

# Patientsäkerhet för utlokaliserade patienter inom somatisk slutenvård samt för patienter som väntar på vård vid allvarlig sjukdom

Kortversion av förstudierapport inför nationell tillsyn

## Det här ska IVO tillsyna

Brist på vårdplatser, personal och personal med rätt kompetens inom både den somatiska specialistsjukvården och kommunal vård och omsorg leder till att patienter och brukare riskerar att få vård och behandling utifrån var det finns platser (tillgång), och inte efter sjukdomsbild och behov. Därför genomför IVO under 2019–2020 en nationell tillsyn inom detta riskområde. IVO kommer i en nationell tillsyn att granska patientsäkerheten för utlokaliserade patienter. IVO kommer dessutom att genomföra en pilottillsyn av patientsäkerheten vid väntan på kirurgisk vård.

## Utlokaliserade patienter

Patientsäkerhetsproblem kopplade till utlokalisering av patienter handlar både om att patienter inte får vård där det är mest lämpligt och om brister i informationsöverföring och kommunikation. Utlokaliseringar innebär att patienten inte primärt får vårdplats utifrån sjukdomstillstånd utan utifrån var det finns en plats.

Socialstyrelsen arbetade i början av 2010-talet fram indikatorer för att mäta överbeläggningar och utlokaliseringar i svensk hälso- och sjukvård. Utgångspunkten är antalet disponibla vårdplatser, det vill säga de vårdplatser i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. En utlokaliserad patient är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhets än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Överbeläggning är en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.<sup>1</sup>

### ***Utlokaliseringar har ökat över tid***

Sveriges kommuner och landsting rapporterar förekomsten av utlokaliseringar till en nationell databas. I den somatiska slutenvården har både utlokaliseringar och överbeläggningar ökat över tid.<sup>2</sup> Ökningen kan observeras alltsedan mätningarna inleddes.

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2012) *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter*, s. 17f, samt Socialstyrelsens termbank, <http://termbank.socialstyrelsen.se>, läst 2018-08-27.

<sup>2</sup> Socialstyrelsen (2017a) *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017*, s. 11ff. Förstudien har fått några uppgifter som kan tyda på att rapporteringen av antalet utlokaliserade patienter inte är helt tillförlitlig.

Det relativa förhållandet mellan överbeläggningar och utlokaliseringar har i princip varit oförändrat över tid.<sup>3</sup>

**TABELL1: UTLOKALISERINGAR OCH ÖVERBELÄGGNINGAR**

ÅR	UTLOKALISERINGAR, RIKSMEDEL	ÖVERBELÄGGNINGAR, RIKSMEDEL
2015	1,1	3,1
2016	1,5	3,7
2017	2,2	4,4

*Kommentar: redovisas som antal per 100 disponibla vårdplatser.*

*Källa: Sveriges kommuner och landsting, <http://www.vantetider.se>.*

Det är stor spridning mellan olika landsting och regioner. År 2016 var spridningen i årsgenomsnittet för överbeläggningar från 1,8 till 10,5 och för utlokalisering från 0 till 5,1. Det finns en säsongsvariation i både utlokaliseringar och överbeläggningar, med toppar vid sommaren och årsskiftet. Det innebär till exempel att år 2017 var spridningen mellan landstingen och regionerna på månadsbasis från 0,5 till 11,5 för överbeläggningar och från 0 till 20,3 för utlokaliseringar.

Båda indikatorerna mäts per 100 disponibla vårdplatser. Utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser i riket är sådan att både antalet disponibla vårdplatser i slutenvård och i specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare har minskat, såväl över de senaste tio som de senaste tre åren. Det finns även geografiska skillnader. År 2017 var variationen i antal disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk vård från 1,5 vårdplatser till 2,3 vårdplatser per 1 000 invånare.<sup>4</sup>

I ett internationellt perspektiv har Sverige relativt få vårdplatser i hälso- och sjukvården totalt sett. Enligt OECD:s rapport *Health at a Glance: Europe 2018* hade Sverige 2,3 sängar mot medelvärdet på 5,1 sängar per 1 000 invånare i EU-länderna.<sup>5</sup>

### ***Vårdskadefrekvensen är 60 procent högre för utlokaliserade patienter***

Sveriges kommuner och landsting har sedan flera år samordnat markörbaserad journalgranskning (MJG) för att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige. I MJG registreras om patienten var utlokaliserad.

MJG definierar *skada* som ett ur patientens perspektiv oönskat resultat, som ligger utanför det normala vårdförloppet. En del av skadorna bedöms i efterhand som undvikbara, det vill säga *vårdskador*. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.<sup>6</sup>

Det framgår av MJG att 33 procent av skadorna (både skador och vårdskador) hos utlokaliserade patienter var vårdrelaterade infektioner. Efter vårdrelaterade infektioner är

<sup>3</sup> Sveriges kommuner och landsting (2016a) *Ingen på sjukhus i onödan: hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa*, s. 14.

<sup>4</sup> Vården i siffror, <https://vardenisiffror.se>, läst 2018-09-17.

<sup>5</sup> Organization for Economic Co-operation and Development (2018) *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*.

<sup>6</sup> 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

de vanligaste skadetyperna annat (21 procent), trycksår (11 procent), kirurgiska skador (9 procent), läkemedelsrelaterade skador (8 procent) samt blåsöverfyllnad (8 procent). Inom skadegruppen annat var hudskada eller ytlig kärlskada vanligast följt av övriga skador och trombos/emboli. MJG betraktar knappt hälften av skadorna (49 procent) som lindriga och knappt var tionde skada (9 procent) som allvarligare. En stor andel av skadorna (42 procent) bidrog till att patientens sjukhusvistelse förlängdes.

Av MJG framgår att av de utlokaliserade patienterna under år 2015–2017 drabbades 17,5 procent av skador och 11,3 procent av vårdskador. Motsvarande för ej utlokaliserade patienter är att 12,3 procent drabbades av skador och 7,0 procent drabbades av vårdskador. Skillnaderna i skadefrekvens är signifikanta för både skador och vårdskador. Även om skillnaderna har minskat över tid är frekvensen vårdskador 60 procent högre för utlokaliserade patienter. Andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador är signifikant högre hos utlokaliserade patienter på såväl universitetssjukhus som övriga sjukhus jämfört med ej utlokaliserade patienter.<sup>7</sup>

**TABELL 2: SKILLNADER I SKADEFREKVENSNÄN ÅR 2015-2017**

	UTLOKALISERADE PATIENTER	EJ UTLOKALISERADE PATIENTER
Skador	17,5 procent	12,3 procent
Vårdskador	11,3 procent	7,0 procent

*Kommentar: uppgifter från markörbaserad journalgranskning.*

*Källa: Sveriges kommuner och landsting (2018) Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*

MJG visar alltså att vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete har ett sämre utfall för patienter som är utlokaliserade än för patienter som inte är utlokaliserade.

Vid cirka åtta procent av de i MJG granskade vårdtillfällena år 2013–2017 (samtliga patienter) drabbades patienter av vårdskador. Omräknat till nationell nivå kan det uppskattas att vårdskador inträffar vid drygt 110 000 vårdtillfällen per år. Strax under hälften av vårdskadorna ledde till förlängd sjukhusvistelse eller extra vårdkontakter. Vårdtiden för patienter som drabbas av vårdskador är nästan dubbelt så lång som för patienter som inte drabbas av skador. MJG visar att i cirka 1 400 dödsfall per år kan vårdskadan ha varit en bidragande orsak till att patienten avled. Cirka 2 800 patienter per år har fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad av de vårdskador de utsatts för.<sup>8</sup>

Kostnaden för de närmare 900 000 extra vårddagar som beror på vårdskador (samtliga patienter) beräknar Sveriges kommuner och landsting till cirka 9 miljarder kronor årligen. Det motsvarar cirka 13–14 procent av den totala kostnaden för sjukhusvård per år. OECD uppskattar att cirka 15 procent av kostnaderna för sjukhusvård uppstår på grund av bristande patientsäkerhet.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*, s. 15ff och 38. Patientsäkerhetslagen (2010:659) definierar vårdskada som 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.

<sup>8</sup> Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*, s. 5.

<sup>9</sup> Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*, s. 5.

### Vilka patienter omfattas av riskområdet?

Markörbaserad journalgranskning (MJG) visar att 71 procent av de utlokaliserade patienterna var 65 år eller äldre. Motsvarande andel för de som inte var utlokaliserade var 65 procent. Ett annat sätt att uttrycka det är att medelåldern för utlokaliserade patienter var 70 år att jämföra med 67 år för de ej utlokaliserade. De utlokaliserade patienterna är alltså en något äldre patientgrupp.<sup>10</sup>

IVO har genomfört samråd med ett antal vårdgivare som bekräftar bilden att det framför allt är gruppen äldre patienter som utlokaliseras. Vidare framgår att många av de äldre patienterna är multisjuka.

MJG visar även att den övervägande delen patienter (89 procent) som vårdades utlokaliserat lades in akut. Det går också att utläsa vissa skillnader avseende vilken medicinsk specialitet som har vårdat patienterna. Av de utlokaliserade patienterna skrevs 61 procent ut från en medicinsk verksamhet och 39 procent från en kirurgisk verksamhet.<sup>11</sup>

### Skiljer sig riskerna åt mellan kvinnor och män?

Markörbaserad journalgranskning (MJG) visar att det finns en signifikant skillnad mellan könen vad avser skador i vården. Män har högre andel vårdtillfällen med skador än kvinnor (12,6 procent jämfört med 11,4 procent). Detta förhållande gäller även för vårdskador (8,0 procent jämfört med 7,4 procent). Det framgår också att andelen vårdtillfällen med allvarliga skador är högre hos män medan andelen vårdtillfällen med mindre allvarliga skador är högre hos kvinnor. Det finns i den senaste rapporten om MJG inga redovisade orsaker till dessa skillnader.<sup>12</sup>

### Vilken förändring vill IVO bidra till?

Tillsynen ska bidra till ökad kunskap om patientsäkerhetsrisker för utlokaliserade patienter så att åtgärder vidtas som leder till att riskerna minskar och att fler utlokaliserade patienter får en bättre och säkrare vård.

Syftet med tillsynen är att bedöma om vårdgivarna planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kraven på god vård upprätthålls för de patienter som utlokaliseras.

Frågeställningarna är:

- ⊕ Vilka patientsäkerhetsrisker finns för de av vårdgivaren utlokaliserade patienterna?
- ⊕ Vilka är de bakomliggande orsakerna till patientsäkerhetsriskerna för de av vårdgivaren utlokaliserade patienterna?
- ⊕ Planerar, leder och kontrollerar vårdgivaren verksamheten på ett sådant sätt att kraven på god vård upprätthålls för de utlokaliserade patienterna?

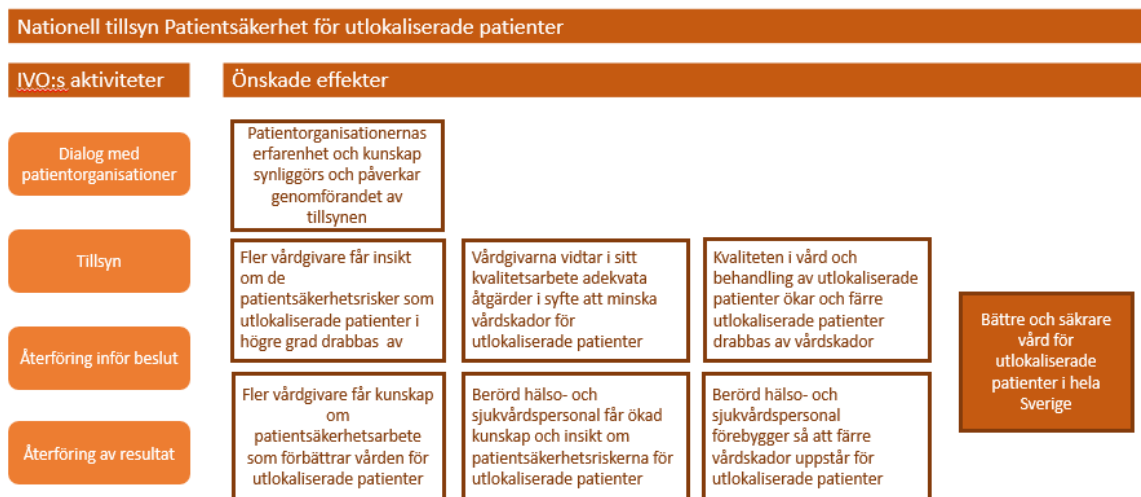
<sup>10</sup> Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*, s. 15.

<sup>11</sup> Skrivelse från Hans Rutberg vid Sveriges kommuner och landsting till IVO, daterad den 3 oktober 2018.

<sup>12</sup> Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*, s. 33.

- ⊗ Har vårdgivaren den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges till de utlokaliserade patienterna?

FIGUR 1: AKTIVITETER OCH ÖNSKADE EFFEKTER



### Var ska tillsynen ske?

IVO har genomfört en riskobjektsanalys för att identifiera vilka tillsynsobjekt som ska ingå i tillsynen. Riskobjektsanalysen utgår från de sjukhus som rapporterar uppgifter till Sveriges kommuner och landsting om utlokalisering. Det är totalt 82 sjukhus.

Från Sveriges kommuner och landsting har inhämtats statistik rörande indikatorn utlokalisering för varje månad för perioden januari 2017 till och med april 2018. De sjukhus som under perioden har redovisat ett nollvärde på nyckeltalet drogs bort från den fortsatta riskobjektsanalysen. Detta innebär att 55 sjukhus återstod för fortsatt riskobjektsanalys.

Riskobjektsanalysen skedde i fyra steg.

- ⊗ Första steget var att identifiera *antal sjukhus* som ska ingå i tillsynen per landsting/region.
- ⊗ Andra steget var att identifiera vilka sjukhus som ska ingå i tillsynen.
- ⊗ Tredje steget var att identifiera vilka vårdavdelningar som är mest berörda vid de valda sjukhusen.
- ⊗ Fjärde steget var att identifiera antal och vilka kompletterande sjukhus som ska ingå i tillsynen.

Riskobjektsanalysen landade i att nationell tillsyn kommer att ske genom inspektion vid 25 sjukhus och dialogmöten vid 5 kompletterande sjukhus. Dessa fördelar sig enligt tabellen nedan i förhållande till IVO:s avdelningar.

**TABELL 3: ANTAL SJUKHUS PER AVDELNING HOS IVO**

AVDELNING	SJUKHUS	KOMPL. SJUKHUS
Syd	4	2
Sydväst	3	0
Sydöst	2	2
Öst	4	0
Mitt	8	0
Nord	4	1
<b>Summa</b>	<b>25</b>	<b>5</b>

Riskobjektsanalysen kommer att uppdateras med senast tillgängliga statistik innan start av nationell tillsyn, vilket innebär att förändringar kan komma att ske.

#### Hur genomförs tillsynen?

För att kunna svara på den nationella tillsynens syfte och frågeställningar krävs att IVO gör en tillsyn som innefattar flera delar, vilka beskrivs nedan.

#### *Begäran om uppgifter från vårdgivaren*

IVO inleder tillsynen med att begära uppgifter från vårdgivarna. IVO ska bland annat begära en redovisning av patientsäkerhetsrisker, avvikelser och händelser för utlokaliserade patienter samt bakomliggande orsaker till dessa. IVO ska även begära en redovisning av hur vårdgivaren säkerställer patientsäkerheten och god vård för utlokaliserade patienter.

#### *Dialogmöte med patient- och anhörigorganisationer*

Nästa steg i tillsynen blir att i dialogmöten träffa representanter för patient- och anhörigorganisationer som är verksamma i de regioner som de valda sjukhusen ligger. Syftet med dialogmötena är att ta del av erfarenheter och kunskap om det som tillsynen rör samt att skapa förutsättningar för att dessa erfarenheter och denna kunskap ska kunna påverka vilka frågor som ställs till vårdgivarna under de efterföljande inspektionerna.

#### *Föranmälda inspektioner vid valda sjukhus*

Vid inspektionerna intervjuar IVO företrädare för hälso- och sjukvårdspersonal och ledning vid både utlokaliserande och mottagande vårdavdelningar.

Intervjuer och återföring ska ske med representanter för olika nivåer i linjeorganisationen, från olika professioner i kliniskt arbete till den högsta ledningen.

#### *Återföring till och samtal med inspekterade sjukhus*

Innan IVO fattar beslut ska muntlig återföring ske med de inspekterade sjukhusen.

Syftet med återföringen är att återföra vad IVO har sett, förankra iakttagelserna samt föra en dialog om vad iakttagelserna betyder. Syftet är också att ge vårdgivaren och IVO möjlighet att tillsammans utvärdera inspektionens genomförande.

### ***Beslut***

IVO fattar ett beslut för varje inspekterat sjukhus.

### ***Dialogmöten vid kompletterande sjukhus***

Som ett komplement till föransmällda inspektioner ska den nationella tillsynen även träffa ett mindre antal kompletterande sjukhus för dialogmöten. Syftet med dialogmötena är att tillsynen ska få ett breddat underlag och kunskap om arbetssätt som kan visa sig framgångsrika för att säkerställa hög patientsäkerhet för utlokaliserade patienter.

Vid dialogmötena träffar IVO representanter för sjukhusledningen.

### ***Rapport och kommunikation***

Den nationella tillsynen avslutas med att IVO upprättar en rapport och genomför olika kommunikationsinsatser. Syftet är att sprida tillsynens iakttagelser och slutsatser.

### ***Involvering av patienter och närstående***

För att involvera patienter och närstående i tillsynen genomför IVO dialogmöten med företrädare för patient- och anhörigorganisationer. Tillsynens iakttagelser och slutsatser kommer att återföras till patient- och anhörigorganisationerna.

### ***Jämställdhetsperspektiv***

Den nationella tillsynen ska beakta jämställdhetsperspektivet genom att ställa frågor till vårdgivarna om hur många kvinnor respektive män som utlokaliseras, hur avvikelser och händelser fördelar sig mellan kvinnor respektive män samt vilka bakomliggande orsaker som kan förklara detta. Detta ska ske både i begäran om uppgifter till vårdgivarna och i de intervjuer som IVO gör vid inspekterade sjukhus.

## **Patienter som väntar på vård vid allvarlig sjukdom**

Inom ramen för riskområdet kommer IVO, utöver nationell tillsyn av patientsäkerheten för utlokaliserade patienter, att genomföra en pilot tillsyn av patientsäkerheten vid väntan på kirurgisk vård. Pilot tillsynen genomförs regionalt.

### ***Långa väntetider till vård och behandling***

Socialstyrelsen har rapporterat om långa väntetider till vården sedan 1960-talet. 1981 rapporterade myndigheten att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål. Även i ett internationellt perspektiv förekommer långa väntetider till vård. Fenomenet förekommer i många, men inte alla, OECD-länder. År 2018 skriver Socialstyrelsen att utifrån ”ett systemteoretiskt perspektiv [tyder mycket] på att väntetidsnivån och



kravuppfyllelsen inom vårdgarantin även fortsättningsvis kommer att ligga på nuvarande nivåer i stort om inte märkbara systemförändringar genomförs.”<sup>13</sup>

Ett sätt att reglera vårdens tillgänglighet är den så kallade vårdgarantin. Vårdgarantin innebär bland annat att landsting och regioner ska försäkra att enskilda inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats får besöka den specialiserade vården och att planerad vård ges inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården. Om garantin inte uppfylls, ska landstinget/ regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.<sup>14</sup>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) följde år 2017 upp landstingens och regionernas följsamhet mot vårdgarantin. Vårdanalys konstaterade att efterlevnaden av garantitiderna har försämrats över tid, att trenden var negativ och att år 2016 var det sämsta året sedan 2012. Det finns stora skillnader mellan landstingens och regionernas följsamhet mot garantitiderna inom olika områden.<sup>15</sup>

I Socialstyrelsens senaste rapport om tillgängligheten i den svenska hälso- och sjukvården konstateras att 72 procent av patienterna får sin planerade åtgärd inom 90 dagar och att den regionala spridningen är från 60 till 85 procent. Det är denna del av den lagstadgade skyldigheten om vårdgaranti (behandlingsgarantin) där landstingen och regionerna uppvisar sämst följsamhet.<sup>16</sup> Sett över tid konstaterar dock Vårdanalys att skillnaderna minskar mellan landstingen/regionerna totalt sett. Det är dock hälften av landstingen/regionerna som förbättrar sin följsamhet och hälften som försämrar sin följsamhet.<sup>17</sup> Om vi istället tittar på antalet väntande patienter kan vi se en ökande trend. Från år 2013 till 2016 ökade andelen patienter som väntat längre än 90 dagar på planerad åtgärd med 11 procentenheter, från 18 till 29 procent.<sup>18</sup>

Det finns, förutom regionala skillnader, även skillnader mellan hur olika vårdområden lever upp till behandlingsgarantin. Sett över tid förbättrar hälften av vårdområdena följsamheten medan hälften försämrar den. Neurokirurgin uppvisar störst försämring över tid.<sup>19</sup>

Väntetidsstatistiken innehåller inte information om patienternas vårdbehov. Vårdgarantin är en garanti för alla, inte för de med störst behov. Väntetidsstatistiken kan alltså inte säga oss något om prioritering av vård efter behov. Antalet patienter som väntar på operation (behandlingsgarantin) ökar över tid. På nationell nivå förklaras detta av ett ökat inflöde av patienter snarare än av att färre operationer genomförs. Vårdanalys konstaterar dock att utan ”information om patienternas vårdbehov går det inte avgöra vad som ligger bakom det ökade inflödet eller hur svårt sjuka de patienter som får vänta länge på vård är.”<sup>20</sup>

<sup>13</sup> Socialstyrelsen (2018) *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 52.

<sup>14</sup> 9 kap. 1 och 2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

<sup>15</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6.

<sup>16</sup> Socialstyrelsen (2018) *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 16.

<sup>17</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 73 och 77.

<sup>18</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 88.

<sup>19</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 79f.

<sup>20</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 101.



De medicinska konsekvenserna av att vänta på en planerad operation skiljer sig åt mellan olika vårdområden.

Inom vissa vårdområden är det rimligt att utgå ifrån att en adekvat åtgärd, som skyddar mot vårdskada, är att hälso- och sjukvården opererar patienten inom en viss tidsperiod. Denna tidsperiod måste i sin tur utgå från hälso- och sjukvårdens bedömning av patientens behov. Om tillgängligheten till operation inte tillåter att patienterna får vård inom denna tid, torde vårdskaderisken för patienterna öka.

Vilka patienter omfattas av riskområdet?

IVO har på en övergripande nivå försökt bedöma vilka vårdområden som är prioriterade för tillsyn vad gäller väntetider vid allvarlig sjukdom. Bedömningen utgick från ett kriterium om förväntat negativa konsekvenser för patienterna och ett kriterium om antal patienter. IVO har prioriterat att genomföra tillsyn som rör det neurokirurgiska området.

Vilken förändring vill IVO bidra till?

Tillsynen ska bedöma om vårdgivaren säkerställer att väntetider till planerad vård inte medför att patienterna drabbas av vårdskador.

Tillsynen ska bidra till att:

- ⊗ risken för att patienterna drabbas av vårdskador minskar,
- ⊗ en högre andel av patienterna får planerade åtgärder inom beslutad tid och
- ⊗ patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.

Hur genomförs tillsynen?

För att kunna svara på tillsynens syfte och frågeställningar krävs att IVO gör en tillsyn som innefattar flera delar:

- ⊗ Inhämta uppgifter från patienter och/eller deras närstående.
- ⊗ Inhämta uppgifter från vårdgivaren, exempelvis patientsäkerhetsberättelse, avvikelserapportering, uppföljningsrapportering om väntetider, patientsäkerhetsrisker och vårdskador samt uppgifter om antal patienter som väntar på planerad neurokirurgisk åtgärd.
- ⊗ Uppgifter om måluppfyllelse av vårdgaranti vid aktuellt tillsynsobjekt ([www.vantetider.se](http://www.vantetider.se)).
- ⊗ Inspektioner där IVO intervjuar företrädare för hälso- och sjukvårdspersonal och ledning.
- ⊗ Dialog och återföring innan beslut fattas.

Involvering av patienter och närstående

Tillsynen ska efterfråga patienters och/eller deras närståendes erfarenheter av de förhållanden som tillsynen rör. Det ska ske genom att IVO inhämtar uppgifter om vilka

patienter det är som väntar på planerad neurokirurgisk åtgärd. IVO ska sedan ställa frågor till ett urval av patienterna och/eller deras närstående.

De frågor som ställs ska utgå från patientlagens bestämmelser och syfta till att få kunskap om hur patienterna och/eller deras närstående har upplevt att deras behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet har tillgodosetts. Detta ska genomföras i ett tidigt skede av tillsynen, företrädesvis innan intervjuer genomförs med företrädare för vårdgivaren.

#### Jämställdhetsperspektivet

IVO kommer att ställa frågor till vårdgivaren om de gör någon analys av om det finns skillnader mellan kvinnor och män, flickor och pojkar när det gäller risken för vårdskador i väntan på vård. Tillsynen kommer inte att kunna dra några slutsatser om skillnader mellan kvinnor och män från de enskilda patienter som IVO önskar träffa.

#### Var ska tillsynen ske?

Denna tillsyn kommer att genomföras vid en av IVO:s regionala avdelningar. Avsikten är att en denna tillsyn ska fungera som en pilot för att IVO senare ska kunna ställning till om genomförandet kan skalas upp på nationell nivå inom samma eller andra vårdområden.

## Bilaga 1: Referenser

### Rapporter, promemorior, faktablad

Organization for Economic Co-operation and Development (2018) *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

Socialstyrelsen (2012) *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter*, artikelnummer 2012-11-3

Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017*, artikelnummer 2017-4-3

Socialstyrelsen (2018) *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, artikelnummer 2018-2-16

Sveriges kommuner och landsting (2016a) *Ingen på sjukhus i onödan: hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa*

Sveriges kommuner och landsting (2016b) *För en välfungerande vårdkedja: hur vi tillsammans kan minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa*

Sveriges kommuner och landsting (2018) *Skador i vården - utveckling 2013-2017: nationell nivå*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti – en uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6

### Övrigt

Skrivelse från Hans Rutberg vid Sveriges kommuner och landsting till IVO, daterad den 3 oktober 2018

### Webbplatser

[www.termbank.socialstyrelsen.se](http://www.termbank.socialstyrelsen.se)

[www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

### Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)