårdsrekvisition<sup>35</sup>, mätt i definierade dygnsdoser (DDD)/1 000 invånare och dag, ökade något under 2015 jämfört med 2014, från 1,57 till 1,59 DDD/1 000 invånare och dag [41].

En positiv trend är att slutenvården under perioden 2000–2014 har gått från en hög användning av bredspektrumantibiotika, som har effekt på ett flertal typer av bakterier och där risken för resistensen är betydligt större, till smalspektrumantibiotika som specifikt påverkar skadliga bakterier och generellt inte påverkar kroppens normalflora och det är därmed inte lika stor risk för att bakterierna blir resistent [42]. Andelen smalspektrumantibiotika ökade något 2015. Det var en skillnad på 13 procentenheter mellan det län eller den region som hade högst respektive lägst andel [41].

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

Antibiotikaförsäljningen i öppenvården har under en lång tid minskat i Sverige. Sedan mitten av 1990-talet, då användningen var som störst (cirka 560 recept per 1 000 invånare och år), har försäljningen minskat med mer än en tredjedel. Försäljningen av antibiotika har minskat i alla åldersgrupper men störst minskning ses bland barn [42]. En förklaring till denna positiva trend är att många landsting och regioner har haft riktade insatser för att öka den rationella antibiotikaförskrivningen i samband med patientsäkerhetsöverenskommelsen<sup>36</sup>. Bland annat har så kallade Stramagrupper återkopplat till primärvårdsläkarna hur deras personliga antibiotikaförskrivning var i relation till enhetens och länets eller regionens förskrivning samt till lokala behandlingsrekommendationer. En analys av försäljningen och användningen 2015 kommer i nästa SWEDRES-rapport, som publiceras i juni 2016.

## Stora skillnader inom Europa

Statistik från den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, visar att Sverige är bland de länder i Europa som har lägst antibiotikaförsäljning. Statistiken visar också på stora skillnader i hur antibiotika används. Exempelvis förbrukar de länder som använder mest antibiotika, tre gånger så mycket antibiotika som de länder som förbrukar minst mängd (från 34,1 DDD per 1 000 invånare och dag i Grekland till 10,6 DDD per 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. Ju större andel antibiotika med smalt spektrum som används, desto mer bromsar vi upp resistensutvecklingen. Förändringar över tid ses i många länder men nästan lika många länder ökar sin användning som minskar den [43].

## Resistensutveckling

### Inledning

Inom vård och omsorgsverksamhet förekommer smittspridning av såväl resistenta som känsliga bakterier. Resistenta bakterier kan, när de är involverade i en VRI, göra en sådan betydligt svårare att behandla, och kräver ofta omfattande antibiotikabehandling. Utbredd resistens mot antibiotika kommer på sikt att allvarligt påverka sjukvårdens möjligheter att behandla vanliga bakteriella infektionssjukdomar och bedriva avancerad sjukvård. VRI är därför viktiga att förebygga utifrån aspekten antibiotikaresistens.

Folkhälsomyndigheten analyserar och sammanställer nationella data över antibiotikaresistens. Sverige har fyra system för nationell resistensövervakning; ResNet, EARS-Net, SveBar samt SmiNet<sup>37</sup>. Alla system bygger på att laboratorierna frivilligt rapporterar in provsvar, förutom SmiNet som hantear anmälningar enligt Smittskyddslagen. Folkhälsomyndigheten samverkar även med PRIS (Primärvårdens Register över Infektioner i Sverige), vilket

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

37 ResNet: Resistance surveillance and quality control programme, EARS-Net: the European Antimicrobial

Resistance Surveillance Network, SveBar: Svensk Bevakning av antibiotikaresistens, SmiNet; Smittskyddsinstitutets nätverk.

förutom diagnoser även ger vissa uppgifter om kvaliteten i diagnostiken. Det är frivilligt för vårdcentralerna att delta och registret är därför inte heltäckande för infektioner i primärvården.

Den största delen av arbetet med att förebygga eller begränsa utbrott sker på lokal och regional nivå. Det är landstingens och regionernas vårdhygienenheter och smittskyddsenheter som främst är involverade i det förebyggande arbetet, tidig upptäckt och omhändertagande av olika utbrott. Strama-grupper, som finns i alla landsting och regioner, arbetar bland annat för rationell antibiotikabehandling vilket syftar till att minska risken för spridning av och infektioner med multiresistenta bakterier.

## Förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier ökar

Av de bakterier som är resistenta mot antibiotika finns fyra grupper som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168). Resistensutvecklingen har under senare år varit särskilt oroande för Gram-negativa tarmbakterier som producerar ESBL<sup>38</sup>. Av de anmälningspliktiga bakterierna var bakterier som producerar ESBL den vanligaste med ungefär 9 000 anmälda fall under 2014. En ökning med 9 procent från 2013. Ökningen sågs i alla län utom Jönköping, Skåne, Uppsala, Södermanland, Östergötland och Gotland. Ett särskilt hot är att det runtom i världen rapporterats allt fler fall av ESBL<sub>CARBA</sub>, en variant av ESBL där bakterierna är resistenta mot den antibiotika som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier. ESBL<sub>CARBA</sub> ökade i Sverige från 39 fall 2013 till 46 fall 2014. Under 2014 inträffade två utbrott med ESBL<sub>CARBA</sub>, det ena skedde på sjukhus och det andra inom vård och omsorg utanför sjukhus.

De resistenta bakterier som ökade mest 2014 var VRE och MRSA<sup>39</sup>. Det var tretton sjukvårdsrelaterade VRE-utbrott, totalt 402 registrerade fall. Ökningen på 77 procent jämfört med 2013 (227 registrerade fall) kan delvis förklaras av ett stort sjukhusrelaterat utbrott i Gävleborg. Totalt 2 921 fall med MRSA anmäldes 2014, vilket var en ökning med 19 procent från 2013. Andelen smittade utomlands och i Sverige var lika stor, cirka 50 procent. Samhällsförvärd smitta (smitta som uppstår utan samband med vård eller behandling) var vanligare bland de inhemskt smittade fallen än bland de som hade smittats utomlands (76 respektive 50 procent). Bland de som hade smittats utomlands var sjukhusförvärd smitta vanligare. De länder som MRSA-smittade kom ifrån var främst Syrien, Irak, Filippinerna, Eritrea och Egypten [42]. I Europa minskade däremot förekomsten av MRSA från 18,6 procent 2011 till 17,4 procent 2014 (insamlad data från 29 europeiska länder) [44]. Det anmäldes 70 fall med PNSP<sup>40</sup> under 2014 och 53 fall 2013. Det lägre antalet jämfört med år 2012 (233 fall) och innan beror på att gränsen för att anmäla en infektion med PNSP höjdes<sup>41</sup> [42]. Figur 18 beskriver utvecklingen i Sverige av fyra anmälningspliktiga resistenta bakterier från 2007–2014.

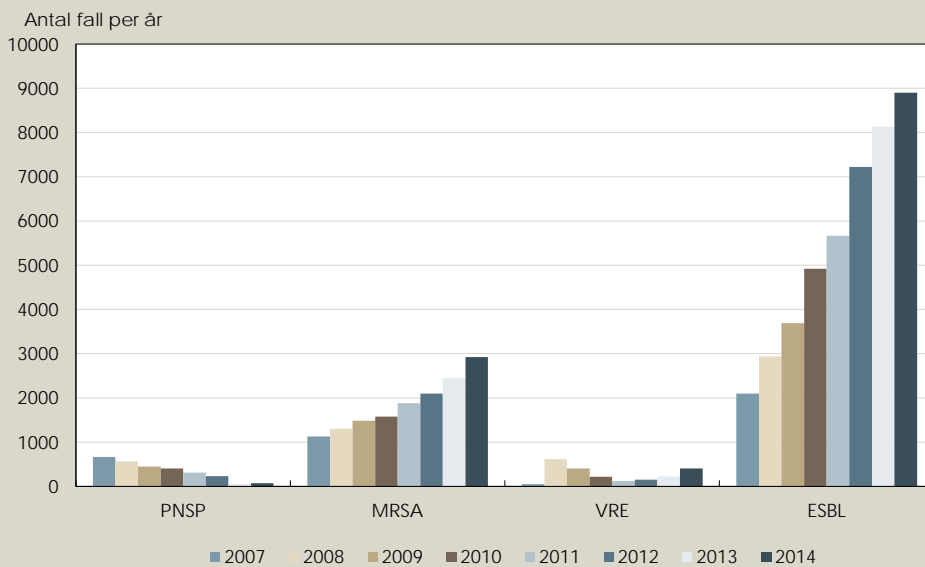
38 ESBL: Enterobacteriaceae som bildar extended spektrum Betalactamase.

39 VRE: Vancomycinresistenta enterokocker. MRSA: Meticillinresistenta Staphylococcus aureus.

40 PNSP: Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin.

41 MIC (minimal inhibitory concentration) höjdes från  $\geq 0.5$  mg/L till  $>1$  mg/L.

**Figur 18. Förekomsten av anmälningspliktiga resistenta bakterier 2007–2014**



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Under 2015 anmäldes 3 882 fall av MRSA och det är en ökning med drygt 30 procent sedan 2014. Den snabba ökningen sedan augusti 2015 beror i huvudsak på att fler människor på flykt har sökt vård och provtagits. Många av dem kommer från länder med högre förekomst av resistenta bakterier. Flera landsting och regioner provtar också asylsökande rutinmässigt för multiresistenta bakterier i samband med hälsoundersökning och vård på sjukhus.

Det har inte setts någon ökad spridning av MRSA på sjukhus. Det finns inte heller någon tilltagande ökning av inhemska fall av MRSA bland personer med svenskt personnummer. Folkhälsomyndighetens riskanalys visar på låg risk för spridning både när det gäller vårdverksamheter och i befolkningen [45].

## Situationen är bättre i norra Europa

Situationen i Sverige och övriga Norden är bättre jämfört med andra länder i Europa. I ECDC<sup>42</sup> rapport från 2013 sammanfattas att situationen i Europa visar stora variationer beroende på aktuell bakterie, typ av antibiotika och geografisk region. För flera antibiotika- och bakteriekombinationer, är en nord till syd- och väst till öst-gradient tydlig i Europa. I allmänhet med lägre förekomst av resistens i länderna i norr och med högre förekomst i länderna i södra och östra Europa [46].

## Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är ett it-stöd som används för att registrera och sammanställa information om VRI och användningen av antibiotika. I samband med en antibiotikaordination registreras ordinationsorsaken. Uppgifter om

42 European Centre for Disease Prevention and Control.

diagnos, åtgärder, vårdtillfälle med mera överförs automatiskt från journalsystemen. Data är tillgängliga för lokal och regional sammanställning och analys. Infektionsverktyget kan användas i organisationens olika delar, på olika sätt. Det kan vara ett stöd i diskussionen i första hand på sjukhus, kliniker och avdelningar. Det kan också användas på övergripande nivå i landstinget eller regionen för att ta fram handlingsplaner för att minska VRI och förbättra och utveckla användningen av antibiotika. SKL har tagit fram en vägledning för hur verktyget kan användas och där olika verksamheter delar med sig av erfarenheterna av verktyget.

Infektionsverktyget har införts i större delen av den somatiska slutenvården men användningen varierar, och beror bland annat på tekniska problem med dataöverföringen. Infektionsverktyget är i nuvarande version utformat för att möta slutenvårdens behov men där utreder för närvarande Inera AB möjligheterna till en primärvårdsanpassning av verktyget.

I dagsläget är det inte möjligt att sammanställa data över vårdgivargränser och få nationella datasammanställningar. SKL, Folkhälsomyndigheten och Inera AB inledde i december 2015 en förstudie som ska belysa förutsättningarna för nationell datasammanställning, analys och rapporteringen från Infektionsverktyget. Förstudien ska under första delen av 2016 leverera ett beslutsunderlag för ställningstagande till nationell datasammanställning, som är juridiskt, tekniskt och organisatoriskt genomförbart, till vårdgivarna, Folkhälsomyndigheten, Inera AB och SKL.

### *Framgångsfaktorer*

SKL har tagit fram en vägledning i syfte att sammanställa och redovisa erfarenheter av uppföljningen med hjälp av Infektionsverktyget. Vägledningen bygger på intervjuer med medarbetare som har erfarenhet av Infektionsverktyget. Erfarenheterna har sammanfattats i åtta framgångsfaktorer som kan användas av ledningen lokalt och regionalt:

- Data efterfrågas och används.
- Det finns tydliga uppdrag.
- Regelbunden återkoppling och uthållighet.
- Samarbete.
- Engagemang tas tillvara.
- Fördjupningsprojekt används.
- Tillgång till kompetens.
- Validering av datakvalitet [47].

### Diskussion

Andelen vårdtillfällen med VRI (PPM-VRI) i somatisk slutenvård har legat omkring 9 procent sedan mätningen våren 2009. De stora skillnaderna i förekomsten av VRI mellan landstingen och regionerna, från knappt 6 procent till drygt 15 procent i mätningen 2015, indikerar att förekomsten av VRI kan minska och att det infektionsförebyggande arbetet därför måste utvecklas ytterligare. Men det bör samtidigt reflekteras över i vilken grad VRI kan förebyggas. De studier vi refererar till i denna rapport, som menar att 20 till 30 procent bör gå att förebygga, är förhållandevis gamla. Det finns behov av att sammanställa nyare studier som återspeglar dagens hälso- och

sjukvård med allt mer avancerad sjukvård för till exempel för tidigt födda barn och avancerad sjukvård för allt äldre patienter med komplexa sjukdomstillstånd.

Ett stöd i det lokala infektionsförebyggande arbetet är Infektionsverktyget, som även är ett viktigt bidrag i arbetet för att åstadkomma en rationell antibiotikaanvändning i den somatiska slutenvården. Det är viktigt att verksamheterna nu använder verktyget och tar fasta på det som, enligt vägledningen, är framgångsfaktorer [47]. Verktyget bör också utvecklas för att användas inom primärvården eftersom det framför allt är inom den öppna vården som antibiotika förskrivs.

Punktprevalensmätningarna 2015, jämfört med 2014, visar en marginell ökning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler och med en fortsatt stor spridning mellan landsting och regioner. Det är allvarligt att gällande föreskrifter inte följs och anmärkningsvärt att följsamheten skiljer sig mellan yrkesgrupper samt att graden av följsamhet varierar i så hög grad mellan landstingen och regionerna.

Kommunernas deltagande i PPM-BHK kan utvecklas. PPM-BHK är ett verktyg för egenkontroll och ett ökat deltagande från kommuner medför att kommunerna kan följa tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom vård och omsorg (SOSFS 2015:10). I enkäten till kommunerna om patientsäkerhet (redovisat i avsnitt styrning och ledning) svarade 133 kommuner att de i sin egen egenkontroll gör jämförelser med tidigare resultat från PPM-BHK. Detta kan då jämföras med att 47 kommuner deltog i PPM BHK 2015. Det finns således en stor diskrepans mellan enkätsvaret och det faktiska deltagandet i PPM-BHK. Där är det dock oklart för vilken tidsperiod för egenkontroll som respondenterna i enkäten avsåg eftersom detta inte var preciserat i frågeställningen i kommunenkäten.

Antibiotikaförsäljningen har fortsatt att minska men det är fortfarande stor skillnad mellan landstingen och regionerna. De stora skillnaderna tyder på att det i vissa landsting och regioner finns en fortsatt överanvändning av antibiotika. Parallellt med att följa upp försäljningen av antibiotika är det viktigt att också följa upp att det är en rationell antibiotikaanvändning så att det inte blir en underanvändning med komplikationer för patienterna till följd av utebliven antibiotikabehandling. Det är viktigt att arbetet med att främja en rationell antibiotikaanvändning fortsätter på alla nivåer och att landstingen och regionerna fortsatt följer upp och analyserar förskrivningen i syfte att begränsa resistensutveckling av bakterier.

## Läkemedelshantering och användning

### Inledning

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 övergången 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.

## Nationell läkemedelslista

För att förutse och undvika läkemedelsrelaterade problem bör hälso- och sjukvårdspersonalen ha en gemensam bild av vilka läkemedel varje enskild patient har ordinerats samt orsaken till ordinationen. I dag finns ingen sådan samlad bild utan informationen om patientens läkemedelsanvändning är spridd i flera olika läkemedelslistor och register i olika journalsystem, giltiga recept i receptregistret och uppgifter om uthämtade läkemedel i Läkemedelsförteckningen. En gemensam läkemedelslista är även viktig för patienter så att de kan följa och ha insyn i sina läkemedelsbehandlingar. Ett övergripande syfte med förslaget om en gemensam läkemedelslista är att yrkesutövare som ordinerar, administrerar och expedierar läkemedel, liksom andra som deltar i patientens vård, ska få tillgång till de uppgifter som krävs för att säkerställa kvalitet och säkerhet.

I Sverige har projektet att ta fram en gemensam läkemedelslista tidigare drivits under namnet NOD, Nationell ordinationsdatabas. NOD har främst utvecklats i regi av Inera AB, vars uppdrag är att koordinera landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete. Syftet med projektet var att möjliggöra ordination av läkemedel direkt i en gemensam läkemedelslista, antingen via en applikation i journalsystemet eller via ett webbaserat ordinationsverktyg. Uppgifterna skulle sparas och lagras i NOD och ingå i den sammanhållna journalföringen. Den tekniska utvecklingen av NOD stoppades i april 2015 med anledning av att det fanns juridiska hinder som gjorde det svårt att slutföra projektet. Det fortsatta arbetet, under benämningen *Den nationella läkemedelslistan*, tar sin utgångspunkt i det förslag till lag om en gemensam läkemedelslista som E-hälsokommittén presenterade i sitt betänkande *Nästa fas i e-hälsoarbetet* (SOU 2015:32).

## Äldre patienter och läkemedel

### 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 [48].

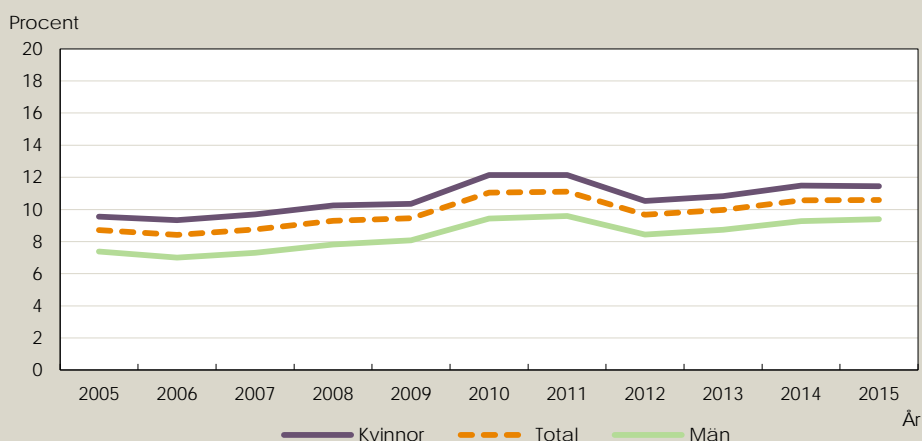
### Förändring av läkemedelsanvändningen hos äldre

Sedan mätningarna av äldres läkemedelsanvändning i läkemedelsregistret inleddes 2005, har andelen personer 75 år eller äldre med tio eller fler läkemedel ökat med 22 procent. Den påtagliga ökning som sågs mellan 2009

och 2010 vände till en minskning 2011–2012 och därefter har andelen åter ökat från 9,7 till 10,6 procent (se figur 19). Minskningen 2011–2012 kan förklaras av kommunernas och landstingens arbete med att förbättra kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning inom ramen för ”Äldreöverenskommelsen”<sup>43</sup>[49]. Medelantalet läkemedel per person följer i stort sett samma utveckling som användningen av tio eller fler läkemedel. Sedan 2005 har det ökat från 4,4 till 4,7 läkemedel per person.

**Figur 19. Andelen äldre med tio eller fler läkemedel samtidigt**

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2015.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen personer med tio eller fler läkemedel i befolkningen är markant högre hos dem som får insatser av hemtjänsten eller bor i särskilt boende. Andel personer 75 år och äldre i hemtjänst med tio eller fler läkemedel var 19,4 procent på riksnivå. Skillnaderna mellan kommunerna var stora, mellan 9,6 och 35,3 procent. I riket var värdet för kvinnor 19,8 procent och för män 18,5 procent. Andelen i särskilt boende med tio eller fler läkemedel var 23,3 procent på riksnivå. På kommunnivå varierade andelen mellan 8,6 och 45 procent. 23,8 procent av kvinnorna och 22,2 procent av männen hade tio eller fler läkemedel i riket som helhet (se tabell 11).

**Tabell 11. Andelen (%) 75 år och äldre med hemtjänst eller i särskilt boende med 10 eller fler läkemedel, år 2015.**

|                 | Totalt | Kvinnor | Män  |
|-----------------|--------|---------|------|
| Hemtjänst       | 19,4   | 19,8    | 18,5 |
| Särskilt boende | 23,3   | 23,8    | 22,2 |

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

I föregående års lägesrapport [21] redovisade Socialstyrelsen att det är framför allt läkemedel mot somatiska (kroppsliga) sjukdomar och tillstånd som har ökat i användning under den senaste tioårsperioden; främst blodfettssänkande läkemedel, hjärt-kärl-läkemedel (framför allt kalcium-

<sup>43</sup> Ramöverenskommelse mellan SKL och regeringen om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre under perioden 2010–2014.

antagonister 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 mångt och mycket fortsatt under 2015, särskilt för blodfettssänkande läkemedel, angiotensin II-antagonister, medel vid godartad prostataförstoring och medel vid magsår och reflux.

## Olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning

Sedan 2005 ses hos äldre en påtaglig minskning av läkemedelsanvändning som omfattas av ett urval av Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [50]. Indikatorerna omfattar läkemedel och läkemedelskombinationer som bör undvikas till äldre, men också läkemedel som bör forskrivnas med försiktighet på grund av risk för biverkningar. Sedan mätningen för föregående års lägesrapport [21] har flertalet av dessa indikatorer fortsatt att minska.

### *Användningen av olämpliga läkemedel har minskat*

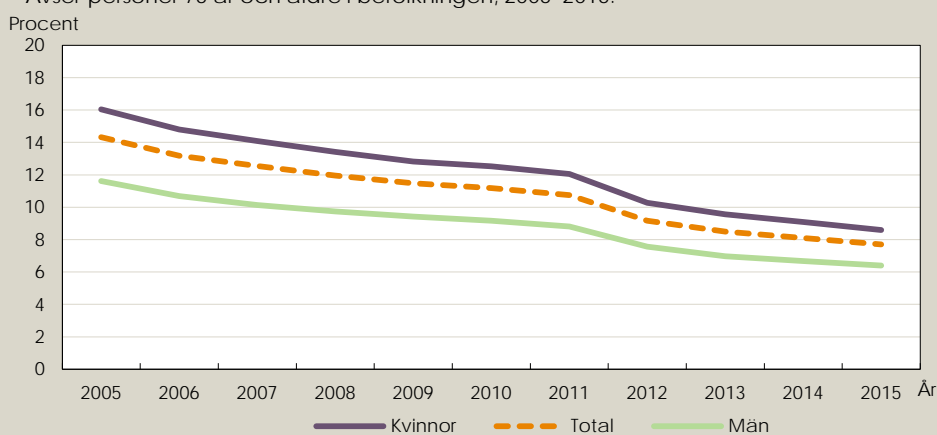
Vissa läkemedel medför en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Dessa läkemedel omfattas av indikatorn *Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger*. Indikatorn innefattar följande läkemedelsgrupper och läkemedel:

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

Sedan 2005 har användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre minskat med 46 procent, från 14,3 till 7,7 procent (se figur 20).

**Figur 20. Andelen äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre**

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2015.



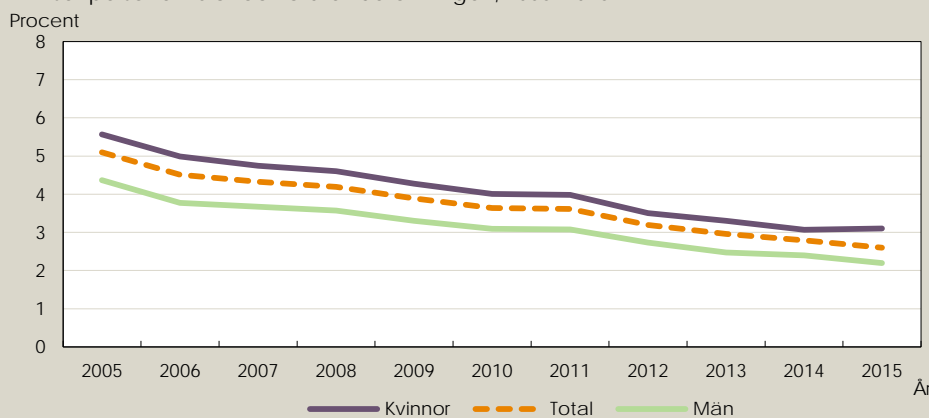
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Andelen personer 75 år och äldre i hemtjänsten som behandlas med minst ett av fyra olämpliga läkemedel var 10,9 procent. Det var stora variationer på kommunnivå, från 2,4 till 24,4 procent. Bland kvinnor i riket var andelen 11,4 procent och bland män 9,9 procent. Andelen i särskilt boende var något lägre än i hemtjänsten, 9,4 procent, i augusti 2015. På kommunnivå varierade andelen mellan 0 och 20,7 procent. Det fanns inga större skillnader i förskrivningen till kvinnor och män på riksnivå.

*Användning av antiinflammatoriska läkemedel har minskat*  
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 49 procent (se figur 21).

**Figur 21. Andelen äldre som behandlas med antiinflammatoriska läkemedel, NSAID, på recept**

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2015.

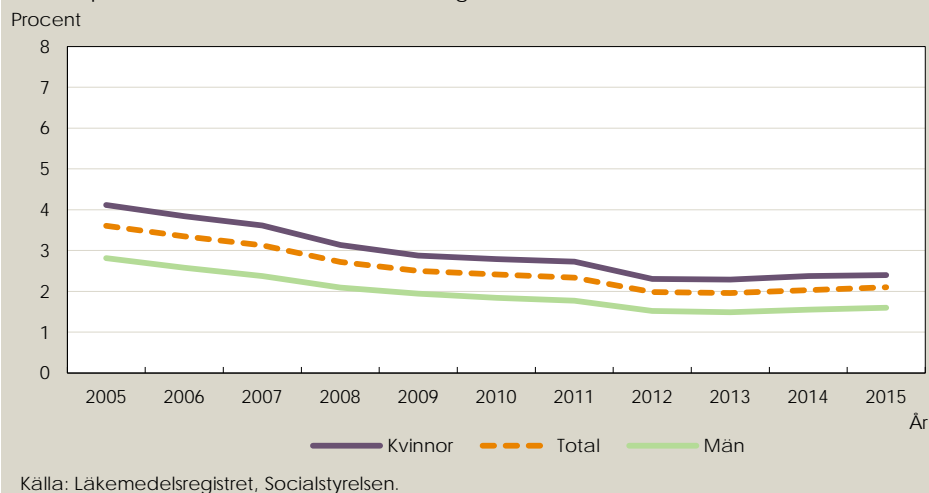


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

*Användningen av antipsykotiska läkemedel har minskat*  
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 medför 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 (se figur 22).

**Figur 22. Andelen äldre som behandlas med antipsykotika**

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005–2015.



Användningen av antipsykotiska läkemedel förekommer betydligt oftare i särskilt boende vid jämförelse med personer i hemtjänst. Tabell 12 visar att 13,6 procent av personer 75 år och äldre i särskilt boende hade en förskrivning av antipsykotiska läkemedel. På kommunnivå varierade andelen mellan 0 och 29,6 procent. Andelen med antipsykotiska läkemedel i hemtjänsten var 3,0 procent med stora variationer på kommunnivå, mellan 0 och 11,7 procent.

**Tabell 12. Andelen (%) 75 år och äldre med hemtjänst eller i särskilt boende som förskrivits antipsykotiska läkemedel, år 2015.**

|                 | Totalt | Kvinnor | Män  |
|-----------------|--------|---------|------|
| Hemtjänst       | 3      | 3       | 3    |
| Särskilt boende | 13,6   | 12,3    | 13,7 |

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

### *Olämpliga läkemedelskombinationer har minskat*

Läkemedel kan interagera med varandra, det vill säga att ett läkemedel påverkar ett annat läkemedels omsättning eller verkan. Det kan resultera i att effekten av läkemedlet ökar, med risk för biverkningar, eller att den minskar eller uteblir. De interaktioner som bedöms vara av klinisk betydelse klassificeras som C eller D. D-interaktioner utgör den allvarligaste typen av läkemedelsinteraktion och kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svåra att bemästra med individuell dosering. Sådana kombinationer bör därför undvikas [51].

Analyserna visar att andelen personer, 75 år och äldre, som har en eller flera läkemedelskombinationer som kan ge upphov till D-interaktioner minskade med 21 procent (från 5 till 4 procent) under 2005–2011 (interaktion-

skällan i FASS) och 47 procent (från 2 till 1 procent) under 2011–2015 (SFINX)<sup>44</sup> (se figur 23).

**Figur 23. Andelen äldre som använder olämpliga kombinationer av läkemedel**

Avser personer 75 år och äldre i befolkningen, 2005-2015.

Procent



Analysen av läkemedelsinteraktioner baserades 2005-2011 på interaktionsinformationen i FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige). Fr.o.m. 2011 baseras analyserna på interaktionstjänsten SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing som är tillgänglig för de patientjournalssystem som är anslutna till SIL (Svensk Informationsdatabas för Läkemedel).

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

### Könsskillnader

För de indikatorer som vi har nämnt i föregående avsnitt är förekomsten klart högre bland kvinnor vid samtliga tidpunkter, med undantag för olämpliga kombinationer, där skillnaderna mellan könen är så pass små att de inte redovisas. 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 [52]. 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 detta resultat samma nedåtgående trend i olämplig och riskfylld läkemedelsanvändning hos både äldre kvinnor och män.

### Utveckling av indikatorerna

Under de drygt tolv år som har gått sedan Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* publicerades första gången, har de gett upphov till ett flertal initiativ och fått en rad olika tillämpningar i vården, bland annat

- utbildningsinsatser för vårdpersonal inom området äldre och läkemedel
- rekommendationer och lathundar för äldres läkemedelsbehandling
- implementering i beslutsstöd för läkemedelsförskrivning och läkemedelsgenomgångar

<sup>44</sup> Skillnader mellan SFINX och FASS är bland annat att man i SFINX inte i samma utsträckning inkluderar farmakodynamiska interaktioner, dvs. där läkemedel interagerar på verkningsstället, och att vissa interaktioner har flyttats till klass C.

- årliga mätningar av kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning i *Öppna jämförelser hälso- och sjukvård, Läkemedelsbehandlingar och vård och omsorg om äldre* samt i *Äldreguiden*
- månatliga mätningar av kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning, inom ramen för överenskommelsen mellan SKL och regeringen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, under perioden 2010–2014
- initiativ från pensionärsorganisationer, till exempel *Koll på läkemedel* som syftar till att utbilda och stödja äldre att själva agera för en bättre behandling.

Nu har det emellertid gått sex 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 läkemedelspanoramata hos äldre. Socialstyrelsen har därför beslutat att revidera indikatorerna. Arbetet påbörjades hösten 2015 och beräknas vara klart i slutet av 2016.

## Diskussion

Sedan 2005 har det skett en påtaglig minskning av olämplig läkemedelsanvändning hos äldre. Tidigare har redovisningen av läkemedelsanvändningen i lägesrapporten inte varit uppdelad på hemtjänst och särskilt boende, varför vi inte kan dra några säkra slutsatser om utvecklingen. Det som ses är dock stora skillnader i användningen för vissa av läkemedlen avseende boendeform men också mellan kommunerna. Orsakerna till detta måste analyseras vidare.

Samtidigt har många läkemedel ökat i användning; främst sådana mot somatiska sjukdomar och tillstånd, såsom blodfettssänkande medel och många hjärt-kärl-läkemedel. De flesta allvarliga biverkningarna som leder till inläggning av äldre på sjukhus är möjliga att förebygga [53]. Många av dem orsakas inte av preparat som bedöms vara olämpliga eller riskfyllda för äldre, utan av läkemedel som är rekommenderade vid behandling av många av de sjukdomar som är vanliga hos äldre, såsom hjärtsvikt och sjukdomar med förhöjd risk för blodpropp; det vill säga till stor del läkemedel som under senare år har ökat kraftigt i användning 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. I alla händelser har läkemedelsanvändningen hos äldre blivit mer komplex.

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 läkemedelsgenomgångar och för att följa upp att dessa genomförs behöver vidareutvecklas. För att minska riskerna för läkemedelsfel 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.

En grund för arbetet med att säkra kvaliteten och säkerheten i äldres läkemedelsanvändning är Socialstyrelsens *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Den nu pågående revideringen av indikatorerna ska förhoppningsvis göra dem mer tillämpbara och ändamålsenliga.

## Undernäring

### Inledning

Det saknas aktuella data om förekomsten av undernäring inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns inte heller data för hur prevalens skiljer sig åt mellan olika verksamheter inom slutenvården eller inom hemsjukvården. I äldre svenska studier, som omfattade drygt 5 000 patienter, var 28 procent undernärda. Bland kroniskt sjuka äldre var prevalensen ännu högre. Undernäring bedöms förekomma hos upp till 5 procent av äldre som bor hemma och mellan 10–35 procent av individerna på äldreboenden. Av äldre patienter som vårdas på sjukhus beräknas att andelen är cirka 20–40 procent, med stor variation för diagnoser och sjukdomstillstånd [54,55]. Internationella studier har visat att undernärda äldre har högre dödlighet, tar mer receptbelagda läkemedel och har en högre frekvens av infektioner [56]. Kostnaderna i samband med undernäring hos patienter som vårdas på sjukhus ökar eftersom de vårdas längre tid och har en ökad grad av återinläggning. Undernärda patienter löper större risk att drabbas av komplikationer, vilka i sin tur leder till högre vårdkostnader [57, 58].

Med undernäring avses 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 [55]. Sedan den 1 januari 2015 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring. Föreskrifterna gäller verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1983:763) och socialtjänstlagen (2001:453) om insatsen avser hemtjänst eller särskilt boende. Vårdgivaren ska ha rutiner för att förebygga, identifiera undernärda patienter eller de som löper risk för undernäring och behandla undernäring.

### RisKFörebyggande åtgärder

I Socialstyrelsens vägledning [55] beskrivs nutritionsvårdprocessen, som inleds med en riskbedömning. Det finns olika instrument för att göra riskbedömning, men nästan alla riskbedömningsinstrument innehåller grundkomponenterna viktförlust, aktuell vikt i relation till längd samt sjukdomens eller tillståndets påverkan på förmågan att äta. För den som bedöms vara i risk för eller är undernärda ska riskbedömningen följas upp med en utredning av orsakerna till undernäringstillståndet. Nästa steg är att planera och genomföra nutritionsbehandlingen. Följande steg är att följa upp den insatta behandlingen, att utvärdera och att kommunicera resultatet med de berörda.



## Förekomst av riskförebyggande åtgärder

De olika stegen i nutritionsvårdprocessen ska dokumenteras. Då kan kvalitetsregistret Senior alert [59] användas för att arbeta systematiskt och strukturerat för att förebygga undernäring. Utöver undernäring kan Senior alert användas för att förebygga fall, trycksår och ohälsa i munnen hos personer över 65 år. I öppna jämförelser publicerar Socialstyrelsen processindikatorer genom uppgifter från kvalitetsregistret Senior alert. Indikatorerna beskriver andelen personer över 65 år i särskilt och ordinärt boende som bedöms ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet har planerats.

Senior alert används även inom delar av slutenvården. Det blir många registreringar till antalet eftersom det är ett stort patientflöde. Oftast blir det bara en registrering eftersom en kort vårdtid inte ger möjlighet till uppföljning av planerade åtgärder, jämfört med äldreboenden där den äldre är i samma verksamhet en lång tid. I de fall där patienten därefter vårdas hos annan vårdgivare måste registreringen göras om, inklusive vårdplan, genomförande och uppföljning, vilket kan innebära bristfällig kontinuitet för omhändertagandet.

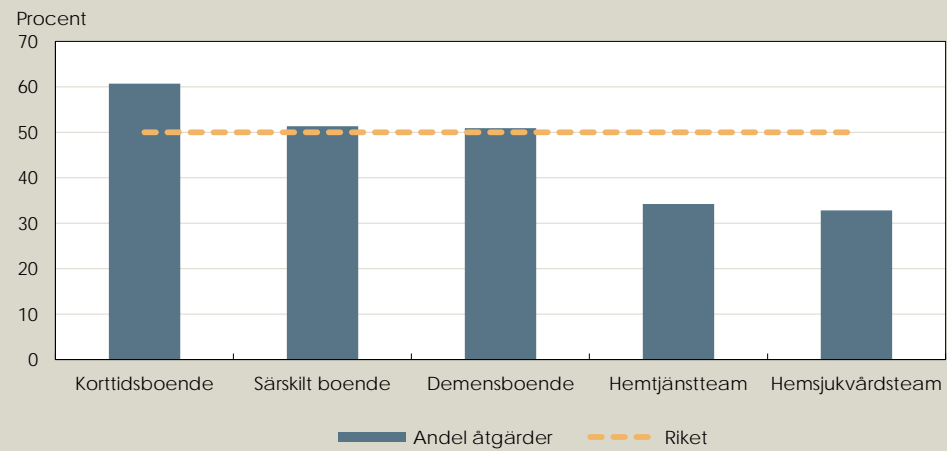
Totalt registrerades 324 000 riskbedömningar i Senior alert år 2014<sup>45</sup> och av dessa bedömdes 270 000 (83 procent) ha risk för fall, undernäring, trycksår eller ohälsa i munnen. Ytterligare uppdelning av risker visade att 156 600 (58 procent) hade risk för undernäring och av dessa fick 120 582 (77 procent) en åtgärdsplan [60].

I figur 24 redovisas andelen planerade åtgärder för de personer inom äldreomsorgen som har bedömts ha risk för undernäring. Den streckade linjen, riksvärdet, visar andelen planerade åtgärder för de personer som har bedömts ha risk för undernäring på 50 procent. Det är vanligast att det planeras åtgärder för de personer som finns på korttidsboenden, 61 procent. Både särskilt boende och demensboende ligger kring riksvärdet. För verksamheterna hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam ligger andelen betydligt lägre. Det finns bara registrerade åtgärder för 34 respektive 33 procent av de individer som har bedömts ha risk för undernäring.

---

45 Gäller både slutenvård och äldreomsorg.

**Figur 24. Andelen åtgärder för personer inom äldreomsorgen som har bedömts ha risk för undernäring, uppdelat på enhetstyp 2014–2015\***



\*Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.  
Källa: Senior alert.

Tabell 13 redovisar de åtgärder som finns registrerade för de personer inom äldreomsorgen, som har bedömts ha risk för undernäring. Den andelsmässigt vanligaste åtgärden var 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 13. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för undernäring 2014–2015\***

| 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                                    | 8         |
| Omgivningsanpassning för en individuell måltidssituation | 6         |
| Berikning av maten                                       | 5         |
| Näringsdryck   | 5         |
| Protein- och energirik kost                              | 3         |
| Matning  | 3         |
| Konsistensanpassning                                     | 3         |
| Övriga åtgärder  | 9         |

\*Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.  
Källa: Senior alert.

### *Kartläggning av sjukdomsrelaterad undernäring*

En viss dag varje år – nutritionDay (nDay) – kan vårdavdelningar och sjukhem runt om i världen delta i en tvärsnittsstudie som organiseras av

Medizinische Universität Wien med stöd av European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Syftet med nDay är att öka kunskapen och medvetenheten om sjukdomsrelaterad undernäring på sjukhus och inom särskilt boende. Den första nDay-kartläggningen ägde rum 2006 och har sedan dess expanderat globalt för att omfatta 169 000 patienter inom slutenvård och bland äldre på sjukhem i 57 länder [61]. Kartläggningen följer rekommendationerna i resolutionen *On food and nutritional care in hospitals by the Council of Europe, 2003* [62]. Resultaten kan användas för både lokala och internationella jämförande bedömningar om prevalens för undernäring samt utfallet efter 30 dagar. Utfallet som mäts är återinläggning, morbiditet och mortalitet för patienter inom slutenvård eller brukare på särskilt boende som på nDay är identifierade att ha risk för eller är undernärda. Det svenska deltagandet i nDay är lågt, 2014 deltog 182 personer av totalt 14 603. I Sverige har det totalt deltagit 3 323 patienter på sjukhus och 340 brukare på särskilt boende sedan år 2006. En trolig orsak är att Senior alert har blivit den mest etablerade kvalitetsregistreringen för undernäring.

## Diskussion

Den allvarligaste signalen från tillgängliga data är att det finns så få planerade åtgärder för att förebygga och behandla undernäring. Endast för hälften av dem som har risk för undernäring finns det planerade åtgärder och av dessa är den vanligaste 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 [55]. Enkla och kostnadsfria åtgärder som exempelvis påstötning och uppmantran att äta, eller att sätta in energi- och proteinrik kost, mellanmål och näringsdryck bör planeras och vidtas i mycket högre omfattning än vad som framkommer av tillgängliga resultatdata. Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner som åtgärder för att förebygga och behandla undernäring. Eftersom majoriteten av de äldre som har vård- och omsorgsbehov får detta i hemmet är det viktigt att utreda orsakerna och stimulera till förbättring inom området.

På nationell nivå saknas aktuell kunskap om förekomst av eller risk för undernäring för patienter inom hälso- och sjukvården. Det saknas även indikatorer för planerade och vidtagna riskförebyggande åtgärder, som möjliggör uppföljning och utvärdering. Tillgängliga processindikatorer för planerade åtgärder mot undernäring omfattar endast patienter och vårdtagare över 65 år i de kommuner, landsting och regioner som aktivt deltar i kvalitetsregistret Senior Alert. Men indikatorerna säger inget om förekomsten av undernäring eller vilka effekter planerade åtgärder har. nDay-kartläggningen har potential att bli ett nationellt och internationellt verktyg för benchmarking, och de två olika formerna av registrering kan komplettera varandra. nDay väger samman andra faktorer än Senior Alert vilket kan ge en intressant kartläggning av omfattningen av undernäring, vilka åtgärder som vidtas, hur nutritionsvården är organiserad och hur undernäring påverkar återinläggning, morbiditet och mortalitet.

# Trycksår

## Inledning

Trycksår är en av de vanligaste typerna av vårdskador som förorsakar stort lidande för patienterna och höga kostnader för samhället. En stor andel av trycksåren går att förebygga. SKL har tagit fram åtgärdspaket och kunskapsunderlag för att stödja vårdpersonalen i arbetet med att minska trycksårsförekomsten [63].

## Oförändrad förekomst av trycksår i slutenvården

SKL genomför nationella punktprevalensmätningar (PPM) av trycksår i slutenvården. Mätningen omfattar riskbedömning, hudbedömning, insatta förebyggande åtgärder samt journalgranskning<sup>46</sup>. Allvarlighetsgraden av trycksår kategoriseras 1–4 och de allvarligare trycksåren finns i kategori 2–4. Vid hudbedömningen används trycksårskort med färgbilder på trycksår kategori I-IV. Metodbeskrivning finns på SKL:s webbplats<sup>47</sup>. Procentsatsen i redovisningen som följer har avrundats.

I mätningen 2015<sup>48</sup> hade 14 procent av patienterna trycksår. Hälften var trycksår av allvarligare grad (kategori 2–4). Förekomsten av trycksår och trycksår av allvarligare grad är oförändrad jämfört med mätningarna 2014. Förekomsten av trycksår skiljer sig inte mellan kvinnor och män. Det är fortfarande stor skillnad mellan de olika landstingen och regionerna även om den minskat lite. I mätningen 2015 låg variationen mellan 9–19 procent, att jämföra med 5–19 procent år 2014 (se figur 25). I jämförelse med mätningen 2011, där variationen var mellan 9–31 procent, har det dock skett en positiv utveckling.

---

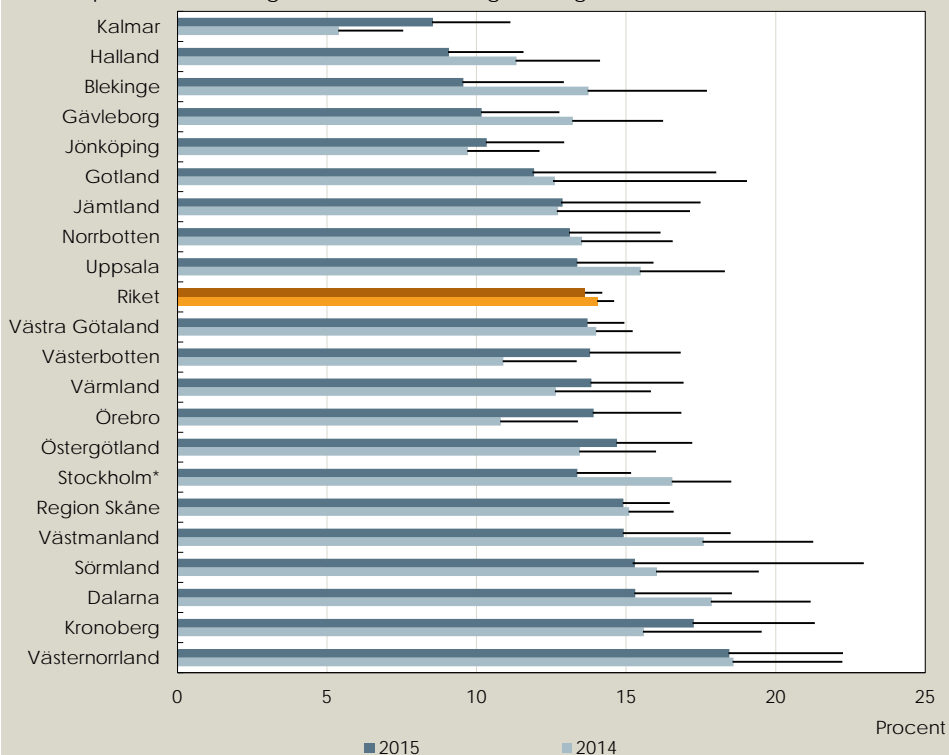
46 Granskning om hudbedömning, riskbedömning och eventuellt uppkomna trycksår finns dokumenterade inom 24 efter inskrivning samt om trycksåren är dokumenterade inom 24 timmar efter ankomst till sjukhuset.

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

48 I Stockholm har sjukhusen Danderyd, Södertälje, Karolinska och St. Görans gjort egna mätningar och de ingår därför inte i redovisade data.

**Figur 25. Andelen patienter med trycksår i slutenvård**

Punktprevalensmätning 2014–2015 i landsting och regioner.



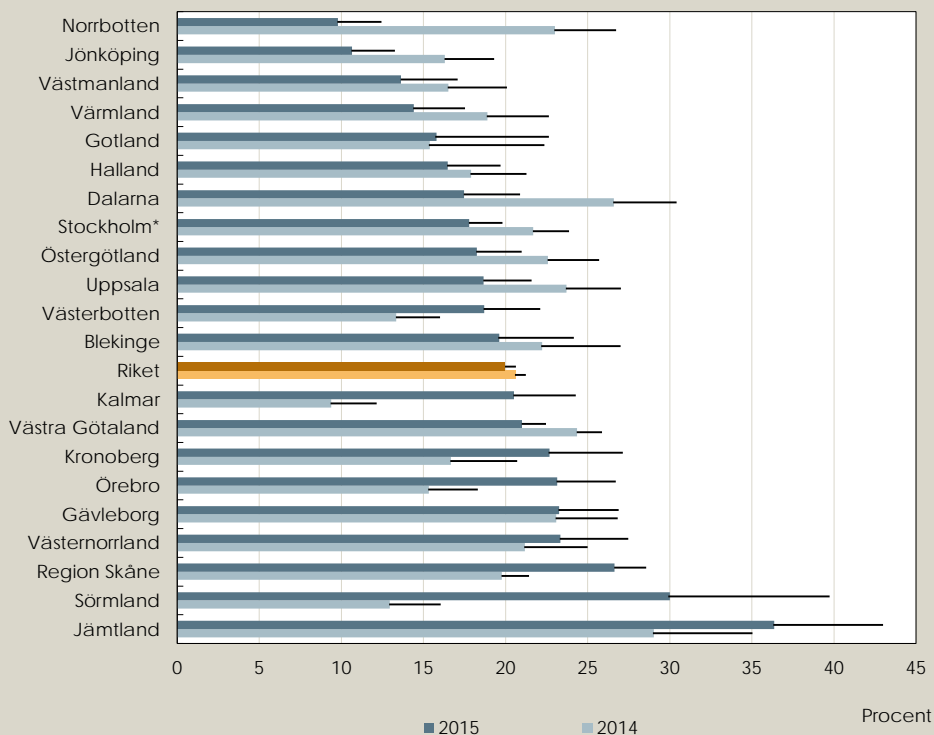
\* Stockholms resultat 2015 är exklusive sjukhusen Danderyd, Södertälje, Karolinska och St. Görans  
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Av alla patienter är i snitt 20 procent riskpatienter. De tre landstingen med minst andel patienter med trycksår – Kalmar, Halland och Blekinge – hade även färre riskpatienter och färre riskpatienter med trycksår jämfört med riket. De tre landsting/regioner med flest andel patienter med trycksår – Dalarna, Kronoberg och Västernorrland – hade fler riskpatienter och fler riskpatienter med trycksår jämfört med riket.

Det var 20 procent av riskpatienterna som hade allvarligare trycksår (kategori 2–4) (se figur 26). Variationen mellan de olika landstingen och regionerna var fortsatt stor, mellan 10–36 procent.

**Figur 26. Andelen riskpatienter med trycksår kategori 2–4 i slutenvård**

Punktprevalensmätning 2014–2015 i landsting och regioner.



\*Stockholms resultat 2015 är exklusive sjukhusen Danderyd, Södertälje, Karolinska och St. Göran

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

De förebyggande åtgärder som mäts är lägesändring i säng respektive stol, tryckreducerande madrass respektive dyna i stol, glidlakan eller annan utrustning och hälavlastning. Tryckreducerande madrass är den vanligaste förebyggande åtgärden mot trycksår. Fyra landsting/regioner använder tryckreducerande madrass till samtliga riskpatienter och åtta landsting/regioner använder det till minst 90 procent av riskpatienterna. Variationen mellan de olika landstingen och regionerna är mellan 70–100 procent.

### Trycksår förekomst i kommunal vård och omsorg

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 och hemsjukvårdsteam som har erbjudits att delta. I mätningarna 2015 deltog 160 kommuner på våren och 143 på hösten. Det var knappt hälften av landets kommuner som deltog i höstens mätning och antalet enheter per kommun varierade stort. Det går inte att dra säkra slutsatser av utvecklingen inom kommunal vård och omsorg med detta underlag. I höstens mätning var andelen riskpatienter 31 procent och det var 8 procent som hade trycksår (se tabell 14).

**Tabell 14. Punktprevalensmätningar av trycksår i kommuner 2013–2015**

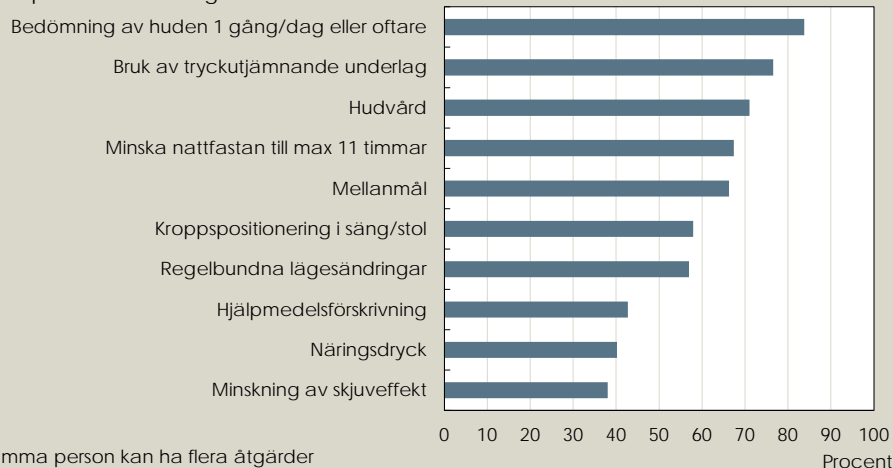
|                             | Vår 2013 | Höst 2013 | Vår 2014 | Höst 2014 | Vår 2015 | Höst 2015 |
|-----------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Andel med risk för trycksår | 30       | 31        | 31       | 32        | 31       | 31        |
| Andel med trycksår          | 5        | 9         | 9        | 9         | 8        | 8         |
| Antal kommuner              | 60       | 61        | 177      | 196       | 160      | 143       |
| Antal personer              | 6 540    | 7 999     | 17 569   | 22 208    | 21 402   | 18 747    |

Källa: Senior alert.

I PPM av trycksår ingår riskbedömning, hudobservation och registrering av pågående åtgärder. Pågående åtgärder omfattar 28 förebyggande åtgärder. Den vanligaste åtgärden för personer med risk för trycksår och med minst ett observerat trycksår är bedömning av huden samt bruk av tryckutjämnande underlag. 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 2015.



För personer som ännu inte hade utvecklat trycksår, men som bedömdes ha risk för det, var de två vanligaste förebyggande åtgärderna bedömning av huden (78 procent) och äta mellanmål (71 procent). Bruk av tryckutjämnande underlag låg på 60 procent.

## Mellanmål är den vanligaste förebyggande åtgärden

Riskbedömning och planering av förebyggande åtgärder genomförs kontinuerligt och då kan kvalitetsregistret Senior alert användas för att följa utvecklingen. De enhetstyper i äldreomsorgen som registrerar i Senior alert är demensboende, korttidsboende, särskilt boende, hemsjukvårdsteam och hemtjänstteam. Resultatet inom äldreomsorgen 2014–2015 för denna konti-

nuerliga registrering<sup>49</sup> visade att den vanligaste förebyggande åtgärden hos riskpatienterna var att äta mellanmål, 13 procent. Av de 12 vanligaste åtgärderna var 6 stycken kostrelaterade. Tryckutjämnande underlag var planerade för 8 procent (se tabell 15).

**Tabell 15. Registrerade åtgärder för personer inom äldreomsorgen som har bedömts ha risk för trycksår 2014–2015\***

| Åtgärd  | Andel (%) |
|---|-----------|
| Mellanmål                                       | 13        |
| Minska nattfastan till max 11 timmar            | 12        |
| Bedömning av huden en gång per dag eller oftare | 11        |
| Hudvård   | 9         |
| Bruk av tryckutjämnande underlag                | 8         |
| Beräkning av kosten                             | 5         |
| Näringsdryck                                    | 5         |
| Kroppspostionering i säng/stol                  | 6         |
| Regelbundna lägesändringar                      | 5         |
| Protein- och energirik kost                     | 4         |
| Hjälpmiddelsförskrivning                        | 4         |
| Konsistensanpassning                            | 4         |
| Minskning av skjuveffekt                        | 3         |
| Övriga åtgärder                                 | 11        |

\*Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.

Källa: Senior alert.

En ny indikator i Öppna Jämförelser 2015 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 var 31 procent<sup>50</sup> [64].

## Framgångsfaktorer för att förebygga trycksår

Mätningarna indikerar att vissa sjukhus lyckas bättre än andra med att förebygga trycksår. SKL har därför genomfört en studie för att identifiera faktorer som kan hänga samman med en lägre andel trycksår. Syftet är att resultatet från studien ska fungera som ett stöd till att minska förekomsten av trycksår. I studien inkluderades tre sjukhus med den största förbättringen över tid respektive tre sjukhus med den minsta förbättringen. Fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer genomfördes med medarbetare. Sju framgångsfaktorer för att minska andelen trycksår identifierades:

- långsiktigt systematiskt arbete: att resultat från nationella och lokala mätningar används i förbättringsarbetet
- individanpassade åtgärder och dokumentation: att personal samråder med fysioterapeuter och dietister för att individanpassa lämpliga åtgärder

49 Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.

50 Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.



- snabb återkoppling av resultat: att ledningen snabbt får resultat från sjukhusmätningar
- organisering för att förebygga: att olika yrkeskategorier involveras i det förebyggande arbetet
- tryckavlastande material: att genomföra en inventering och göra inköp efter önskemål och behov
- regelbundna utbildningar med både teori och praktik samt att använda gemensamt utbildningsmaterial i alla utbildningar
- fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler samt att ledningen kommunicerar förväntningar och mål som alla kan arbeta mot [65].

## Diskussion

Andelen patienter med trycksår är oförändrat hög i PPM för landsting och regioner, 14 procent, och insatta förebyggande åtgärder förefaller i och med det otillräckliga. I kommunerna är det en betydligt lägre andel trycksår, 8 procent. Mätningarnas resultat kan inte jämföras rakt av då det är skillnader i patienternas allmäntillstånd och andra inverkan omständigheter som vi inte känner till. Det som är tydligt är skillnaden i antal förebyggande åtgärder som mäts. PPM i landsting och regioner omfattar endast fyra förebyggande åtgärder att jämföra med 28 åtgärder i PPM i kommunerna. Att mäta innebär att uppmärksamma och det är kanske nödvändigt att fler förebyggande åtgärder följs upp i landstingens och regionernas mätning av trycksårsförekomst.

Betydelsen av en välnutrierad patient har vi beskrivit i avsnittet om undernäring. I resultatet från PPM i kommunerna fanns tre kostrelaterade förebyggande åtgärder av de tio mest förekommande och i Senior Alert för äldreomsorgen var 6 av de 12 mest förekommande åtgärderna kopplade till nutrition. I vilken omfattning riskpatienterna inom landsting och regioner erhåller kostrelaterade förebyggande åtgärder har vi inte kunskap om utan det är ett område som bör analyseras vidare i arbetet med att minska trycksårsförekomsten i landsting och regioner.

Det går inte att jämföra resultaten för de förebyggande åtgärderna från Senior alert som har den kontinuerliga registreringen över tid med PPM, som ger en ögonblicksbild, men skillnaden i förekomsten av förebyggande åtgärder i kommunernas vård och omsorg bör undersökas vidare. Exempelvis har 60 procent av riskpatienterna i PPM tryckutjämnande underlag. I den löpande registreringen i Senior alert har 8 procent av riskpatienterna i äldreomsorgen tryckutjämnande underlag och lyfts enbart särskilda boenden ut är det 31 procent som har det. Skillnaden kan förklaras med att resultatet i PPM är baserat på direktobservationer medan data från Senior alert baseras på det som dokumenterats i registret. Det är av vikt att kommunerna uppmärksammar dessa skillnader, inte minst utifrån att nästan alla kommunerna svarade i kommunenkäten att de i sin egenkontroll jämför verksamhetens resultat med uppgifter från kvalitetsregister och ofta Senior alert. Om informationen inte dokumenteras är det osäkra data som det fortsatta utvecklingsarbetet baseras på.

# Fall och förebyggande åtgärder

## Inledning

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. Risken att falla ökar med stigande ålder. Vissa typer av läkemedel utgör en ökad risk för fallolyckor. Andra riskfaktorer är exempelvis underliggande sjukdomar, låg kroppsvikt, muskelsvaghet och gångsvårigheter [66]. SKL har tagit fram ett åtgärds paket som innehåller råd och anvisningar för hur man kan arbeta systematiskt med att förebygga fall och fallskador [67]. Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ger ut omfattande stödmaterial om äldres säkerhet<sup>51</sup>.

Procentsatsen i redovisningen i följande avsnitt har avrundats.

## Fallrisk och förebyggande åtgärder i Senior alert

Viktiga åtgärder för att förhindra fall och fallskador är att kontinuerligt bedöma risken för att falla och att sätta in förebyggande åtgärder. Riskbedömningar och planerade åtgärder registreras i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Under perioden 140801–150930 är det drygt 50 procent av dem inom kommunens särskilda boendeformer, inom hemtjänstteam och hemsjukvård med bedömd risk för att falla som har minst en planerad förebyggande åtgärd. Variationen mellan kommunerna är 0 till drygt 90 procent. För personer inom kommunens hemtjänstteam och hemsjukvårdsteam är andelen betydligt lägre och ligger runt 35 procent. Det är ingen skillnad mellan könen. De vanligaste förebyggande åtgärderna som registreras är larm eller extra tillsyn, 13 procent, läkemedelsgenomgång 11 procent och assistans vid personlig vård 11 procent (se tabell 16).

**Tabell 16. Registrerade åtgärder för personer som har bedömts ha risk för fall 2014–2015\***

| Åtgärd                                   | Andel (%) |
|--|-----------|
| Larm/extra tillsyn                       | 13        |
| Läkemedelsgenomgång                      | 11        |
| Assistans vid personlig vård             | 11        |
| Assistans vid förflyttning               | 9         |
| Stöd vid personlig vård                  | 9         |
| Hjälpmiddelsförskrivning                 | 8         |
| Gångträning                              | 7         |
| Anpassning av möblering och inventarier  | 7         |
| Information/undervisning om hälsa/ohälsa | 3         |
| Anpassning av belysning och ljud         | 3         |
| Antihalksockar                           | 3         |
| Övriga åtgärder                          | 16        |

\*Data för riskbedömningar från 2014-08-01–2015-08-31. Data för åtgärder från 2014-09-01–2015-09-30.

Källa: Senior alert.

51 <https://www.msb.se/sv/Forebyggande/Aldres-sakerhet/>.

## Förekomst av fallrisk och fall i kommunal vård och omsorg

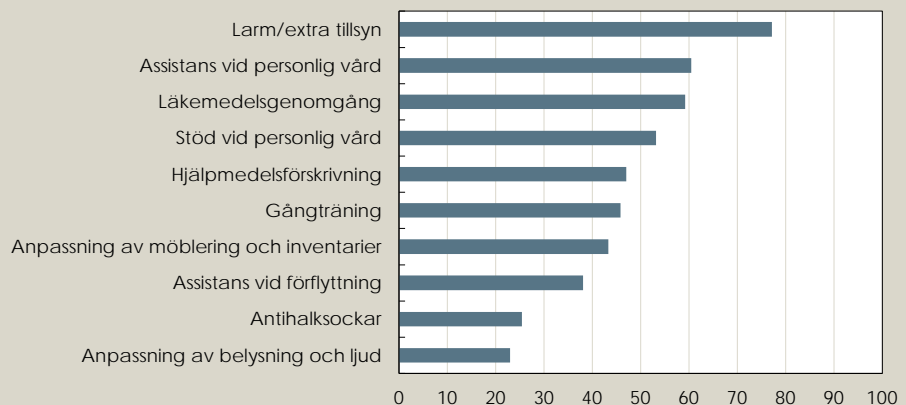
Sedan 2013 har Senior alert erbjudit samtliga kommuner att genomföra PPM av trycksår och fall två gånger per år, en på våren och en på hösten. Personer som finns inom särskilda boendeformer, korttidsboenden, demensboenden, LSS boenden och hemsjukvård omfattas vid mätningen.

I PPM hösten 2013 ligger andelen personer med risk att falla på 84 procent och hösten 2014 på 79 procent. Vid senaste mätningen hösten 2015 är andelen 80 procent. Vid PPM hösten 2015 deltog 143 kommuner och totalt 18 747 personer ingick i mätningen. Bland dessa noterades 1 853 fall för 1 309 personer vilket är 7 procent. Det var 1 022 av dessa som endast föll en gång. Mätningen visade att ungefär en fjärdedel av fallolyckorna resulterade i en skada. Knappt 10 procent drabbades av mjukdelsskada och lika många av sårskada. Höftfraktur var den vanligaste frakturen och den drabbade drygt 1 procent av dem som föll. Vid knappt tre fjärdedelar av fallen sågs ingen skada.

Av dem som fallit minst en gång hade 77 procent ett larm eller extra tillsyn. Denna åtgärd var den vanligaste, följt av assistans vid personlig vård respektive läkemedelsgenomgång som cirka 60 procent av personerna hade (se figur 28).

**Figur 28. De 10 vanligaste förebyggande åtgärderna för personer med risk för fall och som hade minst ett fall\***

Punktprevalensmätning i kommunerna hösten 2015.



\* Samma person kan ha flera åtgärder

Källa: Senior alert.

## Diskussion

Det är tidigare redovisat i avsnittet att fall och fallskador bedöms som ett av de största risk- och vårdskadeområdena i kommunal vård och omsorg och här har vi redovisat att omkring fyra av fem personer inom kommunal vård och omsorg riskerar att falla. Fallskador orsakar lidande för den som drabbas och kostnader för samhället. Fallskadorna kan minska om förebyggande åtgärder sätts in men bara drygt 50 procent av personerna som bedöms ha risk för att falla har minst en planerad förebyggande åtgärd, vilket är otillräckligt. Det går inte att jämföra resultaten för de förebyggande åtgärderna från Senior alert som

har den kontinuerliga registreringen över tid med PPM som ger en ögonblicksbild. Skillnaderna i utfallen är dock påtagliga, som tidigare beskrivits i avsnitt trycksår, och det bör undersökas vidare om det kan bero på brister i den löpande registreringen i kvalitetsregistret.

## Överbeläggning och utlokalisering

### Inledning

Överbeläggning uppstår när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, det vill säga saknar den fysiska utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Brist på 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.

Överbeläggningar och särskilt utlokaliseringar av patienter kan medföra vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, försenad behandling eller medicinering och en ökad dödlighet vid vissa sjukdomstillstånd [68].

Landsting och regioner rapporterar kontinuerligt antalet överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter inom somatisk och psykiatrisk slutenvård till den nationella databasen Väntetider i vården. Utfallen sammanställs och publiceras på SKL:s webbplats<sup>52</sup>.

### Överbeläggningarna har ökat något

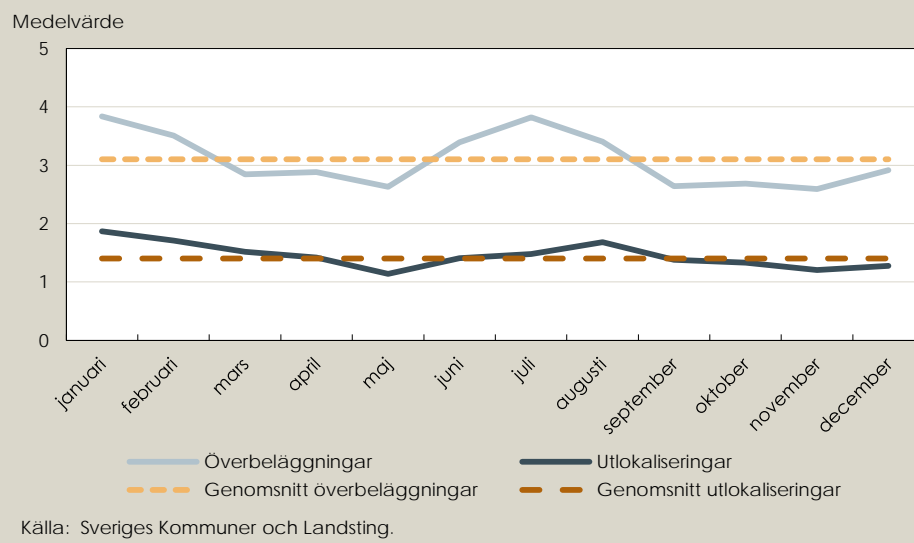
Inom den somatiska vården 2015 varierade riksgenomsnittet för antalet överbeläggningar mellan 2,6 och 3,8 per 100 disponibla vårdplatser under året med ett årsgenomsnitt på 3,1. Flest överbeläggningar och utlokaliseringar ses under jul och nyår samt under semesterperioden (se figur 29). Årsgenomsnittet för antalet överbeläggningar var något högre än 2014 då det var 2,7 per 100 disponibla vårdplatser.

---

52 <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/Overbelaggnig/>.

**Figur 29. Överbeläggning och utlokalisering av patienter inom somatisk vård 2015**

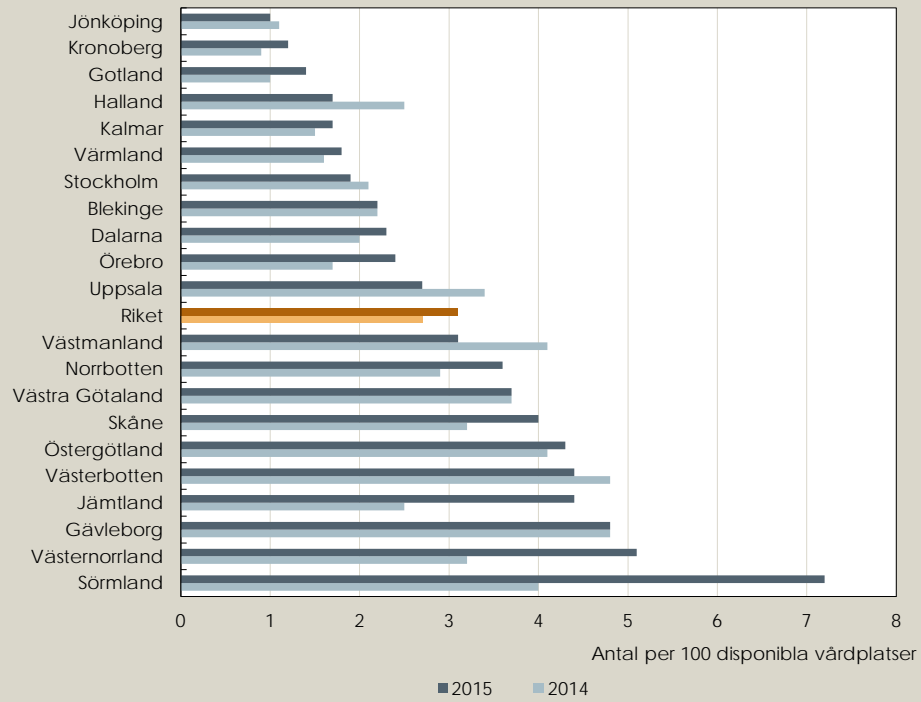
Medelvärde per 100 disponibla vårdplatser.



Variationen för överbeläggningar mellan de olika landstingen och regionerna låg mellan 1 och 7,2 per 100 disponibla vårdplatser. Under 2014 var variationen mellan de olika landstingen och regionerna mellan 0,9 och 4,8 per 100 disponibla vårdplatser. Jönköping, Kronoberg och Gotland ligger på en lägre nivå än övriga landsting och regioner både 2014 och 2015 (se figur 30).

**Figur 30. Överbeläggning inom somatisk vård 2014 och 2015**

Årsgenomsnitt i landsting och regioner.

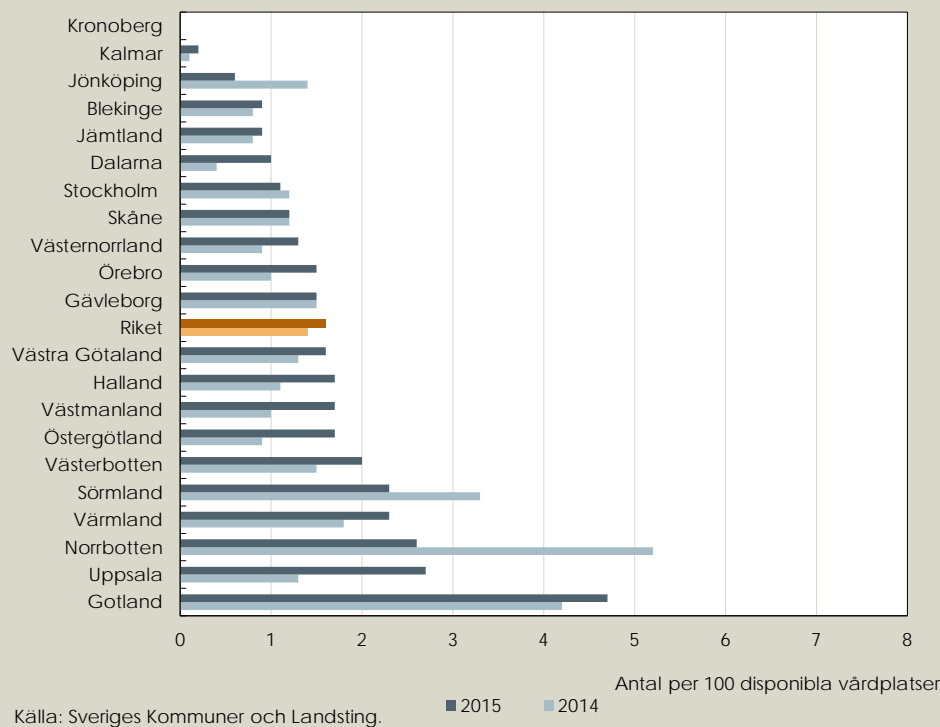


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Antalet utlokaliseringar 2015 varierade mellan 1,1 och 1,9 per 100 disponibla vårdplatser med ett årsgenomsnitt på 1,6. Variationen mellan de olika landstingen och regionerna låg mellan 0 och 4,7 per 100 disponibla vårdplatser. Utfallet 2014 för utlokaliseringar var marginellt lägre än 2015 med 1,5 per 100 disponibla vårdplatser. Variationen mellan de olika landstingen och regionerna låg mellan 0 och 5,2 per 100 disponibla vårdplatser (se figur 31).

**Figur 31. Utlokalisering inom somatisk vård 2014 och 2015**

Årsgenomsnitt i landsting och regioner.



Överbeläggningar inom psykiatrisk vård varierar i riket mellan 3,5 i oktober och 2,2 i mars med ett riksgenomsnitt för 2015 på 2,8 per 100 disponibla vårdplatser. Några landsting och regioner, Jämtland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland och Västerbotten, rapporterar överbeläggningar påtagligt över riksgenomsnittet. Utlokaliseringar är ovanliga inom psykiatrisk vård.

## Utskrivningsklara patienter

Brister i samordning mellan vårdgivare kan påverka tillgången på disponibla vårdplatser. En patient är utskrivningsklar när den behandlande läkaren på sjukhuset bedömer att patienten inte längre är i behov av slutenvårdens resurser utan kan vårdas i hemmet eller i annan vårdform med det stöd som kan behövas. Måttet avspeglar hur vårdkedjan fungerar i den meningen att landstingen/regionerna och kommunerna gemensamt har upprättat en vårdplan som beskriver fortsatt vård och omsorg och att dessa behov kan tillgodoses efter utskrivning från sjukhuset. Från januari till juni 2015 är antal utskrivningsklara dygn per 1 000 invånare för patienter 65 år och äldre i riket 111 dagar. På landstings- och regionnivå varierar resultaten från 55 (Västernorrland) upp till 207 dagar (Örebro) per 1 000 invånare. I riket är antalet utskrivningsklara vård dygn cirka 212 000 under de aktuella månaderna [69].

## Diskussion

Enligt SKL har det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare minskat från 25 522 till 24 603 mellan åren 2011 och 2014 [70]. Omständigheter som god samverkan mellan vårdgivare eller en mera utbyggd hemsjukvård kan ha påverkat antalet disponibla vårdplatser men är

sannolikt inte de enda förklaringarna. En viss ökning av överbeläggningarna ses vid en jämförelse mellan 2014 och 2015. Några landsting och regioner har högre utfall för överbeläggningar och lägre för utlokaliseringar medan andra har omvänt utfall. Ett högre utfall för antal utlokaliserade patienter kan indikera att det finns vårdplatser på sjukhuset men att fördelningen av vårdplatserna, utifrån de medicinska behoven, är skev. Slutenvårdens antal utskrivningsklara vårddygn pekar på en resurspotential som möjligen antyder att kommunerna inte har den kapacitet som vore önskvärd. Det kan även bero på att samverkan mellan vårdgivare brister.

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. Åtgärdsplanerna måste omfatta god samverkan med andra vårdgivare såväl som att analysera vårdplatsfördelningen mellan klinikerna och mellan sjukhusen i landstinget och regionen och vid behov omdisponera resurser. Om analyserna visar en faktisk vårdplatsbrist måste fler disponibla vårdplatser tillskapas. Det är inte acceptabelt att betrakta överbeläggningar och utlokaliseringar som ett normaltillstånd eftersom det kan leda till betydande risker för patienterna och har en negativ inverkan på personalens arbetsmiljö. Mer kunskap behövs om eventuell förekomst av vårdskador och risker som inträffat till följd av nuvarande vårdplatssituation.



# Sammanfattande diskussion

## Kommunernas patientsäkerhetsarbete

Hemsjukvården utvecklas med allt fler patienter som vårdas i hemmet och det är kommunerna som ansvarar för en stor del av denna vård. Det nationella patientsäkerhetsarbetet har haft fokus på sjukhusvård och kunskapen om patientsäkerhetsriskerna i hemsjukvård är därmed inte lika kända. Socialstyrelsens undersökning av kommunernas patientsäkerhetsarbete är första steget i att kartlägga och analysera patientsäkerhetsarbetet och patientsäkerhetsutvecklingen samt identifiera behov av kunskapsstöd för den fortsatta utvecklingen.

Svaren på frågorna om ledningssystem visar att begreppet *ledningssystem* tolkas på många olika sätt och uppfattningen om vilka delar som ingår i ett ledningssystem varierar. Det framgår också att det finns stora skillnader i arbetet med att utveckla och implementera rutiner för patientsäkerhetsarbetet, exempelvis avseende struktur och systematik, inom och mellan kommunerna, vilket talar för ett behov av ökat nationellt stöd i patientsäkerhetsarbetet.

En stor andel av kommunerna uppger i enkätsvaren att de i sin egenkontroll jämför resultat med tidigare resultat från exempelvis punktprevalensmätningarna (PPM) och jämför med data från register och databaser. Omfattningen av hur och med vilken regelbundenhet olika metoder används bör undersökas mer, bland annat för att deltagandet i exempelvis PPM är lågt. Enkätsvaren kan ha beskrivit avsikten att använda dessa metoder för egenkontroll snarare än att det hittills ingått i en systematisk rutin för egenkontroll.

Det riskförebyggande arbetet med systematiska riskanalyser på en övergripande nivå förefaller inte vara så vanligt och är ett område som behöver utvecklas. En stor andel kommuner uppger att man arbetar med riskbedömningar inom främst undernäring, trycksår och fall, som täcks av kvalitetsregistret Senior alert. I resultatet vi presenterat framkommer att andelen planerade åtgärder för att förebygga dessa tillstånd är låg trots att man identifierat att personerna har en risk för det. Detta indikerar att det saknas systematiska rutiner för att sätta in förebyggande åtgärder och följa upp att de genomförs. Det är en lägre andel förebyggande åtgärder för hemtjänstteam och hemsjukvård. Eftersom majoriteten av de äldre som har vård- och omsorgsbehov får detta i hemmet är det viktigt att utreda orsakerna och stimulera till förbättring inom området.

Undersökningen visar också att kommunerna har behov av att förstärka befintliga utbildningsinsatser och att bedriva utbildningen mer systematiskt. Säkerhetsmedvetna medarbetare med ett skadeförebyggande förhållningssätt förutsätter adekvat kunskap om vad patientsäkerhet omfattar och vilka metoder som förebygger vårdskador.

Det är personer med olika funktion och med olika grad av överblick över kommunens patientsäkerhetsarbete som har besvarat enkäten och många har angett att de inte kan svara på hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs hos de

privata utförarna inom kommunen. Socialstyrelsen har för avsikt att göra fördjupad kartläggning och analys för att få en helhetsbild av kommunernas inklusive privata utförares patientsäkerhetsarbete och vilka åtgärder som behöver vidtas för att stärka och utveckla detta arbete.

## Utveckla det förebyggande arbetet

Förekomsten av andelen vårdtillfällen med vårdskador inom somatisk sjukhusvård för vuxna har minskat och skillnaderna mellan landsting och regioner i PPM har minskat över åren. Detta kan sannolikt tolkas som att det systematiska patientsäkerhetsarbetet börjar få effekt. Däremot visar resultaten från PPM – VRI små förändringar över tid avseende minskad andel vårdrelaterade infektioner (VRI) i slutenvården, där andelen ligger omkring 9 procent för riket som helhet. Det finns stora skillnader mellan landstingen och regionerna vilket indikerar att andelen vårdrelaterade infektioner går att ytterligare påverka och att det infektionsförebyggande arbetet därför måste utvecklas. Men det bör samtidigt reflekteras över i vilken grad VRI kan förebyggas. Det är tidigare beskrivet i rapporten att de studier vi refererar till, som menar att 20 till 30 procent av de vårdrelaterade infektionerna bör gå att förhindra, är förhållandevis gamla. Studierna återspeglar inte dagens hälso- och sjukvård med allt mer avancerad sjukvård för till exempel för tidigt födda barn och avancerad sjukvård för allt äldre patienter med komplexa sjukdomstillstånd.

Trycksårspårekomsten i landsting och regioner är oförändrat hög och även där ses stora regionala skillnader vilket tyder på att det går att minska förekomsten av trycksår. Det förebyggande arbetet måste utvecklas med genomförande av fler effektiva åtgärder och noterbart är att kommunerna följer upp fler förebyggande åtgärder vid PPM av trycksår än vad landstingen och regionerna gör.

Läkemedelsanvändningen hos äldre har blivit mer komplex med fler antal läkemedel. Vi vet att de flesta allvarliga biverkningarna som leder till inläggning av äldre på sjukhus är möjliga att förebygga [53]. Det behövs fördjupade analyser om vad som är mest riskfyllt och hur läkemedelsorsakade skador och vårdskador kan förebyggas. Metoderna för att genomföra läkemedelsgenomgångar och att följa upp att dessa genomförs behöver vidareutvecklas. E-hälsoarbetet behöver utvecklas så att upprättande av en läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista vid utskrivning blir verklighet. Användningen av olämpliga läkemedel hos äldre minskar i riket men det finns stora resultatmässiga skillnader gällande boendeform och skillnader i användning mellan kommunerna. Det behövs mer kunskap om vad dessa skillnader beror på och hur de kan minskas.

Patientcentrering 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.

## Utveckling av patientsäkerhetsarbetet

Lägesrapporten beskriver inte alla riskområden för uppkomst av vårdskador. Risker och vårdskador inom psykiatrisk vård, barnsjukvård, primärvård och avancerad hemsjukvård finns inte med. Markörbaserad journalgranskning 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. Det behövs sannolikt nationella initiativ för att upprätthålla en tillräckligt stor omfattning på journalgranskningen för att kunna göra säkra bedömningar av utvecklingen av patientsäkerheten.

Mer kunskap behövs om vilken inverkan nuvarande vårdplatssituation på sjukhusen har haft på vårdskadeförekomst och inträffade allvarliga händelser. Detta gäller också bristen på specialistutbildad hälso och sjukvårdspersonal, som finns i delar av landet. Efterfrågan överstiger tillgången för barnmorskor, för alla specialiserade läkare samt för både specialiserade och icke specialiserade sjuksköterskor [71].

Ett annat område där det finns kunskapsluckor avseende patientsäkerhetsrisker och förekomst av vårdskador är till exempel diagnosticering.

### Den fortsatta rapporteringen av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen har ett fortsatt uppdrag att redovisa en rapport över utvecklingen för 2016 inom patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen bedriver följande utvecklingsprojekt inom patientsäkerhetsområdet som är tänkta att bland annat vara en grund för den kommande rapporten:

- projekt för att tydliggöra centrala begrepp och definitioner inom patientsäkerhetsområdet
- kartläggning och fördjupande analyser av riskområden för uppkomst av vårdskador inom hemsjukvård
- utvecklingsprojekt i samverkan med Landstinget i Värmland i syfte att med ett systemperspektiv få en förståelse för skillnader i utfall av patientsäkerhetsarbetet samt identifiera behov av nationellt stöd för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt
- utveckling av öppna jämförelser för säker vård med redovisning december 2016
- utveckling av ett samlat stöd inom patientsäkerhetsområdet i form av ett nationellt webbaserat kunskapsstöd med fokus på de mest frekventa och allvarliga vårdskadorna.

Socialstyrelsens anser att landsting och regioner fortsätter att bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete. För att kunna bedöma utvecklingen av patientsäkerheten inom den kommunala vården har Socialstyrelsen för avsikt att genomföra fördjupad kartläggning och analys för att identifiera riskområden för uppkomst av vårdskada och behov av kunskapsstödjande insatser.

# Referenser

1. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
2. Hur står det till med våra akutmottagningar? Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
3. Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? RiR 2015:12. Riksrevisionen; 2015.
4. Enskildas klagomål enligt PSL. En slutredovisning av Regeringsuppdraget S2012/8855/SAM. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
5. Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01). Official Journal of the European Union; 2009.
6. Report from the commission to the council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections; 2012.
7. Report from the commission to the council. The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections; 2012. Hämtad 2015-12-15 från [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf).
8. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care. Hämtad 2015-12-15 från <http://www.pasq.eu/>.
9. Key findings and recommendations on education and training in patient safety across Europe; 2014.
10. Key findings and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe; April 2014.
11. World Health Organization. Patient Safety: Reduction of adverse events through common understanding and common reporting tools; 2003. Hämtad 2015-12-15 från <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/JCAHOREport12-30June03.pdf?ua=1>.
12. TemaNord 2010:572.
13. En rapport om Patientsikkerhed. Arbejdsgruppe under Nordisk Ministerråd for patientsikkerhed. Styrelsen för patientsikkerhed; 2016. Hämtad 2016-03-17 på <http://stps.dk/da/nyheder/2016/rapport-om-arbejde-med-patientsikkerhed-i-norden>.
14. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2014. Inspektionen för vård och omsorg; 2015. Hämtad 2015-12-17 från <http://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/sammanstallning-av-klagomal-som-inkommit-till-patientnamnderna-under-verksamhetsaret-2014/http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/>.

15. Enskildas klagomål enligt PSL. En slutredovisning av Regeringsuppdraget S2012/8855/SAM. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
16. Sammanställning av klagomål enligt PSL under verksamhetsåret 2015. Inspektionen för vård och omsorg; 2016. Hämtad 2016-01-26 från <http://www.ivo.se/om-ivo/statistik/klagomal-halso--och-sjukvard-och-socialtjanst/>.
17. Slutbetänkandet Fråga patienten: nya perspektiv i klagomål och tillsyn (SOU 2015:102).
18. Löf patientsäkerhetsprojekt. Hämtad 2015-02-15 från <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/>.
19. Gör lex Maria vården säkrare? En uppföljning av lex Maria-anmälningar från den somatiska specialistsjukvården i sydöstra Sverige. Inspektionen för vård och omsorg; 2015.
20. Riskanalys & Händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
21. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015. Socialstyrelsen; 2015.
22. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. *Health Affairs*; 2011.
23. Rutberg H et.al. "Patients with adverse events have a prolonged hospital stay. A four year study at a University hospital using the global trigger tool method. *BMJ Open* 2014;4:e004879. doi:10.1136/bmjopen-2014-004879.
24. Markörbaserad journalgranskning – för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
25. Skador i vården – skadeområden, undvikbarhet samt förändringar över tid. Markörbaserad journalgranskning 2013–2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
26. Markörbaserad journalgranskning. Markörer för journalgranskning i barnsjukvården – för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
27. Markörbaserad journalgranskning i psykiatri – för att identifiera och mäta skador i vården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
28. Deilkås ET, Bukholm G, Lindstrøm JC, et al. Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ Open* 2015;5:e008576. doi:10.1136/bmjopen-2015-008576.
29. Om implementering. Socialstyrelsen; 2012.
30. Skador i vården – skadepanorama och kostnader inom ortopedisk verksamhet. Markörbaserad journalgranskning 2013. Svensk Ortopedisk Förening; 2014.
31. Skador i vården – skadepanorama och kostnader för kirurgi. Markörbaserad journalgranskning 2013. Svensk Kirurgisk Förening; 2014.
32. Skador i vården – skadefrekvens och skadepanorama för obstetrik och gynekologi. Markörbaserad journalgranskning 2013–2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.

33. Säker förlossningsvård. Hämtad 2016-02-15 från <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/>.
34. Säker Förlossningsvård - slutrapport fas 1 2011. Hämtad 2016-02-15 från <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/>.
35. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen; 2006.
36. Morgan, W.M. et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals; 1985; 121(2).
37. Harbarth, S., Sax, H. & Gastmeier, P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *Journal of Hospital Infection* 2003;54(4):258–66.
38. Gastmeier, P. Nosocomial infection surveillance and control policies. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2004;17(4):295–301.
39. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European hospitals 2011–2012. European Centre for Disease Prevention and Control; 2013. Hämtad 2015-12-07 från [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated\\_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf).
40. Handlingsplan mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner- Underlag för myndigheternas fortsatta arbete. Socialstyrelsen och Jordbruksverket; 2015.
41. Antibiotikastatistik kvartalsrapport 4 – 2015. Folkhälsomyndigheten; 2015. Hämtad 2016-02-18 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/antibiotikastatistik>.
42. SWEDRES/SVARM. Årsrapport över antibiotikaförbrukning och antibiotikaresistens i Sverige. Folkhälsomyndigheten och Statens veterinärmedicinska anstalt; 2014.
43. European Centre for Disease Prevention and Control. ESAC-Net interactive database. Hämtad: 2016-02-29 från [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial\\_resistance/esac-net-database/Pages/database.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/esac-net-database/Pages/database.aspx).
44. European Centre for Disease Prevention and Control (ESAC). Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union, November 2015. EARS-Net surveillance data. November 2015.
45. Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2016-03-29 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2016/mars/snabb-okning-av-resistenta-bakterier-av-typen-mrsa/>.
46. Antimicrobial resistance in Europe: 2014. European Centre for Disease Prevention and Control; 2015.
47. Infektionsverket. Erfarenheter och vägledning för användning av data. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
48. Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting; 2005.

49. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Slutrapport 2015. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015. Hämtad 2016-02-25 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/25/09/36/83f1ba48.pdf>.
50. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
51. Sjöqvist F. Interaktion mellan läkemedel. Fakta för förskrivare. FASS. <http://www.fass.se/LIF/healthcarefacts?docId=18352#document-top>.
52. Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based Study of Over 600,000 Older People. *Ann Pharmacother*. 2009;43(7):1233-8.
53. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre – Kartläggning och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen; 2014.
54. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Socialstyrelsen rapport 2000:11.
55. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011.
56. Heersink JT, Brown CJ, Dimaria-Ghalili RA, Locher JL. 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.
57. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr*. 2003;22(3):235-9.
58. Ingemar Eckerlund I, Stig K. Hälsoekonomiska aspekter på undernäring. I: Mossberg T, redaktör. Näringsproblem i vård och omsorg. (SoS-rapport 2000:11). Socialstyrelsen; 2000.
59. Senior alert. Hämtad 2015-12-11 från [https://register.ucr.uu.se/sa\\_public/?0#](https://register.ucr.uu.se/sa_public/?0#).
60. Edvinsson J, Rahm M, Trinks A, Höglund PJ. Senior alert: a quality registry to support a standardized, structured, and systematic preventive care process for older adults. *Qual Manag Health Care*. 2015;24(2):96-101.
61. About nDay/History. Hämtad 2015-12-11 från <http://www.nutritionday.org/>
62. Council of Europe – Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies).
63. Trycksår: åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
64. Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre 2015. Socialstyrelsen; 2015.
65. Trycksår- framgångsfaktorer för att förebygga. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
66. Lundin-Olsson L, Rosendahl E. Att förebygga fallolyckor bland äldre personer. Vårdalinstitutet – Tematiska rum. Äldres hälsa; 2008.
67. Fall och fallskador- åtgärder för att förebygga. Sveriges kommuner och landsting; 2011.

68. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Socialstyrelsen; 2012.
69. Öppna jämförelser 2015. Hälsa- och sjukvård. Övergripande indikatorer. Socialstyrelsen; 2016.
70. Statistik om hälsa- och sjukvård samt regional utveckling 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
71. Nationella planeringsstödet 2016 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälsa- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2016.



# 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

Charlotta George sakkunnig, KHS/PS, projektmedlem

## Övriga deltagare

Michael Soop medicinalråd, KHS/PS

Jenny Asplund utredare, U/SA

Eva Lööf utredare, U/SA

Viktoria Svensson utredare, U/SA

Johan Fastbom utredare, U/EM

Maria Biörklund Helgesson utredare, KHS/PS

Axana Hagggar utredare, KHS/PS

My Raquette statistiker, U/EM

Björn Tano statistiker, U/EM

Kalle Brandstedt utredare, S/ÖJ1

Maarten Sengers utredare, U/VÄL

## Bilaga 2

Enkät om patientsäkerhetsarbetet inom  
kommunal hälso- och sjukvård

Kartläggning av patientsäkerhetsarbetet  
i den kommunala hälso- och sjukvården,  
2015

Besvaras på webben

**Till socialchefen**

## **Kartläggning av patientsäkerhetsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården**

### **Bakgrund**

Socialstyrelsen har årligen på regeringens uppdrag lämnat en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet under åren 2013–2015 avseende den landstingsfinansierade vården. Socialstyrelsen har nu regeringens uppdrag (S2015/972/SAM) att redovisa en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016 som ska spegla patientsäkerheten 2015 inom bl. a. den somatiska vården, psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården. Underlag i register finns inte på samma sätt för den kommunala vården som för landstingsfinansierad slutenvård utan kunskap om detta inhämtas med andra metoder bland annat enkätundersökning.

### **Syfte**

Syftet med undersökningen är att få fördjupad kunskap om det pågående patientsäkerhetsarbetet och vilka risk- och vårdskadeområden som finns i den kommunala hälso- och sjukvården. Resultatet från undersökningen ska beskrivas i Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016. Resultatet kommer också att vara ett underlag till fördjupade analyser av patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att identifiera eventuella behov av nationellt kunskapsstöd.

### **Ert svar är viktigt**

Enkäten skickas till landets kommuner och stadsdelarna i Göteborg, Malmö och Stockholm. Deltagandet är frivilligt, men vi hoppas att ni vill bidra genom att svara på enkäten. Ert svar behövs för att resultatet ska bli så heltäckande och användbart som möjligt.

Vi ber dig svara på enkäten senast den 22 november 2015.

### **Frågor**

Har du frågor om undersökningen kan du kontakta:  
Carina Skoglund  
Telefon: 075-247 30 67  
E-post: [carina.skoglund@socialstyrelsen.se](mailto:carina.skoglund@socialstyrelsen.se)

### **Samråd med SKL**

Socialstyrelsen har samrått med Sveriges Kommuner och Landsting, i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner, inför utformandet och genomförandet av enkäten.

### **Hantering av kontaktuppgifter**

Kontaktuppgifter till denna enkät sparas och hanteras hos Socialstyrelsen i enlighet med personuppgiftslagen PUL (1998:204).

## Praktiska instruktioner

Vid varje fråga finns en möjlighet att lämna kortfattade kommentarer.

Frågor med stjärna (\*) måste besvaras för att komma vidare i enkäten (gäller webbenkäten). Enkäten innehåller automatiska hopp om en följdfråga inte är relevant. Vid några frågor kan flera svar anges.

De svar som matas in i enkäten sparas när du klickar på flikarna "Föregående" eller "Nästa" längst ner på varje sida i enkäten. Du kan avbryta besvarandet och återgå till enkäten genom att klicka på länken i e-postbrevet.

När du har svarat på alla frågorna i enkäten klickar du på "Klar". Klicka på "Svarsöversikt" för att kontrollera och eventuellt korrigera dina svar.

För att få en utskrift av de svar som lämnas till Socialstyrelsen klickar du på symbolen för utskrift i svarsöversikten (endast de frågor som du har besvarat finns med i svarsöversikten). Utskriften behövs för avstämning/kvalitetssäkring av svaren och för kommunens diarieföring.

För att skicka in dina svar till Socialstyrelsen klicka på "OK" på sista sidan i enkäten.

Det är möjligt att göra ändringar i webbenkäten fram till sista svarsdag, även efter att du skickat in svaren. Ett svarskvitto skickas via e-post när Socialstyrelsen mottagit ditt svar.

## 1. Kontaktuppgifter till uppgiftslämnaren

Kommun:

Uppgiftslämnare (ansvarig för ifyllandet):

Befattning:

Telefon:

E-post:

---

---

---

---

---

## Organisering av patientsäkerhetsarbete

*I patientsäkerhetslagen ingår krav på att vårdgivarna ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivarnas ledningssystem har stor betydelse för utvecklingen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.*

## 2. Finns det ett upprättat ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

- Ja
- Delvis
- Nej

Kommentar

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 2 svarat ja eller delvis.*

## 3. Är rutinerna för patientsäkerhetsarbetet integrerat i ledningssystemet?

- Ja
- Delvis
- Nej

Kommentar:

---

---

## 4. Är rutinerna för patientsäkerhetsarbetet implementerade?

- Ja
- Delvis
- Nej

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 4 svarat delvis eller nej.*

## 5. Behövs stöd för implementering av rutinerna för patientsäkerhet?

- Ja
- Nej

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 5 svarat ja.*

**6. Vilket stöd behövs för att implementera rutinerna för patientsäkerhetsarbetet?**

---

---

---

---

**7. Finns särskilt utsedda personer inom kommunen med ansvar för att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet?**

*Med funktion avses t ex medicinsk ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef, enhetschef eller avvikelsesamordnare*

- Ja  
 Nej

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 7 svarat ja.*

**8. Ange vilken/vilka funktioner som har detta ansvar.**

|   | Ja, med skriftlig<br>Uppdrags-<br>beskrivning | Ja, utan<br>skriftlig uppdrags-<br>beskrivning | Inte<br>ansvarig         |
|---|---|--|--------------------------|
| Medicinsk ansvarig sjuksköterska<br>(MAS)   | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Medicinskt ansvarig rehabilitering<br>(MAR) | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhetschef                             | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Enhetschef/motsvarande                      | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Avvikelsesamordnare                         | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Annan funktion, ange vilken: _____          | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Annan funktion, ange vilken: _____          | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |
| Annan funktion, ange vilken: _____          | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> |

Kommentar:

---

---

## Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. Egenkontroll kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Egenkontrollen kan innefatta flera olika metoder.

### 9. Ange vilka metoder som används inom kommunens hälso- och sjukvård för egenkontroll för ökad patientsäkerhet.

|   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Journalgranskning   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jämförelser av verksamhetens resultat med resultat för andra verksamheter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientundersökningar t ex enkäter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens säkerhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Analys av uppgifter från patientnämnden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 9. Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i kvalitetsregister svarat ja.*

### 10. Du svarade att kommunens hälso- och sjukvård genomför jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med uppgifter i kvalitetsregister, ange vilka kvalitetsregister.

---

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 9. Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat svarat ja.*

### 11. Du svarade att kommunens hälso- och sjukvård genomför jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, ange vilka jämförelser som genomförs.

|   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| HALT; mätning av vårdrelaterade infektioner                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Punktprevalensmätning (PPM) av basala hygien- och klädrutiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Punktprevalensmätning (PPM) av trycksår                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Punktprevalensmätning (PPM) av fall                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentar:

---

---



## Personalens medverkan i patientsäkerhetsarbetet

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. En av förutsättningarna för detta är att personalen har kunskap om patientsäkerhet. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet.

### 12. Ges utbildning inom patientsäkerhetsområdet?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 12 svarat ja.*

### 13. Vilka utbildningar har personalen möjlighet att delta i inom patientsäkerhetsområdet?

|  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Utbildning i lagar och föreskrifter avseende patientsäkerhet, ledningssystem och anmälningsskyldighet      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i förbättringskunskap och/eller förändringsledning  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om patientsäkerhetskultur (värderingar, attityder och beteenden som påverkar patientsäkerheten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om kommunikation i vårdsituationen och vårdens övergångar                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om patient- och närståendelaktighet ur ett patientperspektiv                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i patientens möjlighet att lämna synpunkter och klagomål  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i risk- och vårdskadeområden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i förebyggande metoder och verktyg för ökad patientsäkerhet t ex riskbedömningsinstrument       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i avvikelserapportering (vad och varför) och metoder för risk- och händelseanalys               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan patientsäkerhetsutbildning än de områden som angetts ovan  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentar:

---

---

### 14. Finns behov av utbildning inom patientsäkerhetsområdet?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Kommentar:

---

---

Denna fråga ges bara till dem som på fråga 14 svarat ja.

**15. Vilka utbildningar finns det behov av inom patientsäkerhetsområdet?**

|  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Utbildning i lagar och föreskrifter avseende patientsäkerhet, ledningssystem och anmälningsskyldighet      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i förbättringskunskap och/eller förändringsledning  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om patientsäkerhetskultur (värderingar, attityder och beteenden som påverkar patientsäkerheten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om kommunikation i vårdsituationen och vårdens övergångar                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning om patient- och närståendelaktighet ur ett patientperspektiv                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i patientens möjlighet att lämna synpunkter och klagomål  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i risk- och vårdskadeområden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i förebyggande metoder och verktyg för ökad patientsäkerhet t ex riskbedömningsinstrument       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utbildning i avvikelserapportering (vad och varför) och metoder för risk- och händelseanalys               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan patientsäkerhetsutbildning än de områden som angetts ovan  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentar:

---

---

**Riskområden för uppkomst av vårdskador**

*Riskanalyser innebär att arbeta förebyggande. Riskanalyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som påverkar patientsäkerheten. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande.*

*För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är personalens engagemang och delaktighet nödvändig. Genom avvikelserapporter och synpunkter från personalen skapas förutsättningar för verksamhetsutövaren att kunna fullgöra sin skyldighet att utveckla och säkra kvaliteten. Därmed kan avvikelser och vårdskador förhindras.*

**16. Ange de mest frekventa riskområdena som rapporterats inom kommunens hälso- och sjukvård de senaste 12 månaderna.**

Ange högst fem riskområden

- Delegering
- Fall
- Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner
- Informationsöverföring
- Kommunikation
- Kompetensbrist
- Läkemedelshantering
- Medicinsk teknik
- Munhälsa
- Nutrition t ex nattfasta
- Otillräcklig bemanning
- Trycksår
- Undernäring
- Vårdrelaterade infektioner
- Överflyttning mellan vårdenheter
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Det har inte rapporterats några risker
- Kan inte svara

Kommentar:

---

---

**17. Har det genomförts riskanalys(er) de senaste 12 månaderna?**

- Ja  
 Nej

Kommentar:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 17 svarat ja.*

**18. Ange de områden där riskanalyser genomförts. Ange gärna i fritext om det rör sig om flera riskanalyser inom samma område.**

*Ange högst fem områden*

1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_  
5 \_\_\_\_\_

**19. Ange de mest frekventa riskområdena som identifierats inom kommunens hälso- och sjukvård de senaste 12 månaderna.**

*Avser den samlade bilden av riskområden som identifierats via avvikelserapportering, riskanalyser och andra metoder.  
Ange högst fem riskområden*

- Delegering  
 Fall  
 Följsamhet till basala hygien- och klädrutiner  
 Informationsöverföring  
 Kommunikation  
 Kompetensbrist  
 Läkemedelshantering  
 Medicinsk teknik  
 Munhälsa  
 Nutrition t ex nattfasta  
 Otillräcklig bemanning  
 Trycksår  
 Undernäring  
 Vårdrelaterade infektioner  
 Överflyttning mellan vårdenheter  
 Annat, ange vad: \_\_\_\_\_  
 Annat, ange vad: \_\_\_\_\_  
 Annat, ange vad: \_\_\_\_\_  
 Annat, ange vad: \_\_\_\_\_  
 Annat, ange vad: \_\_\_\_\_  
 Det har inte identifierats några risker  
 Kan inte svara

Kommentar:

---

---

## Vårdskador

En vårdskada är en skada som patienten fått under vårdtiden och som hade varit möjlig att undvika. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och vårdgivaren har en skyldighet att utreda rapporter om händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

### 20. För att personalen ska veta vad som är en vårdskada behöver det vara definierat. Beskriver kommunens ledningssystem vad som är en vårdskada och hur det ska rapporteras?

- Ja
- Nej

Kommentar:

---

---

### 21. Ange de vårdskadeområden som inom kommunens hälso- och sjukvård bedöms som de mest allvarliga.

Ange högst fem vårdskadeområden.

- Blåsöverfullnad
- Fallskada
- Felaktig eller utebliven diagnos
- Fördröjd behandling
- Läkemedelsrelaterad skada
- Suicid
- Trycksår
- Undernäring
- Vårdrelaterad infektion
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Kan inte svara

Kommentar:

---

---

**22. Ange de mest frekventa vårdskadeområden inom kommunens hälso- och sjukvård, dvs de områden som avvikelserapporterats mest.**

Ange högst fem vårdskadeområden.

- Blåsöverfyllnad
- Fallskada
- Felaktig eller utebliven diagnos
- Fördröjd behandling
- Läkemedelsrelaterad skada
- Suicid
- Trycksår
- Undernäring
- Vårdrelaterad infektion
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_
- Kan inte svara

Kommentar:

---

---

**Patienter och närståendes medverkan och involvering**

*Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas.*

**23. I vilka aktiviteter involveras patienter i patientsäkerhetsarbetet?**

|                                       | Ja                       | Delvis                   | Nej                      |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fallprevention                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Läkemedelsgenomgång                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riskbedömningar                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trycksårsprevention                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samordnad vårdplanering/Vårdplanering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

---

---

**24. I vilka aktiviteter involveras närstående i patientsäkerhetsarbetet?**

|                                       | Ja                       | Delvis                   | Nej                      |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fallprevention                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Läkemedelsgenomgång                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riskbedömningar                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trycksårsprevention                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samordnad vårdplanering/Vårdplanering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

---

---

### Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården. Patienter rör sig ofta mellan olika enheter eller flera vårdgivare. I dessa övergångar finns exempelvis risk för brister i kommunikation avseende vilken part som ansvarar för vad i patientens fortsatta vård.

#### 25. Ange vilka områden/processer som identifierats där kommunen behöver samverka med annan vårdgivare/utförare/enhet för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

|   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Mellan kommunen och landstinget/regionen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen, primärvården och sjukhus           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och primärvården                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och sjukhus                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan olika vårdenheter inom kommunen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan prehospitalet vård och kommunens vårdenheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och medicinteknisk enhet/er         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och vårdhygienisk funktion          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

---

---

*Denna fråga ges bara till dem som på fråga 26 svarat ja på motsvarande alternativ.*

#### 26. Finns det rutiner för dessa samverkansområden i kommunens ledningssystem?

|   | Ja, skriftliga rutiner   | Ja, det finns rutiner men inte skriftliga | Nej                      | Vet inte                 |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Mellan kommunen och landstinget/regionen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen, primärvården och sjukhus           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och primärvården                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och sjukhus                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan olika vårdenheter inom kommunen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan prehospitalet vård och kommunens vårdenheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och medicinteknisk enhet/er         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellan kommunen och vårdhygienisk funktion          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat, ange vad: _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentarer:

---

---

**27. Vilket samverkansområde uppfattas som mest kritisk för patientsäkerheten?**

---

---

---

**Patientsäkerhetsberättelse**

*Vårdgivaren har skyldighet upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse. Intentionerna med patientsäkerhetsberättelser är bland annat att förstärka vårdgivarnas kontroll över patientsäkerhetsarbetet i verksamheten och att tillgodose informationsbehov hos andra intressenter som patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.*

**28. Är patientsäkerhetsberättelsen integrerad i kommunens övriga verksamhetsuppföljning/årsredovisning?**

- Ja
- Nej
- Vet inte

Kommentar:

---

---

**29. Hur hålls patientsäkerhetsberättelsen tillgänglig för den som önskar det?**

*Flera svar kan anges*

- Kommunens hemsida
- Intranät för personalen
- Via förfrågan till kommunens registratur
- Annat, ange vad: \_\_\_\_\_

Kommentar:

---

---

**30. Skrivs patientsäkerhetsberättelse på annan organisationsnivå utöver vårdgivarnivån?**

- Ja
- Nej

Om ja, vilken/vilka organisationsnivåer skriver patientsäkerhetsberättelse:

---

---

---

### Stöd för utveckling av patientsäkerhetsarbetet

*Till stöd för vårdgivares patientsäkerhetsarbete har det utvecklats hand- och metodböcker av myndigheter och intresseorganisationer t ex Sveriges Kommuner och Landsting. Det finns nationella handböcker för exempelvis riskanalys och händelseanalys, handbok säker vård och omsorg, webbutbildningar på Kunskapsguiden.se, åtgärds paket för olika risk- och vårdskadeområden.*

#### 31. Är de nationella metoderna och verktygen ändamålsenliga för kommunens patientsäkerhetsarbete?

- Ja
- Delvis
- Nej

Om delvis eller nej, vad behöver förbättras eller vilka verktyg och metoder saknar ni?

---

---

---

#### Stöd för utveckling av patientsäkerhetsarbetet, fortsättning...

#### 32. Finns ytterligare behov av nationellt stöd i patientsäkerhetsarbetet?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om ja, beskriv vilket stöd som behövs.

---

---

---

#### Kompletterande intervju

*Ett urval av kommuner kommer att kontaktas för en kompletterande intervju för att erhålla mer specifik information och därmed öka vår förståelse för vilka faktorer som har betydelse för utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.*

#### 33. Kan vi kontakta dig för en kompletterande intervju?

- Ja
- Nej



# Bilaga 3 Kvalitetsdeklaration enkätundersökning

## Inledning

Socialstyrelsen har ett regeringens uppdrag att redovisa en lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet som ska spegla patientsäkerheten 2015 inom bl. a. den somatiska vården, psykiatriska vården, primärvården och den kommunala vården. För den kommunala vården inhämtas bland annat information om patientsäkerheten via en enkätundersökning.

Syftet med undersökningen är att få fördjupad kunskap om det pågående patientsäkerhetsarbetet och vilka risk- och vårdskadeområden som finns i den kommunala hälso- och sjukvården. Resultatet kommer också att vara ett underlag till fördjupade analyser av patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att identifiera eventuella behov av nationellt kunskapsstöd.

Projektledare för undersökningen var Carina Skoglund, U/SA. Kontaktpersoner från SMS-gruppen var My Raquette, frågekonstruktör, och Björn Tano, statistiker.

## Population och urval

Populationen utgjordes av Sveriges kommuner. För Göteborg, Malmö och Stockholm var populationen stadsdelar. Totalt 316 kommuner och stadsdelar.

## Frågor och variabler

Frågekonstruktören utformade frågorna i samarbete med projektledaren. Därefter genomfördes en pilotundersökning med styrelsen för Riksföreningen för medicinskt ansvariga, sju personer. Av dessa kom sex personer in med synpunkter. Även i samverkan med SKL inkom synpunkter. Enkäten omarbetades av frågekonstruktören och projektledaren.

## Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät. Ett informationsbrev skickades till kommunerna via e-post. I e-posten bifogades även enkätformuläret (se bilaga 1a och 1b). Datainsamlingen pågick 16 oktober till 23 november 2015. Insamlingsperioden förlängdes med en dag efter önskemål från en kommun. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser samt ett informationsmail om förlängd insamlingsperiod ut. Det skickades även ut påminnelse till 14 kommuner som påbörjat ifyllandet samt uppgett e-postadress men inte skickat in svaren.

## Svarsfrekvens

Det var 257 kommuner och stadsdelar som besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 81 procent. Svarsfrekvensen för kommungrupperna ligger mellan 79 och 86 procent.

Tabell 1. Svarsfrekvens kommungrupper

|                           | Antal kommuner/stadsdelar | Antal svar | Andel svar, procent |
|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------|
| Färre än 20 000 invånare  | 169                       | 134        | 79                  |
| 20 000 – 49 999 invånare  | 74                        | 64         | 86                  |
| 50 000 – 209 999 invånare | 44                        | 35         | 80                  |
| 210 000 invånare -        | 29                        | 24         | 83                  |
| Totalt                    | 316                       | 257        | 81                  |

## Bortfall

Bortfallet består dels av de kommuner och stadsdelar som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, dvs. att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer från de svarande kan skattningarna vara skeva.

Tabell 2. Bortfall

|                      | Antal |
|----------------------|-------|
| Ej avhörd            | 58    |
| Avböjd medverkan     | 1     |
| Ej besvarade enkäter | 59    |

Ej avhörd avser de kommuner och stadsdelar där det inte inkommit någon uppgift varför de inte besvarat enkäten. Avböjd medverkan avser de kommuner och stadsdelar som meddelat Socialstyrelsen att de inte vill delta i undersökningen.

Bortfallet skiljer inte från de svarande kommunerna med avseende på geografisk fördelning över landet eller på kommungrupp.

I denna undersökning finns inget partiellt bortfall då frågorna är obligatoriska.

## Statistikens tillförlitlighet

I samband med datainsamlingen kan fel uppstå, dessa kallas mätfel. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet. Det mätfel som framkommit är att vid t ex frågor om egenkontroll genomförts inte finns angivet vilken tidsperiod som avses.

Det har framkommit att de svarande har haft svårighet att besvara frågorna då kommunen/stadsdelen har merparten eller all hälso- och sjukvård hos privata utförare. De kommuner/stadsdelar som kontaktat Socialstyrelsen har uppmanats att i kommentarsfältet ange att svaren endast avser den kommunegna verksamheten samt om de kravställer och/eller följer upp patientsäkerheten hos de privata utförarna. För de kommuner/stadsdelar som inte kontaktat Socialstyrelsen eller i kommentarsfältet skrivit kommentar och har kommunal vård hos de privata utförarna finns en osäkerhet om deras svar endast avser den kommunegna verksamheten.

Under frågeblocket *Riskområden för uppkomst av vårdskador* definition för riskanalys. I frågor som inkommit till Socialstyrelsen från de svarande framkommer att de haft svårt att skilja mellan riskanalys och riskbedömning. Det finns därav viss osäkerhet vad de kommuner/stadsdelar som inte kontaktat Socialstyrelsen svarat på om det inte framkommer i kommentarsfältet vad de avser.