

# Slutredovisning 2018 överenskommelse barnhälsovård mm

SLUTREDOVISNING 2018 AV ÖVERENSKOMMELSEN OM INSATSER  
FÖR ÖKAD TILLGÄNGLIGHET INOM BARNHÄLSOVÅRDEN M.M



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

# Förord

Denna slutrapport är en redovisning av de arbete som regionerna genomfört utifrån de uppdrag som framkommer i Överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården (dnr S2017/07519/FS och SKL:s dnr 17/05957).

Överenskommelser som verktyg är ett sätt för regeringen och SKL gemensamt att identifiera utvecklingsbehov och för att stimulera förbättring. Genom överenskommelser kan insatser ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå.

Överenskommelsen om barnhälsovård mm innehåller olika delar:

- Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården
- Mot en säkrare vård inkl. Strama
- Förbättrad läkemedelsinformation
- Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar
- Främja uppföljning inom Primärvården – PrimärvårdsKvalitet
- Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

Rapporten är utarbetad av tjänstemän inom förbundets sektion för hälso och sjukvård. Rapporten har inte varit föremål för politiskt ställningstagande.

De handläggare som har deltagit i arbetet med denna rapport är Ulrika Vestin (samordnare), Agneta Andersson, Helena Palm, Ulrika Elmroth, Carin Regner och Hasse Knutsson. Även andra medarbetare inom SKL har bidragit med fakta och värdefulla synpunkter.

Därutöver vill vi rikta ett stort tack till de medarbetare i regionerna som besvarat de enkäter som SKL skickat ut för att få underlag till denna sammanställning och de medarbetare i regionerna som på annat sätt kommit med input och underlag till denna rapport.

Åsa Sandgren Åkerman  
Sektionschef  
Sektionen för hälso- och sjukvård  
Sveriges Kommuner och Landsting

# Sammanfattning

I enlighet med överenskommelsen om insatser för ökad tillgänglighet inom barnhälsovården m.m ska Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inkomma med en slutredovisning senast 31 mars 2019 kring det arbete som är genomfört utifrån uppdragen i den. Överenskommelsen innefattar olika, och av varandra oberoende delar.

Inom barnhälsovården har arbetet inneburit att tillgängligheten har ökat, bland annat har projekt för fler hembesök har genomförts. Samverkan och samarbete med socialtjänsten och tandvården har ökat. Informationsinsatser kring vikten av vaccinering har gjorts.

När det gäller arbetet inom strama har arbetet bidragit till att receptförskrivning av antibiotika har gått ner i hela landet till under 300/1000 invånare. Dessutom har SKL publicerat flera rapporter inom patientsäkerhetsområdet till exempel rapporten Markörbaserad journalgranskning.

I arbetet med förbättrad läkemedelsinformation har arbete skett med strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen och att möjliggöra elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar. Den juridiska utredning som SKL låtit göra pekar på problem med gränsdragningarna mellan lagen om nationell läkemedelslista och patientdatalagen.

I avsnittet om sällsynta sjukdomar har ett nationellt programområde för sällsynta sjukdomar har startats upp. Uppdraget att inrätta den nationella samordningen i sjukvården innebär en förändring av den nationella struktur som funnits sedan 2012 då Socialstyrelsen inledde upphandlingen av en nationell funktion för sällsynta diagnoser.

Arbete med indikatorrevision i PrimärvårdsKvalitet har skett. I slutet av 2018 har det årliga arbetet med att uppdatera befintliga indikatorer till nya riktlinjer påbörjats inför 2019.

Regionerna påbörjade under 2018 även ett arbete med att kartlägga faktorer som rör möjligheterna inom traumavårdskedjan. Vidare inleddes även ett arbete med kartläggning av den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten för planeringen av det civila försvaret inom hälso- och sjukvården.

Numreringen i nedanstående redovisning refererar till numreringen i överenskommelsen.

## 2. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården

### 2.1 Mål med överenskommelsen

Överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården (dnr S2017/07519/FS och SKL:s dnr 17/05957) syftar till att bidra till en jämlik hälsoutveckling i befolkningen. Ojämlighet i livsvillkor bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas.

Barnhälsovårdens nationella program är uppbyggt utifrån ambitionen att ge en jämlik och rättvis barnhälsovård, genom ett tredelat program: generella insatser som ska ges till alla, insatser som ska ges till alla vid behov, samt ytterligare insatser för de som behöver extra stöd. Barnhälsovården i regionerna arbetar utifrån det nationella programmet och jobbar nu aktivt för att med hjälp av de statliga medlen förstärka och utveckla verksamheter, arbetssätt och metoder.

### 2.3 Insatser 2018

Överenskommelsens mål är att öka tillgängligheten i barnhälsovården framförallt för grupper som har sämre hälsa, tandhälsa och lägre vaccinationsgrad. Det framgår att det ska ske förslagsvis genom utökande hembesök hos vårdnadshavare eller annan uppsökande verksamhet främst i socioekonomiskt utsatta områden. De insatser som ska genomföras ska stärka det arbete som görs inom BVC och i möjligaste mån ske i samverkan med socialtjänsten och vårdgivare inom tandvården. Arbetet ska utgå från nationella kunskapsstöd så som Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården.

I överenskommelsen framgår att SKL ska sammanställa och redovisa vilka insatser som genomförts. En delredovisning på uppdraget skickades in till socialdepartementet i oktober 2018. I början av 2019 skickade SKL ut en enkät till regionerna för att få in underlag till denna slutredovisning. 20 av 21 regioner har besvarat enkäten.

### ***Förbättrad tillgänglighet***

Av de 20 regioner som besvarade enkäten 2019 var det många som genomförde så väl generella som riktade insatser. Arbetet med utökade hembesök har genomförts på olika sätt i regionerna. Vanligast är att införa ett ytterligare hembesök till alla familjer med barn som är 8 månader.

Andra former av regionalt arbete med hembesök är:

- hembesök vid 15 månader i samverkan med folktandvården
  - utifrån en riskbedömning vid 10 månaders besöket
- förstärkt bemanningen på BVC för att kunna erbjuda hembesök enligt det nationella programmet
- extra hembesök till familjer i behov av extra stöd
- fler hembesök inspirerade av Rinkebyprogrammet med 5 hembesök tillsammans med socialrådgivare
- hembesök till nyinflyttade
- en generell höjning av ersättningen till samtliga hembesök till förstföderskor samt för omföderskor baserat på deras CNI

### ***Ökad samverkan med socialtjänsten***

Överenskommelsen har lett till ökad samverkan och samarbete med socialtjänsten. Detta genom både riktade hembesök samt universella hembesök till alla familjer med nyfödda barn i området. Via fördjupande kontakter med socialtjänsten har det lett till att socionomer därifrån följer med på utökade hembesök. Andra exempel är genom samverkansträffar för att utveckla samverkansrutiner. Utvecklingsmedel har också använts för att påskynda arbetet med att inrätta Familjecentraler. Samverkan har också kunnat utvecklas med kulturförvaltningen och de kommunala biblioteken. Det är viktigt framgent att kommunerna omfattas av dessa satsningar för att de ska få ännu bättre genomslag.

### ***Ökad tillgänglighet genom insatser***

Tillgängligheten i barnhälsovården har ökat genom utökade öppettider, förstärkta personalresurser såväl på enheterna som på strategisk nivå, utvecklat informationsmaterial, enskilda hälsosamtal med den icke-födande föräldern, ökad ersättning till hälsocentraler och BVC, etablering av Familjecentraler,

utveckling av metoder för att identifiera psykosociala riskfaktorer, riktade insatser till kommuner med högt CNI, utökat antal föräldragrupper med tolk, framtagande av metoder för stöd till barn med fetma.

Andra exempel på generella insatser för att öka tillgängligheten i barnhälsovården regionalt kan nämnas:

- införande av webbtidbokning,
- föräldragrupper för andragångsföräldrar
- inrättande av funktionsbrevlåda för samverkan mellan sjukvården och barnhälsovården
- hälsosamtal för 3-åringar och deras vårdnadshavare
- framtagande av lokala handlingsplaner
- Utvecklad ersättningsmodell som gör att de besök som sker genom omlistning, för nyanlända eller nyinflyttade har kunnat få ersättning för ett extra första besök utanför basprogrammet.
- Kompetensutveckling för personal
  - tillsammans med andra verksamheter (BHV, MHV, BUP, psykiatri, habilitering, logopedier, socialtjänsten och öppen förskola samt barn- och ungdomsmedicin, förlossning/BB) kring att öka kunskapen om vikten av tidig anknytning.
  - kring normer-föreställningar-jämställt föräldraskap i att möta småbarn och deras föräldrar
  - delta i nationella konferenser och genomföra studiebesök på andra platser i landet.

**Sammanfattningsvis** när det gäller tillgängligheten för barnhälsovården är mycket på gång och regionerna är angelägna att detta goda arbete ska fortsätta. SKLs uppfattning är att regionerna genomfört relevanta regionala insatser för de extra statliga medel som de tilldelats under 2018 avseende tillgänglighet. Utgångspunkten har varit att utifrån lokala förutsättningar forma arbete som svarar upp mot målsättningen i överenskommelsen. Barnets hälsa och utveckling står i centrum och insatserna har stärkt det arbete som BVC redan gör. Det går att konstatera att pengarna för 2018 utbetalades sent under året och regionerna och SKL är angelägna om att satsningen fortsätter enligt viljeinriktningen. 15 regioner har angett att de har planerat att genomföra ytterligare insatser.

## **Vaccination**

I överenskommelsen framgår att ett uppdrag för regionerna är att informera föräldrar om nyttan med vaccination och även bemöta felaktig information och rykten som sprids om vaccinationer.

Arbetet med att bevara den generellt höga vaccinationstäckningen pågår ständigt inom barnhälsovården. I den regionala uppföljningen har det identifieras områden där täckningen är lägre. Riktade insatser har gjorts gentemot personal och föräldrar för att kunna öka vaccinationstäckningen där. Informationsträffar för föräldrar har genomförts. Det har utarbetats lokala flödesscheman för bemötande/samtal med föräldrar om vaccination samt struktur för stöd till föräldrar som är tveksamma till vaccination.

Även deltagande på nationella seminarier i ämnet så som Folkhälsomyndighetens vaccinationsdag har skett. Samverkan har också utvecklats med de lokala resursteamerna så som brobyggarna. En trygghet och kunskap hos alla sjuksköterskor är en viktig framgångsfaktor. Erfarna BHV-sköterskor, god samverkan med smittskydds enheten, BHV-överläkaren och BHV verksamheterna är central, frågorna om vaccin är återkommande på arbetsplatsträffar, introduktion och utbildningar. Under 2018 har arbete skett för att implementera rotavirusvaccin och särskilda insatser och informationsmaterial har utformats för detta. En kunskaps- och samverkansinsats föreslås till BHV-personal gällande att kunna informera föräldrar om nyttan med vaccinationer och även bemöta felaktig information och rykten som sprids om vaccinationer. Detta har gjorts i samverkan med Smittskydds enheten och Läkemedelskommittén.

**Sammanfattningsvis** när det gäller arbetet inom överenskommelsen kring vaccinationstäckning är det viktigt att poängtera att vi har en mycket god vaccinationstäckning i Sverige. För att kunna bevara den är det viktigt att insatser görs därför är det bra att det finns med i överenskommelsen.

### **Tandvård**

Avseende tandvården var uppdraget i överenskommelsen formulerad att informera föräldrar om hur en god tandhälsa uppnås och betydelsen av goda tandvårds- och levnadsvanor. Flera regioner vittnar om nya och fördjupande och förbättrade samarbeten med tandvården. Ett arbete som innebär framtagande av rutiner kring information om kostvanor och munhygienvanor, samtalsrutiner och ett tydliggörande kring de olika aktörernas roll, uppdrag och ansvar. Arbetet inom överenskommelsen kring god tandhälsa har utvecklat samverkan mellan barnhälsovården och folktandvården genom bland annat följande insatser: Med rutiner och gemensamma informationsmaterial, så som Rikshandboken. Insatser för barn med ökad risk för nedsatt tandhälsa är till exempel:

- ta upp vikten av god tandhälsa i föräldrautbildningen och i föräldragruppsmöten
- BVC -sköterskan tittar i munnen på alla barn vid 10-12 månader och vid behov skriver remiss till Folktandvården
- utdelning av tandborste, tandkräm samt broschyr sker i samband med besök på BVC vid 6-8 månader
- informera om tandhälsa vid första ordinarie hembesök
- särskilt uppmärksamma barn som uteblir på besöken hos folktandvården

Tandvården genomför även på vissa håll bredare informationsinsatser till öppen förskola, familjecentraler och i föräldragrupper. Genom ett utvecklat samarbete med BHV kan också tidig upptäckt av karies föranleda en kontakt med BHV och riskfamiljer upptäckas tidigt och stöd och hjälp sätts in.

**Sammanfattningsvis** kring arbetet inom överenskommelsen kring information om god tandhälsa är det betydande steg tagna och det är viktigt att detta kan fortsätta. Barnhälsovården och tandvårdens uppdrag sker bäst genom samverkan.



### **Resultat och effekter**

Effekter och resultat av förebyggande arbete är långsiktigt och de hälsovinster som finns kommer behövas följas upp längre fram. Men redan nu kan SKL konstatera att regionerna mäter och följer upp statistik på besök och insatser både på enhetsnivå och samlat i regionen. Utfallen diskuteras på arbetsplatsträffar och verksamhetsdialoger. Det som mäts är till exempel antalet hembesök, givna vacciner och antalet genomförda hälsosamtal. Utvärderingar av genomförda utvecklingstillfällen har genomförts. Även mer kvalitativa utvärderingar har genomförts av personer på strategisk nivå kring erfarenheterna av de utökade hembesöken. Studentuppsatser om hembesök tillsammans med socialtjänst har också genomförts.

### **Tillvarata, bibehålla och sprida resultaten**

En viktig del i allt utvecklings- och förbättringsarbete är hur resultaten kan tillvaratas, bibehållas och spridas. Ambitionen finns i regionerna att arbetet med uppdragen i nationella överenskommelser redan från start ska planeras in och ingå som en del av ordinarie arbete. Detta för att skapa goda planeringsförutsättningar. Det framgår i nuvarande överenskommelse att parterna har för avsikt att överenskommelsen ska fortsätta 2019 och 2020. Nu väntar regionerna på detta beslut för att kunna fortsätta det påbörjade arbetet.

Med den kunskap som framkommer i det arbete som görs genom denna överenskommelse finns förutsättningar att långsiktigt utveckla det nationella barnhälsovårdsprogrammet.

### **Regionen samlar lokalt sina resultat**

Regionerna samlar sina resultat i utvärderingar och rapporter som presenteras för lokala politiker, kommunala företrädare och till tandvården. Resultaten sprids också till primärvården och diskuteras i BVC på arbetsplatsträffar, verksamhetsdialoger, utbildningsdagar, nyhetsbrev mm.

De skrivna rutinerna följs kontinuerligt upp och revideras vid behov. Det finns också exempel på att de som lokalt ansvarar för projektet också är de som skriver förfrågningsunderlagen till BMM, BVC och tandhälsan.

Arbetet planeras att fortsätta inom specifika arbetsgrupper bestående av chefer i socialtjänsten, folk tandvården och barnhälsovården. De pilotenheterna som ingått i detta arbete kommer att tillsammans med ledningsgruppen ansvara för spridning och implementering av de nya arbetssätten.

### Har externa forsknings- eller utvärderingsresurser kopplats till insatserna?

Sex regioner har redan hunnit koppla forskningsresurser till de genomförda insatserna inom överenskommelsen. Det är följeforskning och processforskning så väl som studentuppsatser.

### Särskilt lyckade framgångsfaktorer

Regionerna fick avslutningsvis i utvärderingsenkäten beskriva om det fanns några särskilt lyckade insatser/framgångsfaktorer som de vill dela med sig av. Flera regioner lyfter upp att det är tidigt och att de gärna vill återkomma och diskutera detta vidare. Andra väljer att lyfta just det gemensamma arbetet med tandvården och socialtjänsten som särskilt lyckat. Nedan följer en tabell med exempel från regionerna på särskilt lyckade framgångsfaktorer:

Region	Beskrivning av framgångsfaktorer
Västra Götaland	Det vet vi inte ännu men vi tror tex att den mobila BVC har förutsättningar att bli bra. Vi har fler projekt som vi tror mycket på men det är för tidigt att redovisa resultat. De gemensamma samverkans- och utbildningsdagarna tror vi kommer ge bra resultat.
Värmland	Kommer nog att bli, särskilt genom logopeds närvarande.
Norrbotten	Tandrutinen.
Skåne	Att vi har haft tydlig planering och uppdrag till projektgruppen, referensgruppen och styrgruppen. Vi tog ett beslut att information och förankring ska ske både i informations material men även i personliga möten. Vi har en lång startstäcka då utbildning i samtalsmetodik och att deltagande professioners interna samarbete måste få ta tid, vilket var tydligt i erfarenheterna från Rinkeby projektet
Gotland	Det som varit framgångsrikt för oss är att vi delat med oss: finansierat del av socionomtjänst/del av året. Bjudit in brett till utbildning. Finansierat konferens och studiebesök för medarbetare inom andra verksamheter än BHV och även medarbetare från annan förvaltning. Detta har öppnat dörrarna för nya samarbeten och också i vissa fall tänt hoppet om att få igenom länge önskade förändringar (familjecentral t.ex)
Östergötland	Det får vi återkomma om. Men förstärkning på BVC för att ta emot direktsökande och förstagångsbesök med socialtjänst verkar framgångsrikt liksom anpassad information i grupp till ofrivilligt migrerade.

Gävleborg	Ja, det gemensamma hälsobesök med folktandvården.
Blekinge	Språkstegen är ett projekt som regionerna Kronoberg och Blekinge arbetar tillsammans med . BHV och bibliotek samarbetet för att främja små barns språkutveckling
Jönköping	Samverkan med Folktandvården genom gemensamma hälsobesök på BHV när barnet är 10-månader har fungerat mycket bra. Besöken har fått ett tydligt fokus på främjande av goda levnadsvanor hos både barn och familj. Besöken har också blivit en bra utgångspunkt för inbjudande av föräldrarna till de individuella hälsosamtal med föräldrarna som erbjuds då första barnet är 1 år.
Sörmland	1. Kartläggning av utsatthet i Sörmland genom vår årsstatistik. 2. Rekrytering av samordnande personal till barnhälsovårdens utvecklingsenhet. 3. Samverkansträffarna med barnhälsovården, socialtjänsten och folktandvården.
Västmanland	Alla delarna flyter på jättebra men det tar tid att starta upp projekt så vi har inte kommit så långt med varken genomförande eller utvärderingen ännu.
Västerbotten	Stimulansmedlen har varit effektivt

### 2.3.1 Utvecklingsmedel till landstingen (regionerna)

I enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i barnhälsovården avsattes 120 miljoner kronor som utvecklingsmedel till regionerna. Därtill 2 miljoner till SKL. Fördelningen till regionerna grundar sig på en fördelningsnyckel där utgångspunkten är antal barn 0-6 år i respektive län (enligt 1 nov 2017) samt justerad CNI. Samtliga regioner har påbörjat planering och konkreta utvecklingsarbeten i enlighet med överenskommelsens intentioner.

SKL tillförs genom överenskommelsen 2 000 000 kronor för arbete med att fördela medel samt relaterad administration t.ex. uppföljning, vägledning, samordning, ledning, stöd m.m.

Alla regioner har utsett en kontaktperson. Ett kontaktpersonsmöte hölls i oktober 2018 i syfte att diskutera nuläge, planerade insatser och pågående aktiviteter, samt dela erfarenheter kring metoder respektive utmaningar av olika slag. En ytterligare träff planeras till april 2019.

Regelbundna möten har hållits med Socialstyrelsen (regeringsuppdrag dnr S2018/00723/FS) och Folkhälsomyndigheten (regeringsuppdrag dnr S2018/00722/FS samt S2018/03919) för att stämma av våra olika uppdrag och samarbeta vid behov.

Exempel på grupperingar som SKL har träffat dessutom är:

- BHV-samordnarnas nätverk
- BHV-överläkarnas nätverk
- SKL-nätverk (Tandvårdsnätverket, Folkhälsostateginätverk, Socialchefs nätverket, nätverket för regionala utvecklingsledare Barn och unga)
- ordförande och processledare för de nya nationella programområdena (NPO) för barn och ungas hälsa respektive tandvård
- Svensk Samhällsodontologisk förening (SSOF)
- Föreningen för Familjecentralers Främjande (FFFF).

Information finns också på [skl.se](http://skl.se).

En intern arbetsgrupp på SKL skapades under våren och träffas regelbundet. Syftet är att informera om överenskommelsen och medlemmarnas arbete för vidare spridning inom SKL, men framförallt att utbyta erfarenheter med ansvariga för andra närliggande områden och överenskommelser.

Arbetsgruppen har bestått av, förutom den ansvariga för BHV-överenskommelsen, representanter för områdena folkhälsa, jämställdhet, tandvård och social barn- och ungdomsvård, samt för överenskommelserna om förlossningsvård och kvinnors hälsa respektive öppen förskola för språk och integration.

Som stöd åt regionernas centrala barnhälsovårdsenheter har SKL upprättat ett forum på den digitala mötesplatsen ”Samarbetsrum” för att BHV-enheterna lättare ska kunna dela information, dokument och annat mellan sig. BNP, Barnhälsovårdens nationella programråd, ansvarar för samarbetsrummet.

Ekonomiskt bidrag har också getts till arbetet med kvalitetsregistret BHVQ. Bidraget till BHVQ bidrar till målet om en jämlik hälsoutveckling i befolkningen, i detta fall specifikt för förskolebarn 0-5 år. Barnhälsovårdsregistret syftar till att skapa underlag för ett kontinuerligt förbättringsarbete med målsättningen att ge alla barn i Sverige tillgång till en jämlik barnhälsovård.

Det ekonomiska bidraget till Svenska barnhälsovårdsregistret används till att säkra utveckling och drift av registret, göra det möjligt för registret att fortsätta inkludera rapportering från fler regioner samt att färdigställa registrets utdatarapporter genom vilka anslutna regioner kan följa barnhälsovårdens utveckling och verksamhetens förbättringsarbete.

## 3. Mot en säkrare vård inkl. Strama

Syftet med arbetet inom verksamhetsområde patientsäkerhet är att stödja medlemmarna, regioner och kommuner i arbetet med att gradvis minska antalet vårdskador med utgångspunkt i en nollvision. Vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan.

### 3.1 Insatser under 2018

#### Markörbaserad journalgranskning

Våren 2018 publicerade SKL rapporten Skador i vården - utveckling 2013-2017 på Nationell nivå. Rapporten är den nionde i en serie som redovisar resultatet av den markörbaserade journalgranskning som genomförts nationellt i Sveriges Kommuner och Landstings regi. Studien omfattar drygt 77 000 granskade vårdtillfällen under år 2013–2017. Journalgranskningen har skett vid cirka 60 sjukhus och studien är den största som genomförts internationellt. Rapporten innehåller en fördjupad analys av skadorna, exempelvis hur de fördelar sig i olika ålderskategorier, mellan kön, olika sjukhus typer och verksamheter samt redovisar förändringar över tid.

De viktigaste fynden som visas i rapporten är följande:

- I cirka 8 procent av de drygt 77 000 granskade vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador. Detta innebär att cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. Knappt hälften av vårdskadorna bedömdes som lindriga men i cirka 45 procent av fallen ledde skadorna till förlängd sjukhusvistelse eller extra vårdkontakter.
- I cirka 1 400 dödsfall per år bedöms vårdskadan ha varit en bidragande orsak till att patienten avled och i cirka 2 800 fall till att patienter fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad.
- En signifikant skillnad sågs mellan könen där män hade den högsta andelen vårdtillfällen med skador, 12,6 procent jämfört med 11,4 procent för kvinnor.

- En statistiskt säkerställd ökning av andelen vårdtillfällen med skador, dock inte vårdskador, ses mellan 2015 och 2017.
- Vårdtiden för patienter som fått en vårdskada är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada.
- Andelen vårdtillfällen där patienter varit utlokaliserade har ökat under perioden 2015–2017. Frekvensen vårdskador är 60 procent högre för utlokaliserade patienter. De vanligaste skadorna var VRI och trycksår.

SKL har också publicerat en kortversion i form av ett nyhetsblad med de viktigaste resultaten som presenterades i rapporten Skador i vården 2013-2017.

I februari 2019 publicerade SKL rapporten Markörbaserad journalgranskning - Skador i somatisk vård, januari 2013-juni 2018. Denna redovisning av skador och vårdskador (undvikbara skador) på nationell nivå bygger på granskning av 82 938 vårdtillfällen på akutsjukhus under perioden januari 2013 – juni 2018.

Det viktigaste fynden som visas i rapporten är att den ökning av skador som sågs i den senaste rapporten inte har fortsatt utan snarare har skadorna minskat något. Dock fortsätter både antalet utlokaliserade patienter och antalet överbeläggningar att öka. Båda dessa faktorer ökar risken för att patienter drabbas av skador och vårdskador.

Hösten 2018 publicerade SKL rapporten Skador inom psykiatrisk vård. I rapporten redovisas nationella resultat av den markörbaserade journalgranskning (MJG) inom psykiatrisk vård som genomfördes av samtliga Sveriges landsting/regioner i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2017. Undersökningen omfattar närmare 2 700 journaler och är internationellt sett den första inom psykiatrisk vård som genomförts på nationell nivå.

De viktigaste fynden som visas i rapporten är följande:

- I 17 procent av 2 552 granskade journaler inom allmän vuxen psykiatrisk vård identifierades skador.
- Inom vården sågs en signifikant skillnad mellan könen. Kvinnor hade den högsta andelen skador, i 21,5 procent av granskade journaler hittades en skada. För män var motsvarande siffra 12,7 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen, 9,7 procent hos kvinnor respektive 6,3 procent hos män.

- Förlängt sjukdomsförlopp var den vanligaste typen av skada.
- Skadepanoramat skilde sig åt mellan psykiatrisk öppen- och slutenvård. Förlängt sjukdomsförlopp utgjorde en avsevärt större andel av skadorna i öppenvård, medan psykisk skada och kroppslig skada utgjorde väsentligt större andelar av de skador som identifierades i slutenvård.
- 86 procent av skadorna bedömdes som mindre eller måttligt allvarliga. 13 procent av skadorna bedömdes som betydande och 0,4 procent bedömdes som katastrofala.
- I 78 procent av alla granskade journaler identifierades en eller flera kvalitetsbristmarkörer. Fynden indikerar bristande följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.

En kortversion till rapporten Skador inom psykiatrisk vård har också tagits fram.

Utbildningar i markörbaserad journalgranskning somatisk slutenvård och psykiatri har genomförts vid sju tillfällen. Dessutom har SKL medverkat i 7 regionala konferenser för markörbaserad journalgranskning.

I januari 2019 publicerade SKL en handbok i markörbaserad journalgranskning för hemsjukvård. I ett forskningsprojekt har en kartläggning av patientsäkerhetsfrågor i hemsjukvård gjorts. Resultaten talade för att vårdskador förekommer i hemsjukvård i liknande omfattning som inom sjukhusvården. Utifrån resultat och erfarenheter från denna forskning och från arbetet med MJG inom andra delar av sjukvården har nu en handbok för markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård utformats.

### ***Punktprevalensmätningar av patientsäkerhetsindikatorer***

Under våren 2018 genomfördes nationella punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner, trycksår och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

- Resultatet från mätningen visade att andel vårdrelaterade infektioner var 8,9 procent. Tidigare år visar resultatet på 9 procent. 51,2 procent av samtliga observerade patienter hade minst en riskfaktor t.ex. respirator, kirurgiskt ingrepp, central venkateter eller urinkateter. Av patienter med multipla riskfaktorer (dvs. två eller fler riskfaktorer exklusive antibiotika) har 21,1 procent en vårdrelaterad infektion.

- Resultaten från mätningen visar att andel patienter med ett eller flera trycksår kategori 1 till 4 ligger på 14,1 procent, jämfört med 13,5 procent 2017. Andelen patienter med sjukhusförvärvade trycksår på 10,6 procent jämfört med 10,1 procent 2017.
- Resultaten från mätningen visar att andelen observationer med full följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ligger på 74,1 procent jämfört med föregående år 73,1 procent.

### ***Rapport vårdrelaterade infektioner***

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, införde nationell mätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) och riskfaktorer våren 2008. Mätningar har genomförts två gånger per år mellan 2008 och 2014 samt därefter en gång per år. Sammanlagt har 17 nationella mätningar genomförts av alla inläggande patienter med mycket högt deltagande och täckningsgrad. Det finns således ett mycket stort material från varje landsting ner på avdelningsnivå av vikt för förståelsen av VRI och förekomsten/användandet av olika riskfyllda ingrepp i patientsäkerhetsarbetet.

SKL påbörjade hösten 2018 att sammanställa resultaten och erfarenheterna av genomförandet från dessa mätningar. Rapporten kommer att publiceras i mars 2019.

### ***Nationell kraftsamling för att minska fallskador hos äldre***

Fall och fallskador är ett stort folkhälsoproblem. Det är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och konsekvenserna är ofta allvarliga. Runt 300 000 personer uppsöker varje år specialistvård efter att ha skadats i en fallolycka. 66 828 personer skadades så allvarligt att de behövde läggas in på sjukhus och 1 062 personer avled till följd av en fallskada under år 2017.

Mot denna bakgrund har SKL i samarbete med SPF Seniorerna, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Svenska Kommunal Pensionärernas Förbund (SKPF) samlat ett antal förslag till hälsofrämjande och förebyggande insatser i ett dokument som alla kommuner och regioner kan kraftsamla kring. Arbetet har skett i samverkan med Socialstyrelsen och Livsmedelsverket. Syftet med dokumentet är att underlätta arbetet på regional och lokal nivå, men även belysa vikten av ett arbete där både vård och omsorg, invånare samt intresseorganisationer samverkar.

Under hösten 2018 påbörjade SKL ett arbete med att skapa möjlighet att månatligt publicera data på antal personer som skadades så allvarligt att de behövde läggas in på sjukhus uppdelat på regioner och kommuner.



### ***Patientsäkerhetsintegrering***

Under 2018 har SKL bjudit in till tre kontaktpersonsmöten, varav två var tvådagarsmöten. I kontaktpersonsnätverket ingår även representanter från kommunerna.

Under året har mallen för patientsäkerhetsberättelser reviderats. Arbetet utgick från Socialstyrelsens rapport - Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?

### ***Nationell patientsäkerhetskonferens***

I september arrangerade SKL den 10:e nationella patientsäkerhetskonferensen med 2100 deltagare. Målsättningen med konferensen var att belysa var de största patientsäkerhetsriskerna finns, presentera de senaste nyheterna, tillföra ett internationellt perspektiv och bidra med olika verktyg och metoder, arbetssätt och strategier att använda i arbetet med att förebygga vårdskador.

### ***Patientsäkerhetskultur***

I mars publicerade SKL användarhänvisningar för att arbeta med Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). Säkerhetskulturen är viktigt för ett patientsäkert arbete oavsett vilken del som avses. Erfarenhet och kunskap finns om att arbeta med patientsäkerhet och arbetsmiljö behöver integreras i större omfattning. Regionerna har medarbetaruppföljningar regelbundet med minsta gemensamma nämnare Hållbart Medarbetar Engagemang (HME), motsvarande har saknats för patientsäkerhet. HSE innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande HME som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Frågeställningarna i HSE kompletterar HME-frågorna för en ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna utifrån både arbetsmiljö och patientsäkerhetsperspektiv.

SKL har medverkat i framtagandet av dialogverktyget Säkerhetskulturtrappan från A till E. Säkerhetskulturtrappan är ett verktyg som kan användas för att skapa dialog kring patientsäkerhetskulturen i den egna verksamheten. Genom att kartlägga patientsäkerhetskulturen i en verksamhet går det att få värdefull information om medarbetarnas upplevelser av organisationens styrkor och svagheter. Den uttrycker organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera så att säkerhet kan främjas.

### ***Kränkningar i vården***

Enheten för Genus och Medicin vid Lidköpings Universitet bedriver sedan 20 år tillbaks ett forskningsfält om kränkningar i vården, med inriktning på när patienter upplever sig kränkta i vårdsituationer. SKL har under 2018 samarbetat med Linköpings Universitet kring spridning av deras forskningsresultat. Bland annat har forskare bjudits in till SKLs kontaktpersonsmöte, medverkat i den nationella patientsäkerhetskonferensen och på SKLs webb finns vägledning ”Föra samtal med en patient om en upplevd kränkning”.

### ***Infektionsverktyget***

I maj bjöd SKL och Folkhälsomyndigheten in till en workshop kring Infektionsverktyget. Ett antal förbättringsområden på nationell, regional och lokal nivå identifierades under workshopen.

### ***Diagnostiska fel***

Ett diagnostiskt fel betyder att en diagnos blivit försenad, missad eller fel vilket lett till att patienten inte fått adekvat behandling i rimlig tid. Skadan kan bestå i försämring av sjukdomen/försämrade prognos och/eller förlängt lidande. Många gånger kan och ska inte en diagnos ställas vid första besöket eftersom diagnoser utvecklas över tid. För att en händelse ska betraktas som ett diagnostiskt fel ska det ha funnits tydliga möjligheter att ställa diagnosen tidigare.

SKL har tillsammans med en region testat Säkrare Diagnos (Safer Dx) Instrumentet. Utvärderingen visade att, om instrumentet ska användas för att bedöma hur stor omfattning av diagnostiska fel man har, krävs en manual med tydliga definitioner av t.ex. initialt vårdtillfälle. Instrumentet kan användas i ett lärande syfte för att belysa vilka svaga länkar som verksamheten har när det gäller diagnostiska fel men då behöver man formulera om frågorna.

Under hösten 2018 påbörjade SKL ett arbete med att sammanställa händelseanalyser som berör diagnostiska fel i Nithas Kunskapsbank (Nationellt it-stöd för händelseanalys). Syftet med rapporten är att öka kunskapen om vilka brister i vården som kan bidra till diagnostiska fel. Felhändelser och bidragande orsaker har identifierats från en fördjupad analys av 100 händelseanalyser. SKL kommer att publicera rapporten i mars 2019.

### ***Överbeläggningar***

Mätningarna av överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser har genomförts kontinuerligt under året och redovisas löpande på [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) och på vården i siffror.

### ***Sammanställning och analys***

Mätresultaten från punktprevalensmätningarna presenteras dels interaktivt på SKL:s hemsida för patientsäkerhet och ett urval av indikatorer från samtliga patientsäkerhetsmätningar visas aggregerat på hemsidan Vården i siffror (öppna jämförelser). I början av året blev en patientsäkerhetsrapport med 16 indikatorer till Vården i siffror klar.

### ***Samarbete med Socialstyrelsen***

Under året har SKL aktivt deltagit i Socialstyrelsens uppdrag kring:

- Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Ramverk för en enkel, enhetlig och säker klagomålshantering
- Samlat stöd för patientsäkerhet
- Kartlägga hinder för samverkan tandvård och hälso- och sjukvård

### ***Insatser Strama***

Antibiotikaresistens fortsätter att vara ett av de största hoten mot folkhälsan och mot modern sjukvård. Resistensen i Sverige kommer fortsätta att öka och vårt arbete är inriktat på att bromsa den utvecklingen för att bevara möjligheten till effektiv behandling. Det huvudsakliga vägarna för att påverka förekomsten av antibiotikaresistens är att minska det totala antibiotiketrycket och att minska smittspridningen. Antibiotika på recept utgör den största andelen av förskrivningen i Sverige och den har en sjunkande trend i hela landet. Volymen av förskrivningen på sjukhus är i huvudsak oförändrad över tid även om vårdstrukturen ändras kontinuerligt.

Under 2018 etablerades Landsting och regioners system för kunskapsstyrning. I och med detta ombildades tidigare Nationella programråd till Nationella arbetsgrupper, ofta kopplade till Nationella programområden, i den nya kunskapsorganisationen.

### ***Insatser riktade till primärvård och öppenvård***

Tillsammans med lokala stramagrupper har Strama arbetat för ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer. Att bara använda antibiotika när det verkligen gör nytta. Detta har bidragit till att receptförskrivning av antibiotika har i hela landet gått ner till under 300/1000 innevånare.

Strama har verka för breddinförande av primärvårdskvalitetsregistret. Strama har aktivt deltagit i utvecklingen av indikatorerna och ser att verktyget kan fungera bra för egen återkoppling och jämförelse. Alla landsting kommer att införa primärvårdskvalitetsregistret men man har kommit olika långt i processen

Strama har under året uppdaterade följande behandlingsrekommendationer:

- Publikation av behandlingsrekommendation för hud- och mjukdelsinfektioner tillsammans med Läkemedelsverket.
- Uppdatering av behandlingsrekommendation för rörotiter tillsammans med Läkemedelsverket.
- Uppdatering av Regnbågshäftet tillsammans med Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket.
- Beslutsstödet Tecken på allvarlig infektion hos vuxna.

Strama har tillsammans med lokala stramagrupper producera informationsmaterial som används i hela landet.

Strama har medverkat i utformningen av informationsmaterial kopplat till skyddaantibiotikan tillsammans med nationella samverkansfunktionen.

Strama har verkat för att genomföra en målgruppsanalys för bättre behovsanpassade informationsinsatser. Det finns ett planerat projekt till 2019.

Strama har haft som mål att ökad följsamhet till behandlingsrekommendationer inom tandvården. I detta arbete har Strama finansierat webbutbildning i tandvård på antibiotikasmart.se. Strama har också tillsammans med tandvårdsstrama tagit fram nationella rekommendationer för antibiotikaproylax och behandling.

### ***Mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom SÄBO***

Strama har verkat för att alla kommuner ska delta i HALT-mätningar. År 2017 deltog 153 kommuner med sammanlagt 25 000 individer. Fyra stycken genomförts i samarbete med Folkhälsomyndigheten och Senior Alert. Under året har två undervisningsfilmer spelats in, en om UVI och en om Svårläkta sår.

### ***Rationell antibiotikaanvändning inom slutenvård***

Strama har verkat för att alla regioner ska arbeta med antibiotikaronder. Under året togs det fram en nationell enkät och framtagande av rekommendationer för antibiotikaronder. Strama bjöd också in till en nationell Workshop under april 2018. I syfte att öka kvaliteten på given antibiotikabehandling och utvärdering av behandlingen har en webbutbildning tagits fram antibiotikasmarta sjuksköterskor.

Strama har arbetat med nya och uppdaterade kunskapsunderlagen:

- Uppdatering av behandlingsrekommendation för gramnegativa MRB.
- Startat upp arbetet med behandlingsrekommendation för antibiotikaproylax vid bukkirurgi tillsammans med berörda specialistföreningar.
- Spela in filmer om antibiotic stewardship tillsammans med enskilda specialitetsföreningar

### ***Riktade utbildningsinsatser som ska stödja hela arbetet mot antibiotikaresistens både i primärvård och på sjukhus***

- Nationell utbildning för lokalt stramaarbete 22–23 mars
- Stramadagen 16 maj
- Stramainternatet för lokala stramagrupper och Folkhälsomyndigheten 24–25 okt
- Workshop om antibiotikaresistensdata ur ett empiriskt behandlingsperspektiv 22 nov.

# 4. Förbättrad läkemedelsinformation

Arbetet med förbättrad läkemedelsinformation har under 2018 två inriktningar:

- Strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen
- Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar

## 4.1 Strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen

Strukturering av läkemedelsinformation ökar förutsättningarna för patientsäker vård och kan också bidra till en effektivisering av arbetsmoment i hela läkemedelsprocessen. För verksamheten innebär det till exempel att man snabbare kan hitta relevanta uppgifter om ordinerade läkemedel i patientjournalen, att överföring av uppgifter till den kommande nationella läkemedelslistan eller till hälsodata- eller kvalitetsregister underlättas och att det ska bli enklare att förstå vad som har hänt vid uppföljning av eventuella avvikelser i samband med ordination och hantering av läkemedel.

SKL:s arbete med strukturerad läkemedelsinformation fokuserar på att spegla verksamhetens verkliga behov av information om läkemedel samt om patientens läkemedelsbehandling i olika situationer. Den ”domänmodell” som byggts upp är därmed ingen modell över hur information hanteras i vårdsystemen i dag, och avsikten är inte heller att modellen ska tolkas som en absolut kravställning på systemen.

Däremot är modellen användbar för tolkningar, diskussioner och konsekvensbedömningar av bland annat förslag till lösningar för nationella läkemedelslistan eller användning av standarder för informationsöverföring. Modellen kan då ge svar på vilken lösning eller standard som bäst svarar mot verksamhetens verkliga behov. Över tid bidrar arbetet därmed till en mer – och bättre – strukturerad läkemedelsinformation i vårdsystemen. Detta är särskilt viktigt när vården och apoteken kopplas samman till ett stort ”ekosystem” via den nationella läkemedelslistan och informationen ska kunna överföras oförvanskad runt i hela detta system.

## Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar

Rapportering av läkemedelsbiverkningar är en viktig förutsättning för att upptäcka brister i läkemedelsanvändningen och för att öka läkemedels säkerheten. I dag upplever hälso- och sjukvårdspersonal rapporteringen som alltför tidskrävande, och Läkemedelsverket gör bedömningen att endast en mindre del av biverkningarna rapporteras. Under

flera års tid har därför såväl Läke-medelsverket som Inera arbetat för att möjliggöra rapportering av läke-medelsbiverkningar via en elektronisk tjänst som kan kopplas direkt till journalsystemen. Arbetet bygger på en fristående applikation som utvecklats på Inera, baserad på en prototyp från Läke-medelsverket. Region Uppsala har också deltagit i arbetet.

#### **4.2 Möjliggör elektronisk rapportering av läke-medelsbiverkningar**

För 2018 avsatte regeringen 6 000 000 kronor till förbättrad läke-medelskommunikation. Av dessa avsåg 5 000 000 kronor strukturerade uppgifter i patientjournal och 1 000 000 kronor det fortsatta genomförandet och utvärderingen av pilotundersökningen om biverkningsrapportering. En mindre del av medlen för strukturerade uppgifter i patientjournal har inte använts under 2018 och kommer att återföras till regeringen.

#### ***Läke-medelsarbete inom ramen för professionsmiljarden***

SKL har under 2018 tillsammans med Inera och representanter från regioner och kommuner genomfört en riskanalys med fokus på utveckling, införande och användning av nationella läke-medelslistan. Resultatet, som identifierar ett antal stora och viktiga risker, ingår nu som del i det riskarbete som E-hälsomyndigheten bedriver. SKL har också deltagit i de referens- och arbetsgrupper som E-hälsomyndigheten bildat för nationella läke-medelslistan. Till dessa grupper har SKL även kunnat hjälpa E-hälsomyndigheten få kontakt med representanter för regioner och kommuner, liksom för regionernas kundgrupperingar för journalsystemen.

SKL har vidare tillsammans med representanter för regionerna analyserat konsekvenserna av en rad förslag till lösningar för nationella läke-medelslistans informationsstruktur. Arbetet har bidragit till att E-hälsomyndigheten kunnat fatta informerade beslut om strukturen utifrån vårdnära situationer och scenarier, vilket sannolikt kommer att underlätta ett framtida införande av nationella läke-medelslistan. SKL har även låtit en extern jurist göra en jämförelse mellan lagen om nationell läke-medelslista och patientdatalagen.

Jämförelsen visar att det kan komma att bli svårt såväl för hälso- och sjukvårdspersonal som för patienter att förstå skillnaden mellan nationella läke-medelslistan och journalen, vilket riskerar att leda till missförstånd, osäkerhet, påverkad arbetsmiljö och i värsta fall konsekvenser för patientsäkerheten. Vidare finns det mycket som tyder på att det kommer att bli förenat både med svårigheter och stora kostnader för huvudmännen att utveckla systemfunktionalitet som tillgodoser att ”samma” information samtidigt hanteras i enlighet med två olika lagar.

SKL har kunnat genomföra vissa gemensamma kommunikationsinsatser med E-hälsomyndigheten, bland annat föreläsningar på IT-mässan Vitalis. E-hälsomyndigheten har också varit inbjuden till en av de två webbsändningar om nationella läke-medelslistan som SKL och Inera ordnat för regioner och kommuner under hösten 2018. SKL och Inera har utöver detta också egna

kommunikationskanaler till regioner och kommuner, inte minst via de kontaktpersoner som såväl regioner som (många) kommuner har utsett för nationella läkemedelslistan.

Under 2018 har SKL även fortsatt verka för en ändamålsenlig behörighetsstyrning till stöd för läkemedelslistans användning. Diskussionen om behörighetsstyrning har dock framför allt varit tekniskt inriktad och gällt den nya åtkomstlösning som E-hälsomyndigheten planerar att införa för sina tjänster (Sambi) och inte så mycket den rollbaserade åtkomststyrningen som regleras i lagen om nationell läkemedelslista (som var det som SKL:s förstudie från 2017 framför allt fokuserade på). Under året har det inte presenterats några ytterligare konkreta lösningsförslag att ta ställning till och konsekvensbedöma förutom lagtexten. Den juridiska utredning som SKL låtit göra pekar dock på problem med gränsdragningarna mellan lagen om nationell läkemedelslista och patientdatalagen. Just regleringen av direktåtkomst (för olika yrkeskategorier, för olika ändamål och i olika situationer) är ett av de områden som pekas ut särskilt.

När överenskommelsen för 2018 tecknades, var det regeringens avsikt att lagen om nationell läkemedelslista skulle vara klar för omröstning i riksdagen i februari 2018. I praktiken gjordes omröstningen först i juni, vilket gör att flera av de punkter som ingick i överenskommelsen för 2018 har påbörjats först efter årsskiftet 2018–2019. Dit hör i synnerhet den mer specifika diskussionen om samtyckesfrågor och dialogen med staten och myndigheterna om en gemensam, långsiktig målbild för nationella läkemedelslistan.

Arbetet med inriktning på nationella läkemedelslistan inom denna överenskommelse bygger vidare på och förstärker det arbete som bedrivs inom ramen för Förbättrad läkemedelsinformation i överenskommelsen om insatser för ökad tillgänglighet inom barnhälsovården m.m.

### **4.3 Insatser under 2018**

#### **Strukturerade uppgifter i patientjournal för förbättrad patientsäkerhet i läkemedelsprocessen**

SKL:s arbete under 2018 har framför allt varit inriktat på att stödja andra organisationers arbete genom att bidra med (egen och medlemmarnas) verksamhetsnära kompetens inom områdena läkemedel och informatik. Arbetet bedrivs också i allt större utsträckning tillsammans med Inera med avsikten att stödja regioner och kommuner inför ett kommande införande av en nationell läkemedelslista.

Arbetet inom denna överenskommelse har varit särskilt viktigt just för förberedelserna inför en nationell läkemedelslista. Flera myndigheter har regeringsuppdrag med anknytning till det nya registret, och SKL bidrar med kunskap om vårdens behov av information och dokumentation. De uppdrag som berörs är E-hälsomyndighetens uppdrag att strukturera läkemedelsinformation



och utveckla en nationell läkemedelslista, Socialstyrelsens uppdrag med Nationell informationsstruktur och termer och begrepp inom läkemedelsområdet samt Läkemedelsverkets arbete med standarderna för identifiering av läkemedelsprodukter (IDMP, Identification of Medicinal Products). Myndigheternas tidplaner är dock ofta snäva, vilket emellanåt påverkar deras möjligheter att ta full hänsyn till de behov av information om patientens läkemedelsbehandling som vården har. SKL arbetar då för att tydliggöra konsekvenserna av olika vägval, i syfte att bidra till ett så bra beslutsunderlag som möjligt.

Under första halvan av 2018 deltog SKL i E-hälsomyndighetens förberedande arbete, framför allt inom arbetet med strukturerad läkemedelsinformation. Ett gott samarbete har etablerats inom detta område, även med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Inera. Samarbetet har visat sig särskilt fruktbart i det gemensamma arbetet med de kodverk som ska användas i nationella läkemedelslistan. SKL ledde det arbetet under hösten 2018, och övriga organisationer har bidragit med sina delar och ansvarsområden. Resultatet har därefter tagits vidare av E-hälsomyndigheten för beslut om förvaltning m.m.

Mot slutet av året, när E-hälsomyndigheten etablerat arbets- och referensgrupper för olika specifika frågor om nationella läkemedelslistan, har SKL även deltagit i dessa (och bidragit till att deltagare från regioner och kommuner också kommit med i grupperna).

SKL har också etablerat en fokusgrupp för informatikfrågor inom läkemedelsområdet som till stor del fungerat som bollplank och expertpanel för diskussioner om de förslag som utarbetats av E-hälsomyndigheten. Gruppens inriktning är bredare än nationella läkemedelslistan, men under 2018 är det frågor kring den som dominerat gruppens arbete. Vidare har de specifika kontaktpersoner för just nationella läkemedelslistan som utsetts i regionerna och i många kommuner fått del av E-hälsomyndighetens förslag och möjlighet att ta ställning till SKL:s och fokusgruppens konsekvensbedömningar.

SKL är också en diskussionspartner till Socialstyrelsen när det gäller myndighetens arbete med att optimera informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation och kartlägga förutsättningar för en mer samordnad hantering av denna informationsmängd i hälso- och sjukvården.

Utöver det stödjande arbetet arbetar SKL även vidare med den domänmodell för läkemedel som sammanfattar kunskapen om information inom läkemedelsområdet. Modellen och de arbetssätt för dokumentation som SKL utvecklat under de senaste åren har fått positiv uppmärksamhet i ett flertal sammanhang, bland annat i samband med en utbildning för regionrepresentanter, som SKL höll i december 2018. Under 2018 har SKL också arbetat med att generalisera arbetssättet och göra det till en del av SKL:s stödfunktion för strukturerad vårdinformation (som från och med 2019 kommer att ombildas och utgöra en del av en samverkansgrupp inom regionernas system för kunskapsstyrning). Modellen har även utökats med informationsmängder inom området läkemedelslogistik.

SKL har också initierat en förstudie om möjligheterna att skapa en gemensam förvaltning av sådan produktinformation om läkemedel som inte förvaltas av Läkemedelsverket, utan som läggs till och struktureras av regionerna själva. Inera leder denna förstudie.

Det arbete som bedrivits med inriktning på nationella läkemedelslistan inom denna överenskommelse har ytterligare förstärkts genom arbetet inom överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården (professionsmiljarden).

### **Möjliggör elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar**

Leveranserna från Inera kan sammanfattas på följande sätt:

- Ett behandlingsstöd som underlättar biverkningsrapportering har tagits fram: webbapplikationen *Sebra – biverkningsrapportering* som stödjer att information om läkemedel och diagnoser kan fyllas i automatiskt från vårdgivarens journalsystem.
- Tjänstekontrakt har tagits fram för att skicka biverkningsrapporter till Läkemedelsverket enligt arkitektur för nationell e-hälsa.
- Projektet har samarbetat med Region Uppsala i en pilot.
- Förvaltning har etablerats för Sebra (hos Inera).

Region Uppsala fortsätter använda Sebra efter pilotens avslut. Under första halvåret 2019 planeras det för att möjliggöra hämtning av information även från andra vårdgivares journalsystem (sammanhållen journal). Aktiviteter pågår för att förbereda ett breddinförande.

Regeringens finansiering av förstudie och pilot har i sig inte inneburit att vare sig regionerna eller staten har gjort ett åtagande om implementering och långsiktig förvaltning. Under 2018 har dock den avsiktsförklaring som Inera skickat till regionerna med fråga om framtida drift och förvaltning fått ett positivt mottagande. I sak innebär detta att ett flertal regioner är aktivt intresserade av en framtida användning och finansiering av tjänsten, även om det inte betyder ett direkt åtagande att planera och påbörja ett införande. Från andra eller tredje kvartalet 2019 bedöms det vara möjligt för andra regioner att påbörja anslutning till tjänsten.

Läkemedelsverket har ett önskemål att Inera även utvecklar en funktion för att kunna återrapportera resultatet av biverkningsrapporten till vården. För att kunna genomföra en förstudie som utreder juridiska begränsningar och tekniska förutsättningar för återrapportering behövs ytterligare finansiering för att täcka dessa kostnader. Detsamma gäller utveckling av funktionaliteten i det fall förstudien visar att det är genomförbart.

## 5. Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar

Målet med överenskommelse inom sällsynta sjukdomar är att skapa ökade förutsättningar för en god, jämlik och tillgänglig vård med patienten i centrum.

Området sällsynta sjukdomar innefattar många olika sjukdomsgrupper med sinsemellan olika behov. Det är vanligt att de leder till symtom från flera olika organsystem vilket medför multipla funktionshinder. Idag sker en utveckling där de medicinska framstegen inom genetisk diagnostik med tidig upptäckt av genetiska förändringar gör att det ofta går snabbare att ställa diagnos vid funktionsvariationer. Att få en korrekt diagnos medger en orsaksförklaring, möjliggör prognos, anpassad medicinsk uppföljning, uppskattning av återupprepningsrisk och om så önskas fosterdiagnostik.

En sällsynt sjukdom är ett kroniskt och komplext tillstånd med behov av särskilda insatser som drabbar högst en per 10 000 personer enligt den nuvarande svenska definitionen. Socialstyrelsen leder ett arbete med att revidera definitionen. Ett förslag på en uppdaterad svensk definition, att publicera i Socialstyrelsens termbank, har tagits fram under 2018 och avser termen sällsynt hälsotillstånd. Nu är förslaget på internremiss på Socialstyrelsen, och kommer enligt plan att skickas ut på externremiss under våren 2019. En del i det nya förslaget innebär en anpassning till den nuvarande europeiska definitionen. Den EU-gemensamma prevalenssiffran är en förekomst på färre än 5 på 10 000 invånare för en sällsynt sjukdom.

### 5.3.1 Stärkt nationell struktur

I syfte att skapa en nationell och sammanhållen struktur för vården av personer med sällsynta sjukdomar tillför regeringen landets medicinska centrum för sällsynta diagnoser (CSD) totalt 6 000 000 kronor under 2018 genom överenskommelsen. Dessa har fördelats lika till var och en av de sex CSD i landet med 1 miljon var. Därtill har SKL genom överenskommelsen tilldelats 1,5 miljoner.

### **5.3.2 Stärkt nationell samordning**

#### ***Förändring av den nationella samordningen - sjukvårdsregionerna tar ett större ansvar för nationell samordning av sällsynta diagnoser***

Ett uppdrag i överenskommelsen är att SKL ska förbereda för att den nationella samordningen ska inrättas inom programområdesstrukturen från och med 2019.

I samordningen ska ingå att utveckla aktuella och relevanta kunskapsunderlag med tillhörande system för uppföljning.

Landsting och regioner har tillsammans skapat ett system för kunskapsstyrning. Syftet är att samverka för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. I systemet har olika nationella programområden (NPO) skapats inom ett flertal diagnosområden. NPOs uppdrag är att bland annat kartlägga, följa upp och analysera området, hitta kunskapsluckor och identifiera när kunskapsstöd saknas. Ett nationellt programområde för sällsynta sjukdomar har startats upp. NPO för sällsynta sjukdomar har tillsammans med SKL 2018 arbetat med att förbereda hur den nationella samordningen kan inrättas i programområdesstrukturen.

Uppdraget att inrätta den nationella samordningen i regionernas system för kunskapsstyrning innebär en förändring av den nationella struktur som funnits sedan 2012. Det året genomförde Socialstyrelsen den första upphandlingen av en nationell funktion för sällsynta diagnoser. Ågrenska stiftelsen vann den upphandlingen och har sedan dess vunnit de upprepade upphandlingar som myndigheten genomfört. I och med det uppdraget inrättades den Nationella funktionen för sällsynta diagnoser (NFSD). Socialstyrelsens upphandlade uppdrag omfattade ett årligt medelstillskott på 3 miljoner kronor. NFSD har bedrivit ett viktigt arbete för att initiera, stötta och samordna CSDs verksamhet i landet och att kommunicera externt kring sällsynta sjukdomar. Detta har varit en förutsättning för att vården nu kan ta nästa steg i utvecklingen mot mer jämlik vård för individer med sällsynta sjukdomar. Socialstyrelsen har under 2018 avslutat sitt avtal med Ågrenska stiftelsen som en konsekvens av uppdragen i överenskommelsen.

#### ***Sjukvårdsregionalt***

En del i arbetet i systemet för kunskapsstyrning är att forma och inrätta regionala programområden (RPO). I det regionala arbetet är det viktigt att dessa koordineras med de regionala centrumen för sällsynta diagnoser (CSD). Här har de olika regionerna kommit olika långt när det gäller arbetet med RPO.

Landsting och regioners system för kunskapsstyrning bygger på att respektive sjukvårdsregion har ett så kallat värdskap för ett eller flera Nationella programområden. Vård för NPO sällsynta sjukdomar är Region Stockholm. Att vara vård för ett NPO innebär att resurssätta programområdet med processtöd,

kompetens och utvecklingskraft som stärker arbetet i enlighet med vision, målbild och fastställa riktlinjer för gemensamma arbetsätt. Därtill ingår även att stödja programområdet med viss uppföljning och analys samt nödvändig kommunikation för att programområdet ska kunna utföra sitt uppdrag.

Som en konsekvens av att NPO sällsynta sjukdomar är igång och att värdlandstinget är utsett kommer den nationella samordningen av sällsynta sjukdomar att ligga på region Stockholm som värdlandsting. Region Stockholm har i sin tur en dialog med Ågrenska stiftelsen om eventuella uppdrag även framöver.

I överenskommelsen står det att parterna är överens om målsättningen att det gemensamma arbetet med vård och behandling är långsiktigt och ska fortsätta efter 2018. För att programområdesstrukturen redan 2019 ska kunna överta den nationella samordningsfunktionen på området och kunna fortsätta påbörjat och planerat arbete utan avbrott är det en förutsättning att staten även framöver satsar ekonomiska medel på området sällsynta sjukdomar.

**Sammantaget** är det alltså en förutsättning för att kunna fullfölja uppdragen i överenskommelsen, med att den nationella samordningen av sällsynta sjukdomar inrättas inom programområdesstrukturen från och med 2019, att statliga medel fortsatt satsas på området. Annars kommer det påbörjade arbetet att försenas och inte kunna genomföras så som planerats.

### ***NPO verksamhetsplan***

NPO sällsynta sjukdomar har skrivit en verksamhetsplan för år 2019. Där framgår att flera nationella arbetsgrupper (NAG) kommer att inrättas. NPO för sällsynta sjukdomar kommer även att inrätta två olika referensgrupper. Syftet med dessa referensgrupper är att på bästa sätt kunna fånga upp och ha en gemensam dialog med intressenter och aktörer utöver de representanter som ingår i hälso- och sjukvårdssystemet.

Socialstyrelsen har fram till den 31 december 2018 drivit en referensgrupp för sällsynta diagnoser. Som förutom av myndigheten själv bestått av representanter från sjukvårdsregionerna, Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Ågrenska, Försäkringskassan, Specialpedagogiska Skolmyndigheten och Sveriges kommuner och landsting, SKL.

Från och med 2019 tar NPO över referensgruppen i en något omarbetad form. Dels genom att den kommer att delas upp i två grupperingar samt att båda dessa kommer att rapportera till NPO sällsynta sjukdomar. De två referensgrupperna är en för myndighetsdialog och en för patient/brukarinvolvering. Syftet med

båda dessa är att ge stöd till NPO, genom att synliggöra de svårigheter som kan uppkomma hos patienter/brukare men också ge möjlighet till förankring för de insatser som NPO arbetar med. Målet under 2019 är att grupperna bildas.

Minst en NPO ledamot kommer att ingå i var och en av referensgrupperna och också vara länken mellan referensgruppen och programområdet. Processtöd ges från processledaren för NPO.

NPO är också den instans som Socialstyrelsen vänder sig till i deras arbete med att ta fram förslag på områden för högspecialiserad vård.

Ytterligare ett uppdrag som kommer att följas noggrant av NPO sällsynta sjukdomar är det arbete som drivs av Inera som SKL och samtliga CSD tillsammans är med och finansierar kring multidisciplinära konferenser (MDK). Syftet med dessa konferenser är att öka det multidisciplinära och multiprofessionella samarbetet i vården för att patienter snabbt och effektivt ska få diagnos, behandling och det vidare stöd de är i behov av. Specialisterna är få och utspridda över landet, fler individers kunskap krävs för att lösa komplexa problem. Multidisciplinära konferenser görs till viss del redan idag men det saknas på flera håll ett samlat tekniskt verktyg. Utredningen ska klargöra behov, krav och förutsättningar för MDK-infrastruktur.

NPO sällsynta har också inlett dialog med andra närliggande programområden och grupperingar så som till exempel NT rådet för samverkan kring sällsynta läkemedel.

## **Kunskapsdatabasen**

I överenskommelsen framgår att SKL ska analysera förutsättningarna för att tillhandahålla kunskapsdatabasen för sällsynta diagnoser inom ramen för programområdesstrukturen. I bilaga 1 finns en rapport som utreder detta.

Slutsatsen av utredningen är att det just nu pågår så många initiativ inom kunskapsstyrningsområdet kring att samla och sprida information och att det viktigt med en samordning av detta arbete. Det gör att det är för tidigt att kunskapsdatabasen flyttas från Socialstyrelsen nu.

Att flytta över kunskapsdatabasen till skl.se eller att göra en egen webbsida så som registercentrum i samverkan, ligger inte i linje med det gemensamma och samordnande system som efterfrågas av regionerna framöver.

Det går att konstatera att vårdens tekniska infrastruktur dessutom ännu inte är färdigbyggd för att kunna överta hela kunskapsdatabasen.

De förslag som framkom i den statliga utredningen, Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48, om att inrätta en kunskapsstjänst bör avgöras först. Om regeringen går vidare med ett sådant förslag skulle det vara en naturlig hemvist för den här kunskapsdatabasen. Regionerna har gett SKL i uppdrag att ta fram en databas där kunskapsstöd som bland annat NPO:erna tar fram ska finnas och som ska gå att integrera i deras vårddokumentationssystem. Det kallas Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK). Ett färdigutvecklat NKK kan också på sikt vara ett ställe att placera kunskapen i databasen på.

SKL konstaterar samtidigt att informationen i kunskapsdatabasen för ovanliga sjukdomar är värdefull och tillför ett stort värde för vården. Idag är informationen och texterna väl genomarbetade, så väl det medicinska innehållet som det redaktionella arbetet. Efter dialog med projektledningen för Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) konstateras att det skulle vara möjligt att från 2019 påbörja arbetet med att anpassa texterna i kunskapsdatabasen till den struktur som NKK bygger upp. Efter dialog med Socialstyrelsen skulle det vara möjligt att även inom nuvarande upphandlat uppdrag, vilket sträcker sig 2019 ut, skriva in uppgifter om att påbörja en sådan anpassning.

Efter dialog med Socialstyrelsen har de sagt sig villiga att ha kvar kunskapsdatabasen på sos.se till dess att huvudmännens har ett mer utvecklat tekniskt system för att kunna ta över den. Viktigt i ett sådant arbete vid övertagandet är att avgöra målgruppen för informationen. Idag är det många patienter/brukare och anhöriga som tar del av informationen och hänsyn till det bör tas om materialet framöver tillhandahålls av sjukvårdshuvudmännen.

### **Grundläggande kriterier för CSDs verksamhet**

I överenskommelsen är ett uppdrag att utarbeta grundläggande kriterier för verksamheten vid centrumen för sällsynta diagnoser (CSD).

I varje sjukvårdsregion finns det centrum för sällsynta diagnoser (CSD). Dessa centrum är under uppbyggnad. Nationella verksamhetskriterier för de regionala centrumen för sällsynta diagnoser finns framtagna sedan tidigare. Dessa hade en bred förankring och utarbetades av referensgruppen för Sällsynta diagnoser på Socialstyrelsen (med representation från SKL, NFSD, brukarorganisation, Ågrenska, CSD mfl).

I samtliga sjukvårdsregioner kommer det inom kunskapsstyrningsorganisationen inrättas regionala programområden (RPO). Det är viktigt att dessa koordineras med CSD. Under 2018 har SKL samlat in verksamhetsplanerna för centrumen för sällsynta diagnoser. Den sammanställningen ger vid handen att uppdrag, mandat och roller är olika. Noteras bör att de ekonomiska resurserna är och har varit mycket ojämnt fördelade över landet. Samtliga centra är administrativa och utgår från de mål och kriterier som funnits. Hälften av CSD hade inte någon beslutad verksamhetsplan och inte heller någon egen budget.

I arbetet med att revidera nuvarande kriterier har SKL genomfört diskussioner i NPO, med företrädare för CSD själva och haft intressentdialoger genom bland annat workshop inom projektet för gemensamt lärande som drivs av riksförbundet för sällsynta diagnoser.

Utifrån dess diskussioner är SKL:s uppfattning att kriterierna behöver justeras för att bättre verka för en god, jämlik och tillgänglig vård med patienten i centrum. Förslaget till reviderade kriterier innebär att långsiktiga mål för CSD tar utgångspunkt i att stödja den nya kunskapsstyrningsorganisationen.

Dessa formuleringar är att beteckna som baskriterier vilket innebär att varje sjukvårdsregion kan ge ytterligare uppdrag till CSD. Ett arbete kring hur de olika CSD och RPO ska arbeta med dessa målsättningar behöver ske. Nästa steg i arbetet är beslut i sjukvårdsregionerna samt ett aktivt arbete med hur de olika centrumen ska arbeta utifrån dessa kriterier. De nya kriterierna föreslås bli:



### **Verksamheten vid Centrum för sällsynta diagnoser**

Centrum för sällsynta diagnoser är en kompetens- och stödfunktion utan vårduppdrag inrättade i sjukvårdsregionerna vid universitetssjukhusen i Sverige.

### **Övergripande målsättning**

Centrum för sällsynta diagnoser har som mål att verka för att personer som har sällsynta diagnoser får möjlighet till omsorg, diagnos och adekvat behandling samt att det sker i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård efter behov. Den ska vara god, jämlik och tillgänglig. Särskild uppmärksamhet ska riktas mot de behov som är betingade av sällsyntheten. Utgångspunkten för allt arbete är att, utifrån ett helhets- och livsperspektiv, stärka individens och närståendes förmåga att självständigt hantera sin livssituation.

### **Centrum för sällsynta diagnoser ska verka för att:**

- Aktivt bidra i lokalt, regionalt och nationellt arbete med kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården.
- Tillhandahålla information och hänvisning för enskilda personer, hälso- och sjukvården och andra samhällsaktörer rörande var det finns medicinsk expertis och stöd och service i samhället för sällsynta diagnoser.
- Utveckla samverkan med intresseorganisationer och andra samhällsaktörer.
- Identifiera medicinsk expertis samt främja multidisciplinärt och långsiktigt arbete.
- Identifiera utvecklingsbehov inom hälso- och sjukvården för att främja diagnostik och vård av individer med en sällsynt diagnos.
- Stötta och samverka med lokala, regionala, nationella och internationella medicinska team/nätverk.
- Det skapas en sammanhållen vårdkedja för personer med sällsynta diagnoser med utgångspunkt från ett helhets- och livsperspektiv.
- Främja forskning, kompetensutveckling och kunskapsspridning för att bidra till kunskapsökning inom området sällsynta diagnoser.

### **Referensgrupp**

I överenskommelsen framgår att SKL ska ha en referensgrupp med relevanta aktörer där både professions- och patientperspektivet är representerat. SKL har i sitt arbete använt sig av den referensgrupp som till och med årsskiftet på Socialstyrelsen

Från och med 2019 tar NPO över referensgruppen i en något omarbetad form. Dels genom att den kommer att delas upp i två grupperingar samt att båda dessa kommer att rapportera till NPO sällsynta sjukdomar. De två referensgrupperna är en för myndighetsdialog och en för patient/brukarinvolvering. Syftet med båda dessa är att ge stöd till NPO, genom att synliggöra de svårigheter som kan uppkomma hos patienter/brukare men också ge möjlighet till förankring för de insatser som NPO arbetar med. Målet under 2019 är att grupperna bildas.

Därtill har SKL under 2018 haft många avstämningsmöten med patientorganisationer och deltagit i projekt kring gemensamt lärande som drivs av riksförbundet för sällsynta diagnoser.

## 6. Främja uppföljning inom primärvården – Primärvårdskvalitet

Det finns ett stort intresse för uppföljning av primärvårdens kvalitet och resultat i landet, men de tekniska förutsättningarna varierar stort mellan landstingen/regionerna. Under 2016 påbörjade samtliga landsting och regioner planering och förberedelser för anslutning till PrimärvårdsKvalitet. Vid slutet av 2017 hade cirka hälften av landets vårdcentraler tillgång till sina data utifrån de nationellt utformade indikatorerna. De flesta av landstingen/regionerna har även kommit igång operativt med att utveckla IT-lösningar för att möjliggöra utbyte av data via nationella tjänsteplattformen, aggregera data för visning nationellt, samt att återföra referensvärden till varje vårdcentral.

Arbetet sker med utgångspunkt i förarbetena inom satsningarna på kvalitetsregister och kronisk sjukdom och i samarbete med de fortsatta aktiviteterna som finansieras därifrån.

### 6.1 Utvecklingsområden 2018

En arbetsgrupp för PrimärvårdsKvalitet är etablerad på mandat av det tidigare nationella programrådet för primärvård och bemannas av professionsföreningarna, hittills med finansiering via satsningen på levnadsvanearbete. Uppdraget innebär vidareutveckling av systemet, planering inför framtida behov, stöd för lokal användning av primärvårdsdata, uppdatering av befintliga indikatorer samt att ta fram fler indikatorer som speglar den breda och tvärprofessionella verksamhet som bedrivs i primärvården.

Under 2017 påbörjades den första indikatorrevisionen, då samtliga indikatorer i PrimärvårdsKvalitet setts över, och nödvändiga uppdateringar till gällande riktlinjer gjorts. Det har även skett en ensning av indikatorerna vad gäller tidsgränser, definitioner och format, för att de ska vara lättanvända, ändamålsenliga och förståeliga, med fortsatt hänsyn till medicinsk relevans och automatisk datahämtning. Detta arbete har fortsatt och färdigställts under första halvan av 2018. I slutet av 2018 har det årliga arbetet med att uppdatera befintliga indikatorer till nya riktlinjer påbörjats inför 2019. Nya indikatorer har utformats för angelägna områden som rehabilitering, psykisk ohälsa, samverkan, olämplig läkemedelsbehandling och prioritering.

I samband med etableringen av digitala vårdkontakter har behovet av uppföljning av kvaliteten av denna typ av verksamhet ökat. PrimärvårdsKvalitet har samarbetat med Folkhälsomyndigheten och Programråd Strama för att ta fram anpassade kvalitetsindikatorer för denna vårdform. I ett första steg har indikatorer för infektionssjukdomar tagits fram, och fler sjukdomsområden som är relevanta för denna vårdform planeras, i samarbete med berörda aktörer.

På vissa håll i landet är rehab skilt från övrig primärvård, till exempel genom separata vårdval. För att ge förutsättning för att även denna rehabiliteringsverksamhet kan ta del av PrimärvårdsKvalitet har en anpassning av rehabindikatorer tagits fram, som passar för denna organisationsmodell.

För att förankra indikatorerna och ta del av synpunkter från expertis har workshops hållits. SKL har samarbetat med Socialstyrelsen i utformningen av indikatorer för att följa upp nationella riktlinjer för olika sjukdomsområden som berörts under året.

Samarbetsformer med andra delar av kunskapsstyrningen som riktar sig mot primärvård är etablerat t ex med Nationella Primärvårdsrådet och Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Stöd för lokal analys och användning av kvalitetsdata har tagits fram och spridits till användande primärvårdsenheter, i samarbete med landstingen/regionerna och berörda professionsföreningar.

En valideringsgrupp med expertis kring primärvårdsstatistik är etablerad, och har bidragit med synpunkter och testning i samband med indikatorrevisionen och nyutveckling av indikatorer. När aggregeringstjänsten och det nya nationella tjänstekontraktet kommer i bruk i början av 2019 påbörjas arbetet med att validera aggregerad regional/nationell data och bistå med analys och tolkning av denna. Även juridiken har varit uppe till diskussion eftersom förutsättningarna för huvudmännen att samlat följa resultat inte finns fullt ut så länge föreslagna lagstiftningsändringar inte genomförs.

PrimärvårdsKvalitet deltar i en nationell satsning för att utveckla insamling av patientrapporterad data, som en del av det internationella så kallade PROMIS-samarbetet (PROM står för Patient-Reported Outcome Measure), som drivs av kvalitetsregistercentrumen. Under hösten 2018 har kontakt med Inera tagits, för att ta reda på de tekniska förutsättningarna för att kunna starta en pilot i svensk primärvård.

En brist är att ingen följeforskning ännu etablerats av införandet och användningen av PrimärvårdsKvalitet. Det har inte ingått i utformningen av gällande satsning. Under 2018 har en ansökan till FORTE under ledning av

professor Anders Anell beviljats och forskningen kommer att inledas under 2019 i samarbete med representanter för PrimärvårdsKvalitet.

I slutet av 2018 hade ca 2/3 av landets vårdcentraler tillgång till PrimärvårdsKvalitet lokalt.

## 7. Hälsa- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

I och med det försvarspolitiska inriktningsbeslut som regeringen fattade 2015, mot bakgrund av ett försämrat säkerhetspolitiskt läge, har planeringen för totalförsvaret återupptagits. Där ingår också hälso- och sjukvården. Dessutom har Försvarmaktens förväntan på stöd från den civila sjukvården ökat.

Civilt försvar är den verksamhet som myndigheter, regioner, kommuner, företag och föreningar m.fl. vidtar för att förbereda Sverige för krig. Under fred genomförs förberedelser i form av beredskapsplanering och olika förmågehöjande åtgärder. Vid höjd beredskap och ytterst krig genomförs nödvändiga åtgärder för att upprätthålla målet för civilt försvar, som är att värna befolkningen, säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och medverka till Försvarmaktens förmåga att möta ett väpnat angrepp.

Det civila försvaret tar sin utgångspunkt i samhällets krisberedskap och planeringsarbetet bör därför utgå ifrån att förmågan att hantera kriser i fredstid också ger grundläggande förmåga att hantera krigssituationer. De strukturer och processer som används inom krisberedskapen bör därmed i möjligaste mån användas i planeringen av det civila försvaret.

Av budgetpropositionen för 2018 framgår att det är av stor vikt att planeringen samordnas mellan det civila och det militära försvaret, att kunskapshöjande åtgärder och övningar genomförs samt att beredskapsåtgärder genomförs i samverkan med berörda aktörer.

### 7.3 Insatser under 2018

Regionerna använde under 2018 merparten av den statliga ersättningen till personella resurser för att påbörja arbetet med den återupptagna planeringen av det civila försvaret inom hälso- och sjukvården. Drygt hälften av regionerna har lagt 80 % eller mer av denna ersättning på personella satsningar.

På den regionala nivån finns sedan tidigare en samverkan mellan olika aktörer, som under året har intensifierats. Regionerna samverkar med varandra, med länsstyrelserna, kommunerna, Socialstyrelsen, Försvarmakten och andra berörda aktörer. Under året har strukturerna för samverkan förbättrats och strategier har tagits fram för att trygga en samsyn om det fortsatta planeringsarbetet. Det har planerats för utbildnings- och övningsinsatser. Vidare

har det genomförts olika kunskapsaktiviteter för att öka den personella kompetensen.

På den nationella nivån har regionerna varit representerade i ett nationellt nätverk för civilt försvar inom hälso- och sjukvården. Nätverket kommer även framöver att i detta sammanhang fortsätta med att diskutera angelägna frågor och verka för samsyn mellan regionerna. Nätverket har under 2018 helt fokuserat på uppgifterna i överenskommelsen med Socialdepartementet.

Regionerna påbörjade under 2018 arbetet med att kartlägga faktorer som rör möjligheterna att uppnå önskad förmågeförhöjning inom traumavårdskedjan. Vidare påbörjades kartläggning av den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten som främst berörs av den återupptagna planeringen av det civila försvaret inom hälso- och sjukvården.

Deltagarna i det nationella nätverket enades om att en kartläggning av rådande nuläge inom traumavårdskedjan var nödvändig som en grund för att i nästa steg kunna uppnå önskad förmågeförhöjning i hela denna kedja. Nätverket utarbetade därför ett särskilt dokument som grundas på modellen Surge Capacity för att stödja arbetet med att kartlägga traumaomhändertagandet vid särskilda och extraordinära händelser i fredstid, samt höjd beredskap och krig.

Begreppet Surge Capacity har inte någon vedertagen svensk översättning men kan definieras som förmågan att hantera ett plötsligt och oväntat högt inflöde av patienter som allvarligt påverkar, eller överskrider normalflödet i den dagliga verksamheten. Det är allmänt vedertaget att beskriva begreppet utifrån komponenterna Staff, Stuff, Structure och Systems. Varje enskild komponent av begreppet Surge Capacity innehåller ett antal mindre beståndsdelar.

Regionerna har på den nationella nivån under 2018 också samverkat med Socialstyrelsen i bl.a. planeringsarbetet inför totalförsvarsövning 2020 (TFÖ 2020).

SKL initierade fyra projekt för regiongemensamma frågor. Tre regioner ansvarar för genomförande av följande projekt:

- Nätverk för civilt försvar – Region Östergötland
- Förstudie om krigsplacering av sjukvårdspersonal – Västra Götalandsregionen
- Förstudie om vägledning Robust vårdcentral – Region Skåne
- Förstudie om Serviceresefordon i vardag, kris och krig – Region Skåne

Nätverket för civilt försvar har under 2018 genomfört tre möten, varav två i internatform. Samtliga tre förstudier påbörjades under föregående år och fortsätter under våren 2019.



# Slutredovisning 2018- Överenskommelse om barnhälsovård mm

Slutredovisning 2018 av överenskommelsen om insatser för ökad tillgänglighet inom barnhälsovården m.m

Upplysningar om innehållet  
Ulrika Vestin [ulrika.vestin@skl.se](mailto:ulrika.vestin@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019  
ISBN/Beställningsnummer: *Ange nummer*