



Svenska  
Läkaresällskapet

190228

# UPPMÄRKSAMHETSINFORMATION RÖRANDE BLODSMITTA OCH HOTBILD I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS JOURNALER

---

Ett professionsunderlag

Ingemar Engström  
utredare

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. VAD FRÅGAN GÄLLER .....	3
2. UPPDRAG.....	3
3. ARBETSSÄTT .....	4
4. REGLER OM JOURNALFÖRING.....	5
4.1 GÄLLANDE FÖRFATTNINGAR.....	5
4.2 UPPMÄRKSAMHETSINFORMATION (UMI) .....	6
5. ALLMÄNNA SYNPUNKTER PÅ UTREDNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR .....	7
6. BLODSMITTA .....	8
6.1 MEDICINSKA BAKGRUNDSFAKTA .....	8
6.1.1 HIV.....	8
6.1.2 HEPATIT B.....	9
6.1.3 HEPATIT C.....	10
6.1.4 STICKSKADOR I VÅRDEN.....	11
6.2 DAGSLÄGET RÖRANDE BLODSMITTEMÄRKNING.....	12
6.3 ARGUMENT RÖRANDE MÄRKNING AV BLODSMITTA .....	13
6.3.1 ARGUMENT <i>FÖR</i> ÅTERINFÖRANDE AV BLODSMITTA SOM UMI .....	13
6.3.2 ARGUMENT <i>MOT</i> ÅTERINFÖRANDE AV BLODSMITTA SOM UMI.....	14
6.3.3 OBSTETRIK SOM UNDANTAGSSITUATION.....	17
6.3.4 ANVÄNDNING AV HANDSKAR VID KIRURGISKA INGREPP .....	17
6.4 SAMMANFATTNING AV ARGUMENT <i>FÖR</i> OCH <i>MOT</i> BLODSMITTEMÄRKNING.....	18
6.5 INTRESSETER I FRÅGAN .....	19
7. SMITTÄMNEN (MULTIRESISTENTA BAKTERIER – MRB).....	20
7.1 MEDICINSKA BAKGRUNDSFAKTA .....	20
7.1.1 MRSA.....	21
7.1.2 VRE .....	21
7.1.3 ESBL <sub>CARBA</sub> .....	22
7.1.4 ESBL.....	22
7.2 RUTINER FÖR JOURNALDOKUMENTATION AV MRB .....	23
7.3 ETISKA ASPEKTER PÅ MÄRKNING AV MRB SOM UMI .....	23
7.4 BEHOVET AV UTREDNING RÖRANDE MULTIRESISTENTA BAKTERIER .....	25
8. HOTBILD .....	25
8.1 PROBLEMBESKRIVNING.....	25
8.2 DEFINITIONER AV BEGREPP.....	26
8.3 RISKGRUPPER OCH RISKSITUATIONER .....	26
8.4 HOTETS RIKTNING .....	28
8.5 DAGSLÄGET NÄR DET GÄLLER MÄRKNING AV HOTBILD .....	29
8.6 ARGUMENT RÖRANDE MÄRKNING AV HOTBILD .....	30
8.6.1 ARGUMENT <i>FÖR</i> ÅTERINFÖRANDE AV HOTBILD SOM UMI .....	32
8.6.2 ARGUMENT <i>MOT</i> ÅTERINFÖRANDE AV HOTBILD SOM UMI.....	34
8.6.3 SAMMANFATTNING AV ARGUMENT <i>FÖR</i> OCH <i>MOT</i> MÄRKNING AV HOTBILD .....	36
8.7 INTRESSETER I FRÅGAN .....	37
9. SPECIFIKA FRÅGOR FRÅN SOCIALSTYRELSEN .....	37
9.1 VERKSAMHETSREGLER OCH NORMERING .....	37
9.2 KOMPENSATORISKA MEKANISMER.....	38
10. AVSLUTNING .....	38
BILAGA 1.....	39
INBJUDNA ORGANISATIONER .....	39

## 1. VAD FRÅGAN GÄLLER

I hälso- och sjukvården förekommer det att vissa patienter har särskilda faktorer som medför en ökad risk för patientens liv eller hälsa eller som i vart fall är av den arten att vårdgivaren behöver känna till dem för att kunna meddela patienten en god och säker vård. Information om särskilda faktorer av detta slag kan behöva göras extra lätt tillgängliga och synliga i patientens journal. Sådana uppgifter benämns *uppmärksamhetsinformation* (UMI) och kan vara av två slag; *varningsinformation* eller *observandum*. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla och förvalta en gemensam struktur för hur informationen ska struktureras i patientjournalen. Det specifika urvalet av *vad* som ska anges som varning regleras i en särskild föreskrift<sup>1</sup> när det gäller intolerans och överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen. I övrigt beslutar respektive region<sup>2</sup> vad som ska anges som UMI. Det finns dock en önskan från regionerna om att få till stånd en enhetlighet kring vilken information som kan ingå och hur den ska struktureras. För detta ändamål har Socialstyrelsen tagit fram ett dokument med titeln *Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation* där det framgår *hur* sådan UMI ska tydliggöras i journalen.

I samband med uppdateringen av detta dokument till version 2.0 år 2017 inkom externa och interna synpunkter om att *blodsmitta* och *hotbild mot vårdpersonal och medpatienter* inte borde inkluderas i informationsspecifikationen.<sup>3</sup> Denna fråga kunde inte utredas under projektet vilket medförde att Socialstyrelsen beslutade att ta bort dessa två informationsmängder tills vidare. Socialstyrelsen avser nu att utreda om dessa informationsmängder åter ska inkluderas i informationsspecifikationen då den uppdateras 2019. Socialstyrelsen har därför uppdragit åt Svenska Läkaresällskapet (SLS) att ta fram ett underlag för det fortsatta arbetet kring dessa frågor.

Den centrala frågan som riktas till SLS i detta uppdrag är vilka fördelar och nackdelar som hälso- och sjukvårdens professioner ser med att återinföra blodsmitta och hotbild mot vårdpersonal och medpatienter i patientjournalen.

## 2. UPPDRAG

Socialstyrelsen har uppdragit åt Svenska Läkaresällskapet (SLS) att "ta fram ett underlag för fortsatt utredning på myndigheten *hur blodsmitta och hotbild* mot vårdpersonal och medpatienter eventuellt åter ska inkluderas i myndighetens informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation".<sup>4</sup> I det följande används förkortningen *UMI* för begreppet uppmärksamhetsinformation.

I uppdraget ingick också att belysa frågor om hur verksamheterna bör dokumentera olika *smittämnen* som uppmärksamhetsinformation.

Uppdraget formulerades mer specifikt som att "ta fram underlag med fördelar och nackdelar för olika dimensioner med att återinföra blodsmitta och hotbild"<sup>5</sup> i UMI. Som exempel på dimensioner som ska belysas i uppdraget nämns etik, bemötande, medicinsk kvalitet och ekonomi. Dimensionerna ska

<sup>1</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2016-40>

<sup>2</sup> I rapporten används genomgående termen "region/regioner" då samtliga f.d. landsting nu bytt namn trots att lagstiftningen ännu inte hunnit ändras konsekvent.

<sup>3</sup> Socialstyrelsen (2018). Direktiv för specialister inom 1. uppmärksamhetsinformation och 2. intyg, sid. 1.

<sup>4</sup> Ibid., sid. 1.

<sup>5</sup> Ibid., sid. 3.

belysas med ett tvärprofessionellt perspektiv, vilket innebär att förutom läkare också andra relevanta professioner i hälso- och sjukvården ska vara representerade i arbetet. Vidare uttrycktes ett behov av förslag på hur verksamhetsregler och eventuell normering i form av föreskrift, allmänna råd eller handbok, kan utformas för hur UMI ska anges, presenteras och ändras. Utredningen ska också ge förslag på om ett angivande, ändrande eller borttagande av UMI kräver en särskild medicinsk kompetens eller särskild roll eller inte.

Ett antal mer specifika frågeställningar lyftes också fram i direktivet till utredningen. En sådan var att myndigheten önskar förslag på "kompensatoriska mekanismer" som bör vidtas då blodsmitta eller hotbild inte längre kvalificerar som UMI. Myndigheten uttrycker också ett intresse av att utredningen belyser i vilka vårdssituationer och inom vilka specialiteter det finns särskilda behov av UMI rörande blodsmitta och hotbild.

Socialstyrelsen uttalar behovet av att utredningen beaktar tre motiv för UMI; god vård och behandling för patienten, god arbetsmiljö för vårdpersonalen och minskade risker för patient, medpatient och tredjeperson.

### 3. ARBETSSÄTT

Uppdraget kunde påbörjas medio november 2018. En projektorganisation tillsattes med Ingemar Engström, adj. professor och sakkunnig i medicinsk etik som projektledare och Lilian Lindberg, koordinator SLS, som projektadministratör.

I samråd med Socialstyrelsen gjordes ett urval av sektioner/specialiteter som var av särskilt intresse för deltagande i projektet. Vi kom fram till att, med tanke på den relativt korta tid som fanns till förfogande för projektet (drygt tre månader), det var mest ändamålsenligt att samla några få sektioner kring respektive fråga (blodsmitta resp. hotbild) för ett inledande arbete av sonderande art.

När det gäller frågan om blodsmitta kontaktades initialt Smittskyddsläkarföreningen och Svenskt Kirurgiskt Råd, som är en informell sammanslutning av tretton opererande specialiteters sektioner. I ett senare skede togs också särskild kontakt med Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi för att belysa frågor av särskild art rörande förlossningssituationen. När det gäller frågan om hotbild kontaktades initialt Svenska Psykiatriska Föreningen och Svensk Förening för Akutsjukvård.

Utredningen inbjöd nyckelpersoner från dessa sektioner till förmöten där argument för respektive mot särskild varningsmarkering på de båda områdena togs fram gemensamt. Den metodik som användes var att de olika representanterna inledningsvis ombads att ta fram sina bästa argument för respektive ståndpunkt. Därefter fick representanterna byta åsikt med varandra och därmed försöka ta fram goda motargument mot den egna ståndpunkten. Avsikten var att respektive gruppering tillsammans skulle få fram så många argument som möjligt som kunde påvisa fördelar respektive nackdelar med en varningsmärkning av blodsmitta respektive hotbild.

Utredningen har fått betydande stöd från biträdande smittskyddsläkare Jenny Stenkvist, Smittskydd Stockholm, när det gäller det medicinska faktaunderlaget rörande blodsmitta. Särskilda uppgifter angående smittämnen har lämnats av biträdande smittskyddsläkare Eva Gustafsson, Smittskydd Region Skåne.

Svenskt Kirurgiskt Råd har inhämtat synpunkter från sina medlemsorganisationer genom en mejlenkät framställd av professor Hans Mallmin, Svensk Ortopedisk Förening och Svenskt Kirurgiskt Råd.

Under utredningens gång har kompletterande information och synpunkter inhämtats från ett antal personer representerande olika specialiteter. Vidare har projektledaren sökt efter vetenskaplig litteratur på området som kan tillföra frågeställningarna internationella perspektiv av intresse.

Insamlingsfasen avslutades med att SLS inbjöd till en gemensam hearing, till vilken inbjöds tio sektioner inom SLS (plus tretton indirekt inbjudna genom Svenskt Kirurgiskt Råd), tre föreningar för specialist-sjuksköterskor samt representanter för barnmorskor, tandläkare och biomedicinska analytiker. I bilaga 1 listas samtliga inbjudna organisationer. Vid denna hearing presenterades dels utredningens medicinska faktaunderlag och dels de samlade argument som utredningen hade tagit fram i den process som beskrivits ovan.

## 4. REGLER OM JOURNALFÖRING

Innan vi presenterar de för- och nackdelar som vi funnit rörande varningsmärkning av blodsmitta respektive hotbild vill vi redogöra för det regelverk som finns kring journalföring i hälso- och sjukvården och som kan ha relevans för det fortsatta resonemanget. Med regelverk avses i detta sammanhang dels gällande författningar som har mer eller mindre bindande karaktär men också andra dokument av annat slag utfärdade av Socialstyrelsen.

### 4.1 GÄLLANDE FÖRFATTNINGAR

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över alla bedömningar, åtgärder och beslut som görs avseende en patients vård och behandling.<sup>6</sup> Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen.

Med journalhandling avses alla de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt de åtgärder som vidtagits eller planeras. Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska finnas lätt tillgänglig för alla som har ansvar för de olika delarna av vården samt för patienten själv.

Hantering av all information inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.<sup>7</sup> En central bestämmelse är också att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras.<sup>8</sup>

Mer specifika bestämmelser för hur journalföring ska gå till i vården återfinns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.<sup>9</sup> Av relevans för de frågor som denna rapport handlar om är

---

<sup>6</sup> Patientdatalag (SFS 2018:1214), 3 kap. 1 §. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)

<sup>7</sup> Ibid., 2 §, 1 st.

<sup>8</sup> Ibid., 2 §, 2 st.

<sup>9</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40).

bestämmelsen om att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om *överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen* och för *vårdrelaterade infektioner*.<sup>10</sup> I Socialstyrelsens handbok rörande tillämpningen av föreskriften om journalföring preciseras hur det särskilda kravet på uppgifter om vårdrelaterade infektioner ska förstås på följande sätt:

Även uppgifter om vårdrelaterade infektioner, det vill säga infektioner som uppstått under eller i anslutning till vårdtiden, ska dokumenteras i patientjournalen. Dokumentationen är av avgörande betydelse för vårdgivarens möjligheter att kunna spåra smittans ursprung, identifiera andra som utsatts för risk att bli smittade och vidta preventiva åtgärder som kan förhindra att fler personer drabbas. Relevanta uppgifter kan bland annat vara vilken mikrobiologisk provtagning som genomförts, var patienten varit inlagd, vilka procedurer som patienten genomgått som kan innebära smittrisk, vilken behandling patienten fått och när den satts in. Under pågående utbrott dokumenteras lämpligen de uppgifter som vårdgivaren och smittskyddsläkaren efterfrågar för att bekämpa utbrottet.<sup>11</sup>

Vidare finns en bestämmelse som kräver att vårdgivaren ska säkerställa att patientjournalen innehåller en *markering* som ger en *varning* om att en patient har en *intolerans* eller en *överkänslighet* som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Denna markering ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.<sup>12</sup> I Socialstyrelsens handbok finns utförligare information om vad som avses med en varningsmarkering. Där informeras också om att Socialstyrelsen har tagit fram ett kodverk för att dokumentera uppmärksamhetsinformation (varningsinformation och observandum).

I Socialstyrelsens handbok betonas att vissa uppgifter kan behöva vara särskilt lättillgängliga, "till exempel en fullständig anamnes, en aktuell läkemedelslista, uppgifter om att patienten bär på *någon vårdhygienisk smitta*, uppgifter om överkänslighet samt *varningsinformation*."<sup>13</sup> Det saknas emellertid en definition av vad som i sammanhanget avses med begreppet varningsinformation.

Utredningen har ingen egen juridisk expertis men sammantaget är det vår bild att frågor om varningsmarkering av intolerans och överkänslighet hos en patient är tydligt reglerade i gällande författningar medan varningsmarkering rörande andra områden av särskild vikt för vården av en enskild patient endast är mer allmänt formulerade.

## 4.2 UPPMÄRKSAMHETSINFORMATION (UMI)

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg, som ska ligga till grund för en utveckling av strukturerad och ändamålsenlig dokumentation. Som en del i detta uppdrag har Socialstyrelsen tagit fram och publicerat ett dokument benämnt *Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation – Medicinsk diagnos, behandling, smittsam sjukdom, överkänslighet och information som kan leda till särskild rutin*. Detta dokument kom i version 1.0 år 2016 och i sin nu gällande version (2.0) år 2017.

---

<sup>10</sup> HSLF-FS 2016:40, 5 kap. 5 §, 1 st.

<sup>11</sup> Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, sid. 66.

<sup>12</sup> HSLF-FS 2016:40, 5 kap. 5 §, 2 st.

<sup>13</sup> Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, sid. 59.

Med UMI avses information som gäller något som dels avviker från det man normalt kan förvänta sig, dels påverkar handläggningen i vård eller omsorg.<sup>14</sup> Det kan gälla en uppgift om att ett allvarligt hot mot patientens liv eller hälsa föreligger eller att en viss riskfaktor föreligger som vården behöver ta hänsyn till. När det gäller allvarliga hot mot patientens liv eller hälsa om informationen inte är känd för hälso- och sjukvårdspersonalen benämns denna *varningsinformation* medan riskfaktorer av annat slag benämns *observandum*.<sup>15</sup> Observandum är inte obligatoriskt på samma sätt som varningsinformation rörande överkänslighet och intolerans men är ett alternativ till varning. Det är snarare att betrakta som information som bör uppmärksammas för att i första hand minska lidande eller underlätta insättande av lämpliga åtgärder.<sup>16</sup>

Som tidigare nämnts så finns det bindande föreskrifter om att patientjournalen ska innehålla en särskild varningsmarkering om en patient har en intolerans eller en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Det betyder att det finns en tydlig reglering om att dylik information ska ha en särskild karaktär som UMI. När det gäller *hur* denna markering ska se ut finns det ett utrymme för regionerna att själva fastställa formerna för detta. Det finns också en frihet för vårdgivarna när det gäller val av symbol i respektive journalsystem.

När det gäller *vad* som i övrigt ska betecknas som UMI så är det en fråga som disponeras av respektive region. Dessa beslutar själva vilken information som ska ingå i respektive journalsystem ur den kodlista som tillhandahålls av Socialstyrelsen. Av nämnda dokument från Socialstyrelsen framgår det emellertid en önskan från regionerna om att få till stånd en enhetlighet kring vilken information som kan ingå och hur den ska struktureras. Det är av denna anledning som dokumentet Informationsspecifikation för UMI tagits fram vilket kommer att uppdateras löpande.

## 5. ALLMÄNNA SYNPUNKTER PÅ UTREDNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR

Under de möten som utredningen haft med olika organisationer har det framkommit några allmänna synpunkter på frågan som det finns anledning att beskriva. Det gäller främst uttryckta behov av och önskemål om en nationell enhetlighet när det gäller frågor om UMI. Det finns en utbredd uppfattning om att det i grunden är olyckligt att enskilda regioner fattar beslut i frågor som har med patient-säkerhet att göra på det sätt som UMI kan sägas ha.

Det blev under utredningens gång uppenbart att det finns en utbredd okunskap om aktörers olika roller i denna fråga. Det finns också en utbredd efterfrågan om de bärande skälen bakom att beslut av detta slag fattas regionalt. Det finns vidare en utbredd okunskap om regelverkens uppbyggnad på detta område och vilket lagstöd som finns för frågor om UMI.

Vid upprepade tillfällen påpekades det olyckliga med att olika journalsystem presenterar UMI på olika sätt grafiskt och tekniskt, vilket kan skapa en viss osäkerhet för personal som rör sig och arbetar över regiongränser.

Socialstyrelsens strävan efter att harmonisera UMI över riket hälsas därför med tillfredsställelse.

---

<sup>14</sup> Socialstyrelsen (2017). Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation. Medicinsk diagnos, behandling, smittsam sjukdom, överkänslighet och information som kan leda till särskild rutin, sid. 9.  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20654/2017-6-16.pdf>

<sup>15</sup> Ibid. sid. 10.

<sup>16</sup> Ibid. sid. 10.

## 6. BLODSMITTA

### 6.1 MEDICINSKA BAKGRUNDSFAKTA

Med *blodsmitta* (eller blodburen smitta) avses alla sjukdomar som kan spridas via blod, blodprodukter eller blodtillblandade vätskor från en person till en annan. En sådan smitta kan till exempel ske genom blodtransfusion, stick av förorenade kanyler eller blodstänk på skadad hud, på slemhinnor eller i ögon.

*Smittämnen* som kan ge blodsmitta är främst hiv, hepatit B och hepatit C. Det finns även andra smittämnen som kan spridas på samma sätt, exempelvis virala hemorragiska febrar (VHF), men för den fråga som det här gäller kan beskrivningen begränsas till de tre mest vanligt förekommande smittämnen.

För att kunna bedöma frågan om eventuell varningsmärkning av blodsmitta bör återinföras som UMI eller ej följer här en kort beskrivning av de tre potentiella blodsmittorna hiv, hepatit B och hepatit C, med primärt fokus på smittsamhet till vårdpersonalen. Texten har faktagranskats av biträdande smittskyddsläkare Jenny Stenkvist, Smittskydd Stockholm, som också bidragit vid framtagandet av det medicinska faktaunderlaget.

#### 6.1.1 HIV

Hiv var under sina tidiga år en smitta som ofta kunde leda till en dödlig sjukdom (aids). De primära smittvägarna är genom blod eller sexuell kontakt samt i vissa fall från mor till barn.

I Sverige finns det extensiv information om sjukdomen genom kvalitetsregistret InfCareHIV som omfattar alla i Sverige kända hiv-patienter, som för närvarande är 7 750 personer.<sup>17</sup> Det finns ett visst mörkertal som handlar om personer som bär på hiv-smitta men som ännu inte är diagnostiserade. År 2015 beräknades detta mörkertal till 10,8 % (95 % CI 10,4–11,3 %), vilket motsvarar drygt 800 personer.<sup>18</sup> Under det senaste decenniet har i genomsnitt 456 nya fall av hiv-smitta rapporterats årligen.<sup>19</sup>

Enligt kvalitetsregistret InfCareHIV har 97,6 % pågående hiv-behandling, varav 95,2 % bedöms vara välbehandlade. Definitionen på en välbehandlad patient är att denne har en virusmängd som ligger på < 50 viruskopior/ml, flertalet till och med < 20 kopior/ml som är en icke detekterbar nivå. Sammantaget betyder dessa siffror att totalt 93 % av alla personer med känd hiv i Sverige är välbehandlade.<sup>20</sup> Personer med välbehandlad hiv har en mycket låg grad av smittsamhet. Folkhälsomyndigheten gjorde år 2014 bedömningen att smittrisen vid vaginala och anala samlag där kondom används är minimal om den hivinfekterade personen uppfyller kriterierna för välinställd behandling. För blodburen smitta mellan personer som delar injektionsverktyg bedöms behandlingen påtagligt minska risken för

---

<sup>17</sup> Uppgifter från registerhållare Veronica Svedhem, InfCareHIV 181227.

<sup>18</sup> Folkhälsomyndigheten: Beräkning av mörkertalet bland personer som lever med hiv i Sverige

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/55cf3fca7a054d46ab8c9b5e0fd25af8/hiv-morkertal.pdf>

<sup>19</sup> Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/?p=49670>

<sup>20</sup> Personlig kommunikation, biträdande smittskyddsläkare Jenny Stenkvist, Smittskydd Stockholm, 190112.



smittöverföring och risken för perinatal smitta från mor till barn är idag mycket låg om behandling sätts in i god tid före förlossningen.<sup>21</sup> Risken för att smitta sitt barn under graviditet eller förlossning bedöms vara < 0,5 %.<sup>22</sup>

Risken för smittspridning vid tillbud inom hälso- och sjukvården är mycket låg och beräknas vara cirka 0,2 – 0,5 %.<sup>23</sup> Trots den låga risken gäller att vid tillbud som till exempel stick- och skärskador med hiv-kontaminerat instrument där huden penetrerats ska situationen alltid bedömas av infektionsläkare för ställningstagande till skyddande behandling i efterhand, s.k. postexpositionsprofylax (PEP). En sådan behandling består av läkemedel under fyra veckors tid och bör påbörjas snarast, dock senast inom 36 timmar. Enligt aktuella svenska rekommendationer är PEP dock inte påkallad om indexfallet har en välinställd antiretroviral behandling (ART).<sup>24</sup>

Ingen personal inom hälso- och sjukvården i Sverige har rapporterats smittad av hiv via yrket.<sup>25</sup>

### 6.1.2 HEPATIT B

Hepatit B är ett blodburet virus som sprids genom blod, sexuell kontakt eller från mor till barn. I Sverige är infektionen relativt ovanlig men i andra länder kan prevalensen uppgå till närmare 20 %. Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att var tolfte person i världen lever med kronisk infektion av hepatit B eller C.<sup>26</sup>

Det saknas säkra uppgifter om hur många personer som lever med hepatit B i Sverige idag. En grov skattning baserat på antalet anmälda fall ger vid handen att det kan röra sig om knappt 50 000 personer. För både hepatit B och hepatit C gäller att mörkertalet är betydande, eftersom båda är så kallat tysta infektioner som kan förlöpa utan tydliga symtom under lång tid. Hepatit B är en anmälningspliktig sjukdom i Sverige och årligen anmäls mellan 1 000 och 2 000 personer, varav cirka 90 % redan utvecklat en kronisk sjukdomsbild.<sup>27</sup> Av alla anmälda fall hade 81 % fått infektionen utomlands.<sup>28</sup> Hepatit B-virus orsakar en akut inflammation i levern. Akut hepatit B hos vuxna läker ut i > 95 % av fallen. En liten del av de smittade utvecklar emellertid en kronisk sjukdom. Risken för en sådan utveckling är större ju yngre man är vid smittotillfället. Kronisk hepatit B kan inte botas men risken för långtidskomplikationer, såsom skrumplever, leversvikt eller levercancer, kan minskas med behandling.

---

<sup>21</sup> Folkhälsomyndigheten (2014). Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). <https://www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/smittsamhet-vid-behandlad-hivinfektion.pdf>

<sup>22</sup> Personlig kommunikation, biträdande smittskyddsläkare Jenny Stenkvist, Smittskydd Stockholm, 190112.

<sup>23</sup> Weiland, Ola (2018). Stickskador inom vården. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=189>

<sup>24</sup> Referensgruppen för Antiviral Terapi (RAV). [https://www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/rav\\_hiv\\_2019\\_190216.pdf](https://www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/rav_hiv_2019_190216.pdf)

<sup>25</sup> Uppgiften är baserad på smittskyddsanmälningar i SmiNet och kommer från utredare/mikrobiolog Josefine Lundberg Egerth, Folkhälsomyndigheten, 190115.

<sup>26</sup> WHO (2017). Global hepatitis report. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf;jsessionid=0B64865B200CB4204FAC776EB95DB4A1?sequence=1>

<sup>27</sup> Folkhälsomyndigheten (2018). Hepatit B. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hepatit-b/>

<sup>28</sup> Till detta ska läggas att för 13 % av de nyamälda fallen saknas uppgift om smittland, vilket gör att det faktiska andelen som är smittade utomlands är > 81 %.

Det finns ett effektivt och säkert vaccin mot hepatit B som ger 90–95 % skyddseffekt efter tre doser.<sup>29</sup> Samtliga regioner erbjuder i dag alla nyfödda barn i Sverige vaccination mot hepatit B.<sup>30</sup> Folkhälsomyndigheten rekommenderar att personer i vissa riskgrupper erbjuds vaccination mot hepatit B. Det gäller bland annat personal inom hälso- och sjukvården och tandvården.<sup>31</sup> I enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter är det arbetsgivarens ansvar att bedöma smittriskerna på arbetsplatsen och att vid behov erbjuda och bekosta vaccination.<sup>32</sup> Flertalet högskolor erbjuder också vaccination mot hepatit B för studenter inom olika vårdutbildningar. Den aktuella situationen inom hälso- och sjukvården är därför sådan att en stor andel av personalen är adekvat vaccinerade, men det gäller inte riktigt all personal, särskilt inte personer i högre åldrar.

Smittsamheten vid hepatit B varierar beroende på mängden av virus. En del personer, framför allt yngre, kan ha en mycket hög smittsamhet medan de flesta har en betydligt lägre smittsamhet. Personer med pågående hepatit B-behandling har ofta en ej detekterbar nivå av hepatit B-virus i blodet.

Risken för smittspridning vid tillbud inom hälso- och sjukvården beräknas vara cirka 2 – 20 %.<sup>33</sup> Vid tillbud inom hälso- och sjukvården som till exempel stick- och skärskador med kontaminerat instrument där huden penetrerats skall situationen avseende eventuell postexpositionsprofylax (PEP) bedömas inom 24 timmar. Beroende på den skadades vaccinationsstatus och aktuella hepatit B-prover från indexfallet kan vaccination och eventuellt immunglobulin komma ifråga.

Sedan år 2000 har två fall med känd smittöverföring till hälso- och sjukvårdspersonal anmälts, varav det senaste fallet år 2014.<sup>34</sup>

### 6.1.3 HEPATIT C

Hepatit C är ett blodburet virus som i Sverige vanligen sprids med orena nålar eller injektionsverktyg bland personer som injicerar droger. Det förekommer att en akut infektion med hepatit C kan läka ut spontant men oftast ger den en livslång kronisk infektion. I likhet med hepatit B ger hepatit C en inflammation i levern och om denna blir kronisk kan den leda till skrumplever och levercancer.

Det saknas säkra uppgifter om förekomsten av kronisk hepatit C i Sverige, men skattningar har gjorts som visar på en beräknad omfattning på cirka 37 500 personer. Liksom vid hepatit B beräknas dock mörkertalet vara betydande på grund av att infektioner under mycket lång tid kan vara symptomfri. Årligen anmäls mellan 1 500 och 2 000 nya fall av hepatit C i Sverige per år, varav minst 70 % varit kroniska infektioner.<sup>35</sup>

---

<sup>29</sup> Folkhälsomyndigheten (2018). Sjukdomsinformation om hepatit B. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hepatit-b/>

<sup>30</sup> Folkhälsomyndigheten (2018). Lägesrapport till regeringen om de nationella vaccinationsprogrammen 2018. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0bce13dc7f9743ab9dbd053a83c05392/lagesrapport-vaccinationsprogram-2018.pdf>

<sup>31</sup> Folkhälsomyndigheten (2019). Rekommendationer om vaccination mot hepatit B. Profylax med vaccin och immunglobulin – före och efter exposition. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/r/rekommendationer-om-vaccination-mot-hepatit-b-/?>

<sup>32</sup> Arbetsmiljöverket (2018:4). Smittrisker.

<sup>33</sup> Weiland, Ola (2018). Stickskador inom vården. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=189>

<sup>34</sup> Uppgifter från utredare/mikrobiolog Josefine Lundberg Egerth, Folkhälsomyndigheten, baserad på smittskyddsanmälningar i SmiNet, 190115.

<sup>35</sup> Folkhälsomyndigheten (2018). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hepatit-c/>

Det finns inget vaccin mot hepatit C men däremot en mycket effektiv och botande farmakologisk behandling. Infektionen kan nu botas hos > 95 % med 8 – 12 veckors tablettbehandling.

Den vanligaste smittvägen för hepatit C är att smittsamt blod kommer in i en annan persons blodbana genom delade orena injektionssprutor. Smittöverföring via blodtransfusion förekom tidigare men har upphört eftersom allt blod sedan 1992 testas för hepatit C. Vid några tillfällen har smitta överförts inom hälso- och sjukvården då samma flaska eller ampull använts till flera patienter och där någon av dessa har varit smittförande.<sup>36</sup>

Risken för överföring av hepatit C-virus vid tillbud inom hälso- och sjukvården bedöms vara kring 5 %.<sup>37</sup>

I Sverige har 18 fall med hepatit C rapporterats efter tillbud inom hälso- och sjukvården sedan år 2000, vilket i genomsnitt blir ca 1 fall/år.

#### 6.1.4 STICKSKADOR I VÅRDEN

Blodsmitta kan överföras genom blod till blodkontakt såsom stick- eller skärskador och kan även överföras genom att blod eller blodtillblandade kroppsvätskor kommer i kontakt med en oskyddad slemhinna (t.ex. ögon eller mun) eller skadad hud. Om denna blod-blod eller blod-slemhinnekontakt inträffar kallas det för *tillbud* och ska hanteras på ett särskilt sätt. Arbetsgivaren ansvarar för att det finns lokala rutiner för att förebygga och hantera tillbud inom sjukvården.

Det är viktigt att påpeka att blodsmitta däremot inte överförs vid sociala kontakter eller i samband med vanligt omvårdnadsarbete.

Sticksskador i vården är vanliga och utgör en potentiell risk för blodsmitta till vårdpersonalen. Bland läkare och sjuksköterskor uppger 30–40 % att de exponerats för blod eller sticksskador sista året.<sup>38</sup> Incidensen nya infektioner per riskexponerade personer per år har vid San Francisco General Hospital beräknats till 0,55/1000 personår, 3,05/100 personår och 0,8/1000 personår för respektive hiv, hepatit B-virus och hepatit C-virus.<sup>39</sup>

Risken för smittöverföring beror på koncentrationen av viruspartiklar och mängden blod eller blodtillblandad vätska som överförs. Risken för smitta vid sticksskador brukar anses vara ungefär densamma som vid blodstänk i ögon eller blod på slemhinnor.<sup>40</sup>

Smittrisken för de tre blodsmittor som är mest aktuella är<sup>41</sup>:

- hiv 0,2 – 0,5 %,
- hepatit B 2 – 20 %, och
- hepatit C 5 %.

<sup>36</sup> Folkhälsomyndigheten (2018). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hepatit-c/>

<sup>37</sup> Weiland, Ola (2018). Sticksskador inom vården. <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=189>

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Geberding (1994). Incidence and prevalence of HIV, HBV, HCV, and CMV among health care personnel at risk for blood exposure: final report from a longitudinal study. *The Journal of Infectious Disorders*, 170: 1410-17. <https://academic.oup.com/jid/article-abstract/170/6/1410/850578?redirectedFrom=fulltext>

<sup>40</sup> Weiland, Ola (2018). Sticksskador inom vården.

<sup>41</sup> Ibid.

Sammantaget visar rapporteringen vad gäller smittöverföring av blodsmitta i samband med yrkesutövning i hälso- och sjukvården i Sverige under 2000-talet på följande resultat:

- hiv 0 smittade,
- hepatit B 2 smittade, och
- hepatit C 18 smittade.

## 6.2 DAGSLÄGET RÖRANDE BLODSMITTEMÄRKNING

Som framgått av avsnitt 4.2 så kan vårdgivarna själva besluta om vilken information utöver intolerans och överkänslighet som ska betecknas som UMI i patientjournalen i respektive region. I samband med uppdateringen av Socialstyrelsens dokument Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation till version 2.0 år 2017 inkom externa och interna synpunkter att blodsmitta inte längre borde inkluderas i denna specifikation. Eftersom dessa synpunkter inkom sent i processen kunde en utredning i frågan inte genomföras varför Socialstyrelsen beslutade att tills vidare ta bort blodsmitta som UMI i avvaktan på en fördjupad utredning i frågan.

Vid de möten som vi haft i utredningen har det framkommit en viss osäkerhet om detta beslut var att betrakta som ett aktivt ställningstagande *mot* varningsmärkning av blodsmitta eller om det var ett *tillfälligt* uppehåll i avvaktan på fortsatt utredning. Från flera håll hade man uppfattat att det var ett aktivt beslut, medan vi av kontakter med företrädare för Socialstyrelsen förstått att det var det senare som var fallet, det vill säga ett tillfälligt uppehåll i frågan.

Frågan har emellertid kommit att diskuteras både lokalt och nationellt sedan beslutet våren 2017. Som ett led i denna diskussion kom Smittskyddsläkarföreningen den 5 december 2017 med ett ställningstagande i frågan baserat på ett beslut fattat vid föreningens årsmöte i oktober 2017. Föreningen, som består av samtliga smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare i Sverige, uttalade som sin åsikt att "det vore positivt om Sveriges samtliga regioner valde att ta bort blodsmitemärkningen, men huvudmannen i varje landsting äger denna fråga".<sup>42</sup> Det första beslutet om att ta bort märkningen av blodsmitta togs av dåvarande Landstinget Blekinge med ikraftträdande den 1 januari 2018. Efter det har andra regioner fattat motsvarande beslut. Några regioner har initierat en process om borttagning av blodsmitemärkning men på grund av lokalt motstånd har man släppt frågan.

Utredningens bild av dagsläget i frågan är följande:

- några regioner har tagit bort blodsmitta som UMI,
- några regioner har försökt ta bort blodsmitta som UMI men har släppt frågan,
- några regioner har planer på att ta bort blodsmitta som UMI, och
- några regioner avvaktar nationella rekommendationer

---

<sup>42</sup> Smittskyddsläkarföreningen. Ställningstagande till stöd för borttagande av blodsmitemärkning av patientjournalen. Dnr 16/2017.

## 6.3 ARGUMENT RÖRANDE MÄRKNING AV BLODSMITTA

Det centrala i uppdraget till SLS uppfattar vi vara att på ett problematiserande sätt belysa fördelar och nackdelar med att återinföra blodsmitta som UMI i Socialstyrelsens Informationsspecifikation. Uppdraget har genomförts på det sätt som beskrivits i avsnitt 3 med en tydligt uttalad ambition att gemensamt ta fram så många argument som möjligt både *för* och *mot* att återinföra blodsmitta som UMI. Samtalen har förts på ett öppet och resonerande sätt med fokus på goda argument på saklig grund. Några argument som mera kan beskrivas som psykologiska eller emotionella till sin natur har också kommit upp och har självfallet också beaktats i redovisningen.

### 6.3.1 ARGUMENT FÖR ÅTERINFÖRANDE AV BLODSMITTA SOM UMI

Dessa argument har huvudsakligen framförts av representanter för opererande specialiteter av olika slag. De har framförts främst genom representanten från Svenskt Kirurgiskt Råd som också försökt att genom en mejlenkät till de olika opererande specialiteternas föreningar få synpunkter på frågan. Dessvärre var svarsfrekvensen på denna enkät alltför låg för att kunna läggas till grund för någon tydlig ståndpunkt. En orsak till den låga svarsfrekvensen torde ha varit den korta svarstiden som dessutom inkluderade jul- och nyårshelgerna,

Frågan är inte diskuterad i Svenskt Kirurgiskt råd och det finns, såvitt det är utredningen bekant, inget allmänt ställningstagande *för* ett återinförande av blodsmitta som UMI från någon förening, vare sig inom SLS eller från andra professionsorganisationer.

Argumenten *för* en märkning av blodsmitta skulle kunna beskrivas som allmänt hållna med vissa inslag av oro och rädsla för att drabbas av sjukdom genom blodsmitta i yrket.

#### 6.3.1.1 EXTRA LAGER HANDSKAR

Under utredningens möten har frågor ställts om vilka speciella åtgärder som en UMI angående blodsmitta vanligen skulle medföra i vårdarbetet. Svaren på dessa frågor kom att handla om åtgärder av två slag – praktiska och medvetandegörande. Rent konkret brukar en information om blodsmitta medföra att operatören använder sig av *tre dubbla lager handskar*, vilket är ett extra lager mot i vanliga fall. Såvitt bekant för deltagarna i utredningen finns det ingen evidens för att tre lager handskar gör någon faktisk skillnad men det finns en lång tradition i svensk operativ verksamhet att förfara på detta sätt. Kunskapsläget på området kommer att beskrivas i ett senare avsnitt av utredningen.

#### 6.3.1.2 STÖRRE FÖRSIKTIGHET

Erfarenhetsmässigt leder uppmärksamhetsinformation om blodsmitta till *större försiktighet* i arbetet på operationssalen. Man är mera noggrann och medveten i sitt arbete när det gäller tekniska manövrer i det kirurgiska arbetet. Detta gäller särskilt i specialiteter där slipande och skärande verktyg används och vid kirurgiska ingrepp där risken för blodstänk kan beräknas vara stor.

### 6.3.1.3 EXPOSURE PRONE PROCEDURES

Ett särskilt problem som uppmärksammats är så kallade *exposure prone procedures* med vilket avses invasiva förfaranden där det kan finnas en risk för att patientens öppna vävnader exponeras för blod från operatören. Det kan röra sig om ingrepp där operatören riskerar att komma i direkt kontakt med skarpa instrument, nålpetsar eller skarpa vävnader i patientens kroppsöppning. Det kan också handla om begränsade anatomiska utrymmen där operatören inte kontinuerligt har visuell kontakt med sina händer eller fingertoppar. I detta fall handlar det således om risker som i första hand patienten kan utsättas för om operatören bär på en blodsmitta.

I vissa länder, exempelvis Storbritannien, finns det reglering kring återkommande obligatorisk testning för blodsmitta av opererande personal av detta skäl. Såvitt det är utredningen bekant så finns det inga motsvarande regler i Sverige.

### 6.3.1.4 BRÅDSKANDE SITUATIONER

Om det finns information någon stans i journalen om att patienten bär på en blodsmitta, så är det inte säkert att det finns tid att ta del av denna kunskap i en akut situation. I sådana fall kan det vara en fördel om informationen presenteras automatiskt vid öppnandet av journalen.

### 6.3.1.5 HYGIENRUTINER FÖLJS INTE ALLTID I VÅRDEN

I diskussionen om blodsmitta framförs ofta att det viktigaste i sammanhanget är att all personal följer basala hygienrutiner i vilket ingår att allt blod ska behandlas som potentiellt smittförande. Frågan är om dessa regler följs fullt ut i verkligheten. Det måste finnas en marginal för att så inte alltid är fallet.

### 6.3.1.6 KÄNNS ALLMÄNT OLUSTIGT ATT TA BORT VARNINGSMÄRKNING

Ett vanligt förekommande argument mot att inte återinföra märkning för blodsmitta är att det känns "allmänt olustigt" och kan skapa onödigt oro i arbetet. Under utredningens gång har vi dock inte kunnat identifiera några sakliga skäl bakom detta argument och det får därför ses som ett psykologiskt argument av emotionell karaktär.

## 6.3.2 ARGUMENT MOT ÅTERINFÖRANDE AV BLODSMITTA SOM UMI

Dessa argument har tydligast framförts av representanten för Smittskyddsläkarförbundet som grundar sig på ett enigt ställningstagande från landets samtliga smittskyddsläkare och biträdande smittskyddsläkare. Under utredningens möten har dessa argument uttryckligen sekonderats av representanter för tandläkare, infektionsläkare, distriktssköterskor och biomedicinska analytiker. Även representanten för Svenskt Kirurgiskt Råd har personligen uttryckt förståelse för dessa argument.

Argumenten mot ett återinförande av blodsmitta som UMI bygger på två grundpelare; aktuell kunskap om den medicinska faktabasen för diskussionen och en tydlig påminnelse om vikten av att basala hygienrutiner alltid ska följas i hälso- och sjukvården.

### *6.3.2.1 MÄRKNING AV BLODSMITTA KAN INGE EN FALSK TRYGGHET ELLER VARA VILSELEDANDE*

Förutsättningen för att en märkning av blodsmitta ska fungera som UMI är att uppgiften är korrekt och uppdaterad. Vidare kan frånvaro av märkning ge intrycket av att patienten inte bär på någon blodsmitta, vilket inte behöver vara fallet. Att uppgiften kan vara felaktig åt båda hållen har framförts som ett tungt vägande argument från smittskyddsläkarhåll.

Patienten kan ha en blodsmitta men är inte testad. En stor andel av patienterna har aldrig testats för hiv, hepatit B eller hepatit C. Frånvaron av varningsmärkning för en sådan patient ger i det fallet en direkt felaktig information som kan skapa en falsk trygghet i vårdsituationen.

En annan möjlig situation är en patient som har testats negativt men som ådragit sig en blodsmitta därefter. Även i detta fall är frånvaron av varningsmärkning en direkt felaktig information som även den kan skapa en falsk trygghet i vårdsituationen.

En tredje möjlig situation är om patienten varit bärare av blodsmitta men därefter blivit smittfri men att uppgiften ändå står kvar i patientens journal. Denna situation är fullt möjlig då lokala rutiner ofta brister när det gäller regler för uppföljning och avmärkning av smittfria patienter. Denna situation är självfallet inte lika allvarlig som de två förra varianterna men är ändå en felaktig uppgift.

### *6.3.2.2 RUTINER KRING VARNINGSMÄRKNING ÄR INTE ENHETLIGA*

Enligt Smittskyddsläkarföreningen är de lokala rutinerna kring märkning och avmärkning av blodsmitta inte enhetliga. Detta kan leda till att en patient trots känd blodsmitta inte blivit märkt och som därför har en inkorrekt dokumentation i sin journal.

### *6.3.2.3 BLODSMITTEMÄRKNING STYR INTE VILKA HYGIENRUTINER SOM SKA TILLÄMPAS*

För hälso- och sjukvården finns det föreskrifter om vilka hygienkrav som måste tillämpas i allt vårdarbete.<sup>43</sup> Dessa regler benämns basala hygienrutiner.<sup>44</sup> Av intresse i detta sammanhang är bland annat att skyddshandskar för engångsbruk avsedda för ändamålet alltid ska användas, om händerna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor under ett vård- eller omsorgsmoment. De ska bytas mellan varje vård- eller omsorgsmoment.<sup>45</sup> Vidare föreskrivs att om kläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material under ett vård- eller omsorgsmoment, ska plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas utanpå arbetskläderna. Om skyddskläder används vid vård eller omsorg av flera personer efter varandra, ska de bytas mellan varje person.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Socialstyrelsen (2015). Basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19819/2015-5-10.pdf>

<sup>44</sup> <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/vardhygien/basala-hygienrutiner-och-kladregler/basala-hygienrutiner/>

<sup>45</sup> SOSFS 2015:10, 5 e §.

<sup>46</sup> SOSFS 2015:10, 5 b §.

En blodsmitemärkning medför emellertid inte några andra hygienrutiner än dessa, utan blod och blodtillblandade vätskor ska alltid behandlas som potentiellt smittsamma. En märkning kan därför enligt ovanstående resonemang vara vilseledande i vårdsituationen.

#### 6.3.2.4 BLODSMITTEMÄRKNING UPPLEVS SOM STARKT STIGMATISERANDE AV PATIENTER

Denna utredning har till uppdrag att enbart ta fram argument för respektive mot ett återinförande av blodsmitemärkning sett ur ett professionsperspektiv. Det betyder att det har legat utanför utredningens mandat att ta reda på vad olika patient- och brukarorganisationer anser om frågan. Under utredningens gång har det dock ett flertal gånger indirekt framkommit berättelser från patienter om hur de upplevt sig bli bemötta på ett stigmatiserande sätt inom hälso- och sjukvården.

En grupp som särskilt tydligt framhållit sådana erfarenheter är hiv-smittade personer. I en undersökning framkom att endast 20 % är allmänt öppna med att de är smittade med hiv.<sup>47</sup> Trots att hiv har gått från att vara en dödlig sjukdom till en kronisk sjukdom så finns det uppenbarligen många fördomar kvar kring hiv, både i samhället i stort och inom hälso- och sjukvården. Så tycks vara fallet också kring hepatit B och C.

Det finns ett stort antal vetenskapliga studier rörande patienters upplevelser av stigmatisering i vården. En del av dessa finns lätt tillgängliga i form av svenska examensuppsatser som bygger på litteraturöversikter på området.<sup>48</sup> Bemötanden från vårdpersonal som kan upplevas som stigmatiserande kan till exempel vara upplevelser av;

- fysiskt avståndstagande,
- överdriven skyddsutrustning,
- undvikande beteende,
- rädsla hos vårdpersonalen,
- särbehandling,
- fördomsfulla attityder, och
- bristande kunskaper.

Det bör framhållas att merparten av dessa studier är utländska och en del är relativt gamla. Aktuella rapporter från svensk hälso- och sjukvård som finns tillgängliga på flera brukarorganisationers hemsidor visar emellertid att stigmatiseringsrisken finns kvar även i dagens hälso- och sjukvård. Utredningens samlade bild baserad på dessa källor inklusive muntliga rapporter från personer som deltagit i utredningen är därför att problemet med stigmatisering fortfarande är en realitet att beakta i svensk hälso- och sjukvård.

---

<sup>47</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=-mAOGMyDH6c&t=1s>

<sup>48</sup> Några exempel på svenska litteraturöversikter; <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1027242/FULLTEXT02>, [http://bada.hb.se/bitstream/2320/2730/1/2007\\_52.pdf](http://bada.hb.se/bitstream/2320/2730/1/2007_52.pdf), <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A349096&dswid=6367>, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:631899/FULLTEXT01.pdf>, <http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/8069/HepatitCpdf.pdf;jsessionid=75C1689254BA9A5E27FC2C6C3B0D334D?sequence=1>



### 6.3.3 OBSTETRIK SOM UNDANTAGSSITUATION

Vid samtal med företrädare för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och från Svenska Barnmorskeförbundet har det framkommit att det finns skäl att betrakta förlossningsverksamheten på ett annat sätt när det gäller blodsmitta som UMI. SFOG uttrycker uppfattningen om att blodsmittmärkningen inte bör återinföras generellt i svensk hälso- och sjukvård men att obstetrikern utgör en undantagssituation av medicinska skäl.

Bakgrunden till detta ställningstagande är att det i förlossningssituationen finns en tredje part att ta extra hänsyn till, nämligen barnet. Även om risken för smittöverföring från mor till barn är mycket liten så måste alla åtgärder vidtas för att detta ändå inte ska kunna ske. Vid förlossning av kvinna med känd blodsmitta rekommenderas därför återhållsamhet med invasiva åtgärder såsom skalpelektroder eller skalpblodprovtagning samt användning av sugklocka. Vidare används extra skyddsutrustning i form av visir eller särskilda munskydd vid arbete som medför risk för stänk mot ansiktet.<sup>49</sup>

För att på ett optimalt sätt kunna förbereda förlossningssituationen för en kvinna som bär på blodsmitta anser obstetrikern och barnmorskan att en särskild varningsmärkning i patientens journal är motiverad. Det bör påpekas att detta sker i den särskilda förlossningsjournalen som är helt skild från patientens övriga journal i hälso- och sjukvården.<sup>50</sup>

### 6.3.4 ANVÄNDNING AV HANDSKAR VID KIRURGISKA INGREPP

Enligt Vårdhandbokens riktlinjer ska all sterilklädd personal i ett operationsteam vid samtliga kirurgiska ingrepp använda dubbla handskar då blodigt material hanteras.<sup>51</sup> Som angivits i avsnitt 6.3.1.1 är det brukligt inom opererande specialiteter i Sverige att använda sig av tredubbla handskar vid ingrepp på patient med känd blodsmitta. Detta har anförts som ett argument för att återinföra varningsmärkning av blodsmitta.

Internationellt är det inte lika självklart att rutinmässigt använda sig av dubbla handskar i kirurgiska sammanhang. Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar emellertid att dubbla handskar används i länder med hög prevalens av hiv, hepatit B eller hepatit C vid kirurgiska ingrepp som varar > 30 minuter, för ingrepp som förväntas medföra kontakt med stora mängder blod eller blodtillblandade vätskor och för vissa högriskingrepp inom ortopedisk kirurgi.<sup>52</sup>

Frågan om betydelsen av olika antal handskar har studerats inom ramen för en systematisk översikt som ingår i Cochranes databas.<sup>53</sup> Översikten bygger på 34 randomiserade kontrollerade studier (RCT) omfattande sammanlagt 6 890 operationer. I 18 studier har man jämfört enkla lager handskar med dubbla lager handskar. Slutsatsen i översikten är att det finns måttlig evidens för att dubbla handskar minskar risken för perforation i någon av handskarna. Riskminskningen bedöms vara 71 % med en rate ratio (RR) på 0,29 (95 % CI 0.23 – 0.37). Det finns endast en studie där man jämfört tre lager handskar

<sup>49</sup> Blodsmitta – vård- och hygienrutin för antenatal-, förlossnings- och eftervård. Karolinska universitetssjukhuset, 180308.

<sup>50</sup> I flertalet regioner i landet används journalsystemet Obstetrix.

<sup>51</sup> <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/arbetsrutiner-i-operationsrum/>

<sup>52</sup> [https://www.who.int/gpsc/5may/Glove\\_Use\\_Information\\_Leaflet.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf)

<sup>53</sup> Mischke et al. (2014). Gloves, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure injuries in healthcare personnel. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009573.pub2/full>

med dubbla lager handskar.<sup>54</sup> Studien innefattar 30 patienter som varit föremål för oral och maxillofacial kirurgi med så kallade Erich arch bars vid mandibelfrakturer. I denna begränsade studie fann man en 97 %-ig reduktion av handskperforationer vid användning av tre lager handskar jämfört med dubbla handskar med en rate ratio (RR) på 0,03 (95 % CI 0.00 – 0.52). Studien bedöms emellertid vara av låg kvalitet och slutsatsen i översikten är att det finns låg evidens för att ett tredje lager handskar ger ytterligare riskminskning. Vidare fann man i översikten att det saknas evidens för att tjockare handskar är bättre än standardhandskar. Den sammanvägda bedömningen i översikten är att det finns måttlig evidens för att dubbla handskar är bättre än enkla handskar och att det inte behövs ytterligare forskning för att visa detta. Däremot bedöms evidensstyrkan som låg när det gäller användning av tre lager handskar eller specialhandskar av olika slag och att det behövs ytterligare studier på detta område.

## 6.4 SAMMANFATTNING AV ARGUMENT FÖR OCH MOT BLODSMITTEMÄRKNING

Under utredningens möten har det framkommit ett antal argument både *för* och *mot* att återinföra blodsmitta som uppmärksamhetsinformation. Vid bedömningen finner vi det av stor vikt att utgå från det aktuella kunskapsläget när det gäller blodsmitta för att kunna göra en risk-nyttabedömning som är adekvat och uppdaterad. I utredningen har vi utgått från att frågan i allt väsentligt handlar om tre former av blodsmitta; hiv, hepatit B och hepatit C. Det finns ett antal gemensamma karakteristika för dessa tre smittor. Alla tre smittor principiellt på samma sätt när det gäller överföring via blod eller blodtillblandade vätskor. Blodsmitta kan överföras genom blod till blodkontakt såsom exempelvis vid stick- eller skärskador. Det är också möjligt att smittan kan överföras genom att blod eller blodtillblandade vätskor kommer i kontakt med en oskyddad slemhinna, exempelvis ögon, näsa eller mun, eller genom skadad hud. Blodsmitta överförs däremot aldrig genom sociala kontakter eller i samband med vanligt omvårdnadsarbete. Konsekvensen av detta är att det inte finns någon anledning att vidta några särskilda hygienrutiner om en patient har blodsmitta, exempelvis genom användande av handskar vid vårdarbete som inte innefattar någon kontakt med blod eller andra kroppsvätskor.

Om blod till blodkontakt eller blod till slemhinnekontakt med smittad patient inträffar i vården kallas det för tillbud och ska hanteras på ett särskilt sätt. Arbetsgivaren ansvarar för att det finns lokala rutiner för att förebygga och hantera tillbud inom sjukvården.

De angivna smittämnen skiljer sig åt när det gäller grad av smittsamhet. Risken för smittöverföring vid tillbud uppskattas vara 0,2 – 0,5 % vid hiv, 2 – 20 % vid hepatit B och 5 % vid hepatit C. Under 2000-talet har följande antal personer som anmälts ha blivit utsatta för blodsmitta i yrken inom hälso- och sjukvården; hiv – 0, hepatit B – 2 och hepatit C – 18. Siffrorna anger det totala antalet personer som utsatts för blodsmitta under 18 år.

Det medicinska kunskapsläget som det fortsatta resonemanget bör grundas på kan sammanfattas i följande punkter:

- blodsmitta handlar i detta sammanhang i allt väsentligt om hiv, hepatit B och hepatit C,
- hiv är idag en kronisk sjukdom där ca 93 % bedöms vara välbehandlade med mycket låg smittsamhet,

---

<sup>54</sup> Qureshi et al. (2016). Intermaxillary fixation screws versus Erich arch bars in mandibular fractures: A comparative review and review of the literature. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 6(1); 25-30.  
<http://www.amsjournal.com/article.asp?issn=2231-0746;year=2016;volume=6;issue=1;spage=25;epage=30;aulast=Qureshi>

- hepatit B är en sjukdom där hälso- och sjukvårdspersonalen bör vara skyddade genom vaccination,
- hepatit C kan idag botas hos > 95 % med 8 – 12 veckors behandling,
- allt blod och alla blodtillblandade vätskor ska behandlas som potentiellt smittsamt, och
- tillbud i hälso- och sjukvården ska alltid bedömas medicinskt.

Argumenten *för* att återinföra blodsmitta som UMI som framkommit under utredningens arbete är i huvudsak följande:

- inom opererande specialiteter vill man ha kännedom om eventuell blodsmitta för att;
  - arbeta med högre grad av försiktighet och riskmedvetande,
  - vid behov vidta ökade skyddsåtgärder, exempelvis med ett extra lager handskar,
- patienter behöver skyddas mot eventuell smitta från operatör genom skadade handskar,
- i brådskande situationer kan det vara svårt att hinna ta reda på eventuell blodsmitta i ordinarie journaltext,
- basala hygienrutiner följs inte alltid i hälso- och sjukvården, och
- det känns otryggt och allmänt olustigt att vara utan varningsmärkning av blodsmitta.

Argumenten *för* ett återinförande av blodsmitta som UMI kan beskrivas som en kombination av säkerhetsmotiv och psykologiska/emotionella motiv i förening med en skepsis mot följsamheten till basala hygienrutiner i hälso- och sjukvården.

Argumenten *mot* att återinföra blodsmitta som UMI som framkommit under utredningens arbete är i huvudsak följande:

- märkning av blodsmitta kan inge en falsk trygghet och vara direkt vilseledande;
  - patienten kan ha en blodsmitta utan att vara testad,
  - en patient som har testats negativt kan ha ådragit sig en blodsmitta därefter,
  - en bärare av blodsmitta som blivit smittfri kan felaktigt ha varningsmärkningen kvar,
- märkning av blodsmitta styr inte vilka hygienrutiner som ska tillämpas kring en patient,
- allt blod och alla blodtillblandade produkter ska behandlas som potentiellt smittförande,
- det saknas enhetliga regler och rutiner för märkning och avmärkning av blodsmitta vilket gör uppgiften opålitlig,
- blodsmitemärkning upplevs starkt stigmatiserande av patienter, och
- information om blodsmitta går att få fram på andra sätt än genom UMI i de situationer då detta är av medicinsk betydelse.

Argumenten *mot* att återinföra blodsmitta som UMI kan beskrivas som huvudsakligen logiska argument på medicinsk grund i kombination med etiska motiv där värdet av patientens integritet betonas i syfte att minimera stigmatiseringen av smittade patienter i hälso- och sjukvården.

## 6.5 INTRESSETER I FRÅGAN

Inom Smittskyddsläkarföreningen råder nationell konsensus i frågan med hänvisning främst till stigmatiseringsrisken och argumentet ”falsk trygghet”. Samma åsikt i frågan kommer från tandläkare, infektionsläkare, biomedicinska analytiker och distriktssköterskor. Konsensus råder också när det

gäller förlossningssituationen med hänvisning till den ökade risken för tredje part, nämligen barnet. I det fallet är informationen också begränsad till den obstetriska journalen.

Under utredningens gång har det från kirurgiskt håll framhållits att det med stor sannolikhet är så att många personer verksamma inom de opererande specialiteterna inte är uppdaterade på det aktuella medicinska kunskapsläget när det gäller blodsmitta. Detta skulle kunna bidra till argumentet att man upplever en oro och olust inför att inte längre märka journaler för blodsmitta. Det har också framkommit att det inte funnits någon aktiv diskussion om frågan inom de kirurgiska specialiteterna under senare år. Det är emellertid värt att notera att det redan under utredningens gång har initierats sådana diskussioner inför specialitetsmöten och i föreningstidskrifter.

Det är utredningens bedömning att frågan om blodsmitta är en öppen fråga i dagsläget inom de kirurgiska specialiteterna. Från Svenskt Kirurgiskt Råd har påpekats att om Socialstyrelsens utredning kommer fram till att blodsmitta *inte* ska återinföras som UMI så förutsätter det tydlig information om grunderna för beslutet och nationella fortbildningsinsatser rörande det medicinska kunskapsläget på området.

## 7. SMITTÄMNEN (MULTIRESISTENTA BAKTERIER – MRB)

I Socialstyrelsens direktiv för denna utredning ingick också att beakta *smittämnen*.<sup>55</sup> Vid muntliga kontakter med företrädare för Socialstyrelsen så har detta uppdrag preciserats till att frågan gäller *multiresistenta bakterier (MRB)* och inga andra smittsamma sjukdomar eller smittämnen.

### 7.1 MEDICINSKA BAKGRUNDSFAKTA

Med multiresistenta bakterier (MRB) avses vanligen MRSA, VRE, ESBL<sub>CARBA</sub> och ESBL. MRSA. Till gruppen hänförs numera också karbapenemresistenta *Pseudomonas aeruginosa* och *Acinetobacter baumannii*.

Gemensamt för dessa bakterier är att de utgör mer eller mindre allvarliga hot mot hälso- och sjukvården på grund av att få behandlingsalternativ är tillgängliga och att det föreligger en betydande risk att bakterien är/blir resistent mot alla tillgängliga antibiotika. Bakterierna sprids lätt i sjukhusmiljöer och drabbar ofta svårt sjuka patienter, inte minst efter kirurgiska ingrepp och vid nedsatt immunförsvar. Bakterierna har en överlevnadsfördel på sjukhus där antibiotika används frekvent. Bristande följsamhet till hygienrutiner kan innebära smittspridning via personalens händer eller kläder från en patient till en annan. Det kan också spridas genom exempelvis dåligt rengjorda instrument, dålig städning eller överbeläggning på sjukhus.<sup>56</sup> Förekomsten av MRB har ökat dramatiskt under senare år och beskrivs av Världshälsoorganisationen som ett av de största hoten mot människors framtida hälsa.<sup>57</sup>

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan på svenska sjukhus och arbetet med att förhindra VRI och minska spridning och uppkomst av resistent bakterier anses, såväl nationellt som

---

<sup>55</sup> Socialstyrelsen (2018). Direktiv för specialister inom 1. uppmärksamhetsinformation och 2. intyg, sid. 1.

<sup>56</sup> Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/vancomycinresistenta-enterokocker-vre/>

<sup>57</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance>

internationellt, som en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna.<sup>58</sup> Varningsmärkning i patientjournaler om bärarskap av MRB som UMI har därför ansetts vara en viktig del i kampen mot VRI och spridningen av MRB.

Det bör i sammanhanget dock påpekas att VRI oftast är orsakade av patientens egna bakterier eller virus, som orsakar sjukdom då kroppens normala barriärer bryts. Det är också så att en stor andel av ARB är samhällsförvärvade.

Frågan om varningsmärkning av multiresistenta bakterier skiljer sig från frågan om varningsmärkning av blodsmitta på flera centrala punkter. Blodsmitta handlar i första hand om smittöverföring från patient till personal men i viss grad även smitta från personal till patient. I undantagsfall kan det röra sig om smitta från en patient till en medpatient. Multiresistenta bakterier handlar däremot i första hand om smitta från en patient till en annan men i viss grad även om smitta från personal till patienter och från patienter till personal.

En annan viktig skillnad är det epidemiologiska läget i befolkningen där förekomsten av vissa multiresistenta bakterier, framför allt ESBL, ökat dramatiskt under senare år. Detta har medfört förnyade diskussioner om värdet av en varningsmärkning som UMI.

### 7.1.1 MRSA

MRSA betyder meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* och innebär resistens mot betalaktam-antibiotika. Smittorisken är liten vid symtomfritt bärarskap och innebär inga speciella begränsningar utanför vårdmiljöer.<sup>59</sup> Inom vården är det dock av stor vikt att bärarskapet är känt. En infektion eller ett bärarskap av MRSA ska enligt Smittskyddslagen anmälas till smittskyddsläkaren i regionen och till Folkhälsomyndigheten. MRSA är en allmänfarlig sjukdom och enligt lagen ska fyndet även föranleda en smittspårning och att personen får förhållningsregler som denne måste följa.<sup>60</sup> En MRSA-bärare är bland annat skyldig att informera vårdgivaren om sitt bärarskap vid kontakt med sjukvård, tandvård eller medicinsk fotvård.<sup>61</sup> Vid fynd av MRSA hos patient i slutenvård gäller särskilda hygienrutiner.

Alla patienter med fynd av MRSA ska ha en behandlande läkare och uppföljning bör göras av läkare med särskild kunskap om MRSA, t.ex. infektionsläkare. Av särskilt intresse i detta sammanhang är Smittskyddsläkarsamfundets smittskyddsblad som uttrycker att då en MRSA-bärare remitteras till annan vårdande enhet eller verksamhet så måste information om bärarskap, smittrisk och förhållningsregler finnas med.<sup>62</sup> Detta betyder att information om MRSA-bärarskap måste finnas lätt tillgänglig i patientjournalen.

### 7.1.2 VRE

VRE betyder vancomycinresistenta enterokocker som vanligen sprids fekalt-oralt, det vill säga via händerna efter toalettbesök. Patienter med VRE-bärarskap utgör en risk för direkt och indirekt

---

<sup>58</sup> Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/vardhygien-och-varrelaterade-infektioner/patientsakerhet-och-varrelaterade-infektioner/>

<sup>59</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA), Läkarinformation, 130613.

<sup>60</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/meticillinresistenta-gula-stafylokocker-mrsa/>

<sup>61</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Meticillinresistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA), Patientinformation, 140509.

<sup>62</sup> Ibid.

kontaktsmitta när de vistas på sjukhus.<sup>63</sup> I vården kan VRE spridas mellan patienter, främst genom händer. Vid fynd av VRE hos patient i slutenvård gäller särskilda hygienrutiner.

VRE är en anmälnings- och smittspårningspliktig sjukdom. Patienten ges inga förhållningsregler enligt Smittskyddslagen och har ingen informationsplikt gentemot anhöriga, arbete eller skola/barnomsorg. Patienten tillråds emellertid att informera vårdgivaren inför inläggning på sjukhus och inför kirurgiska ingrepp.<sup>64</sup>

I Smittskyddsläkareföreningens smittskyddsblad anges att det ska ske ”journalmärkning enligt lokala rutiner”.<sup>65</sup>

### 7.1.3 ESBL<sub>CARBA</sub>

ESBL<sub>CARBA</sub> betyder tarmbakterier som bildar ESBL<sub>CARBA</sub>-enzymer som bryter ner många typer av antibiotika såsom betalaktamantibiotika och karbapenemer. Vid behandling av ESBL<sub>CARBA</sub>-producerande bakterier finns ofta få behandlingsalternativ kvar. Tarmbakterierna utgörs oftast av *E. coli* eller *Klebsiella pneumoniae*. I vårdmiljö kan patienter vara koloniserade både i tarm och luftvägar, urinvägar eller sår och kan då utgöra en risk för direkt och indirekt kontaktsmitta.<sup>66</sup> Antalet fall av ESBL<sub>CARBA</sub> är fortfarande litet i Sverige men ökar stadigt.

ESBL<sub>CARBA</sub> är en anmälnings- och smittspårningspliktig sjukdom. Patienten ges inga förhållningsregler enligt Smittskyddslagen och har ingen informationsplikt gentemot anhöriga, arbete eller skola/barnomsorg. Patienten tillråds emellertid att informera vårdgivaren när antibiotikabehandling, inläggning på sjukhus eller kirurgisk åtgärd är aktuell.<sup>67</sup>

I Smittskyddsläkareföreningens smittskyddsblad anges att det ska ske ”journalmärkning enligt lokala rutiner”.<sup>68</sup>

### 7.1.4 ESBL

ESBL betyder tarmbakterier som bildar ESBL-enzymer som bryter ner betalaktamantibiotika. Vid behandling av ESBL-producerande bakterier minskar antalet behandlingsalternativ. Tarmbakterierna utgörs oftast av *E. coli* eller *Klebsiella pneumoniae*. I vårdmiljö kan patienter vara koloniserade både i tarm, luftvägar, urinvägar eller sår och kan då utgöra en risk för direkt och indirekt kontaktsmitta.<sup>69</sup> ESBL-producerande tarmbakterier är de vanligaste anmälningspliktiga resistenta bakterierna i Sverige. Under år 2012 rapporterades 7 225 nya fall. Antalet fall har ökat med 14 – 33 % varje år sedan de blev anmälningspliktiga år 2007. Konsekvenserna av ESBL är väldokumenterade och dit hör ökad dödlighet, förlängda vårdtider och ökade kostnader för sjukhusen.

ESBL är en anmälningspliktig sjukdom. Patienten ges inga förhållningsregler enligt Smittskyddslagen och har ingen informationsplikt gentemot anhöriga, arbete eller skola/barnomsorg. I likhet med

<sup>63</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Vankomycinresistenta enterokocker (VRE). Läkarinformation, 150325.

<sup>64</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Vankomycinresistenta enterokocker (VRE). Patientinformation, 140509.

<sup>65</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Vankomycinresistenta enterokocker (VRE). Läkarinformation, 150325.

<sup>66</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL<sub>CARBA</sub>-bildande tarmbakterier. Läkarinformation, 150325.

<sup>67</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL<sub>CARBA</sub>-bildande tarmbakterier. Patientinformation, 140509.

<sup>68</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL<sub>CARBA</sub>-bildande tarmbakterier. Läkarinformation, 150325.

<sup>69</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL-bildande tarmbakterier. Läkarinformation, 150325.

ESBL<sub>CARBA</sub> tillråds patienten emellertid att informera vårdgivaren när antibiotikabehandling, inläggning på sjukhus eller kirurgisk åtgärd är aktuell.<sup>70</sup>

I Smittskyddsläkarförningens smittskyddsblad anges att det ska ske ”journalmärkning enligt lokala rutiner”.<sup>71</sup>

## 7.2 RUTINER FÖR JOURNALDOKUMENTATION AV MRB

Av Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring framgår att uppgifter om vissa VRI såsom MRB ska finnas i patientjournalen.<sup>72</sup> Vi har inte funnit några generella ställningstaganden till märkning av MRB från Smittskyddsläkarförningen på motsvarande sätt som rörande blodsmitta. Ej heller har vi funnit något ställningstagande från Svenska Hygienläkarförningen.

Folkhälsomyndigheten skriver följande i sitt kunskapsunderlag för ESBL. ”Om man upptäcker ESBL-producerande bakterier hos en patient, bör man dokumentera det med en tydlig journalanteckning och informera patienten muntligt och skriftligt om bärarskapet. När patienter flyttas inom eller mellan vårdinstanser, är det dessutom viktigt att informera den som tar emot patienten om patientens bärarskap. Rutiner för märkning av journaler skiljer sig åt i landet.”<sup>73</sup>

I Smittskyddsläkarförningens smittskyddsblad rörande MRSA preciseras detta på följande sätt: ”Behandlande läkare dokumenterar MRSA-bärarskapet i patientens journal. Journalen märks av behandlande läkare eller enligt annan lokal instruktion (märkning vid bärarskap och avmärkning efter avskrivning av MRSA-bärarskapet)”.<sup>74</sup> Hur detta exakt ska ske beslutar varje region i lokala rutiner. Av vad som framkommit under utredningen så använder alla regioner någon form av UMI för MRSA, exempelvis en gul triangel, en gul fyrkant, ett utropstecken eller någon annan symbol beroende på det journalsystem som används lokalt.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för denna utredning undersöka alla lokala rutiner för handläggning av multiresistenta bakterier i Sverige. Inte heller har vi full kunskap om vilka MRB som görs till föremål för särskild UMI eller hur varningsmärkning ser ut i respektive regions journalsystem.

Under utredningens gång har vi emellertid tagit del av vissa lokala rutiner och det har blivit tydligt att det finns en betydande variation mellan olika regioner med avseende på vilka bakterier som märks på ett särskilt sätt och hur denna märkning ser ut rent konkret. Vi har funnit att vissa regioner har liklydande regler för samtliga fyra VRB medan andra regioner endast reglerar MRSA alternativt MRSA + VRE.

## 7.3 ETISKA ASPEKTER PÅ MÄRKNING AV MRB SOM UMI

I Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag rörande ESBL påtalas att ett bärarskap av en antibiotikaresistent bakterie kan påverka det dagliga livet och vara emotionellt påfrestande för

<sup>70</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL-bildande tarmbakterier. Patientinformation, 140509.

<sup>71</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, ESBL-bildande tarmbakterier. Läkarinformation, 150325.

<sup>72</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40, 5 kap., 5 §, 5 st.

<sup>73</sup> Folkhälsomyndigheten (2014). ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL, sid. 9.

<sup>74</sup> Smittskyddsläkarnas smittskyddsblad, Meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA), Läkarinformation, 130613.

individ och därmed påverka livskvaliteten negativt.<sup>75</sup> För att undvika stigmatisering av patienter med bärarskap av MRB och samtidigt motverka smittspridning är det viktigt att basala hygienrutiner används och efterlevs vid vårdarbete med samtliga patienter oberoende av smittsamhet. Eftersom följsamheten till basala hygienrutiner inte är fullgod,<sup>76</sup> kan det få som konsekvens att patienter med MRB-bärarskap upplever sig särbehandlade på ett negativt sätt. I studier av MRB-bärare framkommer patienters upplevelser av särbehandling och stigmatisering från vårdpersonal. Det finns beskrivningar av bemötande präglade av okunskap och bristande respekt. Det finns också stöd för att patienter med MRB-bärarskap får färre besök av personalen på grund av sin smittsamhet. Vissa patienter rapporterar känslor av skam och skuld liksom också rädsla för att sprida smittan vidare.<sup>77</sup>

Det finns ett stort antal vetenskapliga studier rörande patienters upplevelser av stigmatisering i vården på grund av smitta med MRB, särskilt då MRSA och VRE. En del av dessa finns lätt tillgängliga genom svenska examensuppsatser som bygger på litteraturoversikter på detta område.<sup>78</sup> Bemötanden från vårdpersonal som kan upplevas som stigmatiserande kan till exempel vara erfarenheter av;

- bristande kunskaper hos personalen,
- bristfällig information,
- känsla av smutsighet,
- skam,
- rädsla för andra människors reaktioner,
- hot mot omgivningen,
- negativ särbehandling på akutmottagningar, och
- överdriven användning av skyddsutrustning.
- social isolering

I en svensk avhandling har patienterfarenheter av ESBL studerats i en kvalitativ studie med grounded theory som metod.<sup>79</sup> Följande tema framkom i denna analys:

- att känna oro över att något är fel, men inte veta vad,
- att få en diagnos,
- att famla i mörkret,
- att känna sig oförskyllt drabbad,
- att inte oroa anhöriga/närstående,
- att inte mötas av förståelse från vårdpersonalen, och
- att ta saken i egna händer.

---

<sup>75</sup> Folkhälsomyndigheten (2014). ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL, sid. 67.

<sup>76</sup><https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningavvriochbkh/resultatbasalahygienrutiner/chkladregler.2277.html>

<sup>77</sup> Folkhälsomyndigheten (2014). ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL, sid. 68.

<sup>78</sup> Några exempel på svenska litteraturoversikter; <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1182089/FULLTEXT01.pdf>, <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:933884/FULLTEXT01.pdf>, <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=8567792&fileId=8567797>

<sup>79</sup> Wiklund S. (2011). Vad innebär det att drabbas av ESBL-bildande tarmbakterier? En kvalitativ studie. Examensarbete, Master of Public Health, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, MPH 2011:3. [http://static.wm3.se/sites/16/media/6614\\_Vad\\_inneba\\_776\\_r\\_det\\_att\\_drabbas\\_av\\_ESBL-bildande\\_tarmbakterier\\_-\\_en\\_kvalitativ\\_studie.pdf?1397140396](http://static.wm3.se/sites/16/media/6614_Vad_inneba_776_r_det_att_drabbas_av_ESBL-bildande_tarmbakterier_-_en_kvalitativ_studie.pdf?1397140396)



De huvudsakliga rekommendationer som lämnas i denna studie är vikten av mer djupgående och individuellt anpassad information från läkare samt bättre följsamhet till basala hygienrutiner inom hälso- och sjukvården.

Värderingen av problemet med varningsmärkning för MRB som UMI bör främst grundas i belegg för att varningsmärkning av typen UMI faktiskt ökar patientsäkerheten i vården genom tydlig information i samband med inläggning på och förflyttning mellan olika enheter och verksamheter på sjukhus. Detta ska ställas mot de argument som kan framföras mot en varningsmärkning baserade inte minst på patienternas upplevelse av stigmatisering.

## 7.4 BEHOVET AV UTREDNING RÖRANDE MULTIRESENTENTA BAKTERIER

Som framgått tidigare i texten så finns det viktiga skillnader mellan blodsmitta och multiresistenta bakterier, såväl i medicinsk som i administrativ mening. I diskussionen bör hänsyn också tas till de epidemiologiska skillnader som finns mellan dessa båda problemområden.

Det finns inte samma breda diskussion om MRB som fallet är när det gäller blodsmitta. Det går idag inte att finna någon konsensus kring frågan i läkarkåren. Argument för och mot märkning av MRB-bärarskap har inte utvecklats lika tydligt i vårdens professioner. Inte minst behöver frågan om falsk trygghet och/eller vilseledande information belysas närmare kring MRB.

Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen initierar en särskild utredning om MRB bör ingå i UMI och i så fall rörande vilka bakterier och på vilket sätt detta lämpligen bör ske. I en sådan utredning kan argumentationen från diskussionen om blodsmitta komma till användning men den behöver utan tvekan kompletteras med medicinska och andra argument som är mer specifika för MRB. Några sådana punkter som utredningen särskilt vill peka på är följande:

- likheter och skillnader mellan olika bakterier inom gruppen MRB,
- medicinskt kunskapsunderlag avseende smittsamhet för olika MRB.
- betydelsen av särskilda hygienrutiner för enstaka eller samtliga MRB,
- ekonomiska konsekvenser av särskilda hygienrutiner, speciellt avseende enkelrum, och
- patienterfarenheter avseende stigmatisering i vården.

## 8. HOTBILD

### 8.1 PROBLEMBESKRIVNING

Socialstyrelsen har givit SLS i uppdrag att utreda frågan om *”hotbild mot vårdpersonal och medpatienter”* åter ska inkluderas i myndighetens informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation (UMI). I direktivet finns ingen definition av innebörden i begreppet *hotbild*.

Hot och våld är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Vanligast är det inom ambulanssjukvård, akutsjukvård, psykiatri, beroendevård och geriatrik.<sup>80</sup> Den faktiska förekomsten av hot och våld inom hälso- och sjukvården är svår att fastställa, då många drabbade av olika skäl inte anmäler händelserna. I en undersökning från Arbetsmiljöverket från år 2010 rapporterar 18 % av kvinnorna och 10 % av männen att de utsatts för hot eller våld i arbete inom hälso- och sjukvården under det senaste året.<sup>81</sup> Cirka 60 % av anmälningar om arbetsskador som uppkommit genom hot och våld kommer från anställda inom vård- och omsorgsområdet.<sup>82</sup> Den mest utsatta gruppen är sjuksköterskor.

De vanligaste hot- och våldssituationerna på akutmottagningar och inom primärvård uppstår när personalen försöker lugna patienter som är berusade, aggressiva eller lider av demenssjukdom eller förvirringstillstånd. Även ambulanspersonal inom den prehospitla akutsjukvården är ofta utsatta för våld och hot i sin yrkesutövning.<sup>83</sup>

## 8.2 DEFINITIONER AV BEGREPP

Det saknas allmänt accepterade definitioner av begreppen hot och våld, vilket menligt försvårar jämförelser mellan olika undersökningar. Gemensamt för alla definitioner är att det rör sig om handlingar som överskrider gränserna för vad som är lagligt, socialt accepterat och tillåtet. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter ges en bred definition, där hot och våld kan vara "allt från mord till trakasserier".<sup>84</sup> En något mer precis definition som ofta återkommer i den vetenskapliga litteraturen är "muntliga (eller skriftliga) hotelser om fysiskt våld eller skadegörelse".<sup>85</sup> Exempel på hot och våld som ges i detta sammanhang kan vara obscena eller aggressiva gester, sexuella närmanden eller anspelningar, personangrepp, nedsättande kommentarer och omdömen samt avsaknad av respekt. En annan klassisk definition är "en avsiktlig, eller synbarligen avsiktlig, handling för att skada en annan person fysiskt eller psykiskt".<sup>86</sup>

Allvarlig arbetsskada i den offentliga statistiken definieras som att skadorna har föranlett "betydande psykiska och/eller fysiska besvär i minst 30 dagar efter det att skadan inträffat".<sup>87</sup>

## 8.3 RISKGRUPPER OCH RISKSITUATIONER

Många försök har gjorts att i vetenskapliga studier beskriva de grupper av människor som är särskilt benägna att uppvisa hot- och våldsbeteende. Det har emellertid visat sig vara svårt att på ett konsistent och entydigt sätt koppla hot- och våldsbeteende till särskilda diagnoser, personlighetsdrag eller

---

<sup>80</sup> Hallberg, U. (2011). Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg. Arbetsmiljöverket, rapport 2011:16, sid. 6. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-var-d-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf>

<sup>81</sup> Ibid., sid. 18.

<sup>82</sup> Arbetsmiljöverket (2018). Arbetsskador 2017. Arbetsmiljöstatistik, Rapport 2018:2. <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2017/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2017-rapport-2018-2.pdf>

<sup>83</sup> Petzäll et al. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 19(1), 5-11.

<sup>84</sup> Arbetarskyddsstyrelsen (1993). Våld och hot i arbetsmiljön, AFS 1993:2. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/vald-och-hot-i-arbetsmiljon-foreskrifter-afs1993-2.pdf>

<sup>85</sup> Arnetz, J. (2001). Våld i vårdarbete. Lund: Studentlitteratur.

<sup>86</sup> Strasburg, P. (1978). *Violent delinquents*. New York: Monarch.

<sup>87</sup> Arbetsmiljöverket (2018). Arbetsskador 2017. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:2.

psykosociala bakgrundsfaktorer av olika slag. Det har snarare visat sig att hot och våld uppkommer som ett interaktivt beteende mellan patienter och personal som är knutet till situationsfaktorer av olika slag. Icke desto mindre kan man urskilja några grupper av personer som bör åtskiljas vid utformningen av prevention och intervention rörande hot och våld.

En grupp är personer med psykisk sjukdom, vanligen med psykosdiagnos, särskilt med paranoida inslag. En annan grupp är personer utan psykisk sjukdom men med personlighetsdrag inkluderande affektlabilitet, bristande impuls kontroll och lättväckt aggressivitet. En tredje grupp, inte sällan i kombination med de två tidigare nämnda grupperna, är personer med beroendesjukdom som i påverkat tillstånd eller i abstinensfas kan uppvisa betydande aggressivitet. En fjärde grupp är friska personer med kriminell bakgrund som söker vård på grund av allvarliga trauma såsom stick-, skär- eller skottskador. Inte sällan kan den sistnämnda gruppen åtföljas av bekanta och vänner med aggressivt beteende.

Många försök har gjorts att förutspå hot- och våldsbeteenden utifrån en persons specifika psykiatriska diagnos. Det finns en betydande mängd skattningsskalor som har utvecklats med syftet att kunna göra så kallade risk- eller farlighetsbedömningar. Sådana skalor används ibland inom den psykiatriska vården. Statens beredning för medicinsk och social och medicinsk utvärdering (SBU) har genomfört en utvärdering av riskbedömningsinstrument och kommit till slutsatsen att riskbedömningar kan, bättre än slumpen, förutsäga manliga patienters framtida benägenhet att begå våldshandlingar i samhället.<sup>88</sup> Riskbedömningarnas precision kan uttryckas som den andel av de bedömda som korrekt identifieras att senare utföra våldshandlingar. SBU:s granskning visar att med det bästa forskningen hittills presterat, kan precisionen dock förväntas vara högst 70 – 75 %. Detta gäller bedömningar av risken för våld på ett par års sikt. Det finns emellertid otillräckligt vetenskapligt underlag för riskbedömning med kortare tidsperspektiv, dvs. inom dagar eller veckor. Dessa instrument har följaktligen ett begränsat värde när det gäller den fråga som det här gäller, det vill säga användbarheten av riskbedömningar i en akut vårdssituation.

I en studie användes ett av dessa instrument, Bröset Violence Checklist, för att förutsäga risker för våldsamt beteende hos patienter i psykiatrisk vård. Genom att bedöma variablerna förvirring, irritabilitet, stökigt beteende, verbala hotelser och attacker av objekt kunde sjuksköterskan snabbt bilda sig en uppfattning om hur stor risken för aggressionsutbrott var.<sup>89</sup> Det är dock viktigt att påpeka att denna studie utfördes på en akutpsykiatrisk avdelning med inneliggande patienter och inte på en akutmottagning.

Studier av detta slag kan emellertid ge kunskap om riskfaktorer för kommande våldsbeteende som eventuellt kan vara användbara också på en psykiatrisk eller somatisk akutmottagning. Faktorer som återkommande visat sig ha prognostiskt värde för kommande våldsbeteende är: tidigare våldsbeteende, affektlabilitet, bristande impuls kontroll, paranoida föreställningar och kognitiva störningar. Det finns också återkommande kopplingar till drogpåverkan, demenssjukdom och hjärnskador.<sup>90</sup>

Aggressivt beteende på en akutmottagning kan också ibland kopplas till somatiska symtom, exempelvis hypoglykemi, angina pectoris eller andra svåra smärtanfall. Det kan också ofta kopplas till påverkan av alkohol eller narkotiska preparat.

---

<sup>88</sup> SBU (2005). Riskbedömningar inom psykiatri. Kan våld förutsägas i samhället? En systematisk litteraturoversikt. [https://www.sbu.se/contentassets/2fda926d5d504697817728c48581cd78/riskbedomning\\_psykiarin.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/2fda926d5d504697817728c48581cd78/riskbedomning_psykiarin.pdf)

<sup>89</sup> Abderhalden, C et al. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Broset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4); 422-427.

<sup>90</sup> Hallberg, U. (2011). Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg. Arbetsmiljöverket, rapport 2011:16, sid. 6.

## 8.4 HOTETS RIKTNING

Hot inom vården kan vara av olika art vad gäller källa och mål. I diskussionen om möjliga preventiva åtgärder, exempelvis varningsmärkning av patientjournal, är det av största vikt att skilja mellan olika parter inblandade och olika riktning på hotet.

1. hot och våld från patient riktat mot personal,
2. hot och våld från patient riktat mot eller som drabbar medpatienter,
3. hot och våld från personal riktat mot patient, och
4. hot och våld från extern person riktat mot patient.

Dessa olika varianter kräver sin särskilda diskussion i förhållande till det eventuella värdet av en märkning av hotbild som UMI. Den mest frekventa av dessa typer av hot och våld torde vara där det riktas från patient mot personal. Det kan vara riktat mot enskilda personer inom vården men kan även ha en mer generell karaktär där patienten riktar sin aggressivitet mot vården som institution. I detta sammanhang skulle det kunna vara av värde att journalen innehåller lättillgänglig information om att en viss patient har en dokumenterad historia av tidigare våldsincidenter. Det finns belägg för att en ganska liten grupp personer står för en oproportionerlig andel av förekommande hot- och våldshändelser. Som tidigare framgått är det svårt att identifiera generellt våldsbenägna patienter. Däremot finns det stöd för att det finns patienter som i förhållande till en specifik vårdinrättning visar ett upprepat hot- och våldsbeteende.<sup>91</sup> Om så är fallet skulle det kunna finnas en potential för att med god precision identifiera och markera personer med hög risk för kommande hot- och våldsincidenter.

Gruppen där hot och våld är riktat mot medpatienter är tämligen ovanlig på en akutmottagning men kan vara en vanligare förekomst på slutenvårdsenheter, särskilt inom psykiatri.<sup>92</sup> I det fallet handlar det dock om kända patienter där kunskapen om deras våldsbenägenhet redan finns och där en särskild varningsmärkning i journalen inte skulle tillföra någon extra information. Möjligen kan man tänka sig att patienter som hotat eller varit våldsamma mot medpatienter på en akutmottagning skulle vara aktuella för en särskild UMI.

Hot och våld från personal riktat mot patient förekommer dessvärre i hälso- och sjukvården<sup>93</sup> men saknar relevans i det nu aktuella sammanhanget.

Hot och våld från extern person riktat mot patient kan däremot vara av betydelse i hälso- och sjukvården. Här går det att urskilja åtminstone två kategorier av patienter, som måste hanteras på olika sätt. En grupp handlar om patienter som utsatts för våld i nära relationer och som akut uppsökt hälso- och sjukvården. Dessa patienter kan uppleva sig vara utsatta för hot som gör det nödvändigt för personalen att iaktta särskilda försiktighetsåtgärder för att den person som står för hotet inte med våld kan tränga sig in till patienten på akutmottagningen. En annan grupp handlar om patienter med kriminell bakgrund som utsatts för allvarligt våld och där gärningsmannen eller -männen försöker söka upp den aktuella patienten för ytterligare våldshandlingar. Det finns erfarenheter i vården också av dessa situationer som kan kräva speciella säkerhetsarrangemang på en akutmottagning. Det är dock

---

<sup>91</sup> Monahan, J. (1978). Prediction research and the emergency commitment of dangerous mentally ill patients: a reconsideration. *American Journal of Psychiatry*, 135: 198-201.

<sup>92</sup> Bowers, L et al. (2011). Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Institute of Psychiatry, Kings College, London.

<sup>93</sup> Engström, I. (kommande). Föräldrar, vakter och svikare. Ungdomars uppfattningar om etik, bemötande och säkerhet i mötet med personal på institutioner. Statens Institutionsstyrelse, rapportserie Institutionsvård i fokus.

svårt att tänka sig att en särskild varningsmärkning i patientjournalen skulle ha någon faktisk betydelse i någon av dessa situationer.

## 8.5 DAGSLÄGET NÄR DET GÄLLER MÄRKNING AV HOTBILD

Under utredningens arbete har det framkommit argument såväl för som mot ett återinförande av hotbild som UMI. Variationen när det gäller synpunkter på denna fråga har varit betydande och frågan har utlöst ett stort engagemang för såväl principiella aspekter av etisk natur som mer pragmatiskt inriktade frågor med fokus på säkerhet.

Det har inte varit möjligt att inom utredningens ram undersöka hur stor andel av landets regioner som använder sig av möjligheten av att märka patientjournaler med avseende på hotbild. Vi har dock hört beskrivningar av exempel på journalsystem där hotbild finns med som UMI och har även tagit del av vissa regioners lokala rutiner för denna fråga. Det betyder att vi tagit del av olika förekommande system för varningsmarkering av hotbild i vissa patienters journaler som givit upphov till både positiva och negativa erfarenheter.

Det har framkommit att registrering av hotbild varierar mellan olika regioner och mellan olika journalsystem. Ett exempel som har diskuterats under utredningen är journalsystemet Cosmic, som används i flera regioner i landet. I detta journalsystem finns UMI samlad under begreppet Uppmärksamhetssignalen (UMS). Denna signal består av fem delar; Överkänslighet, Smittsam sjukdom, Behandling och tillstånd, Vårdrutinavvikelse och Ostrukturerad information. Under delen Vårdrutinavvikelse samlas uppgifter om avslut av livsuppehållande behandling, beslut om att inte utföra hjärt-lungräddning, deltagande i klinisk läkemedelsprövning, förskrivningsrestriktioner, hänvisning till en specifik vårdenhet samt *hotbild mot patient*.

Det bör observeras att man i vissa regioner (exv. Region Uppsala) endast använder begreppet hotbild i betydelsen hotbild mot patienten (variant d i ovan beskrivna distinktion]. I de kundgemensamma riktlinjer som finns för Cosmic formuleras detta utrymme på följande sätt:

När hotbild råder mot patienten ska detta dokumenteras i Uppmärksamhetssignalen. Det ska anges varifrån hotet kommer och vilka åtgärder som vidtas. Informationen kan initieras av patienten, vårdpersonal eller av dessa i samråd. Patienten ska alltid informeras om vad som registreras angående en hotbild. Dokumentation gällande Våld i nära relation ska ske på därför avsett sökord eller dokumentationsmall i löpande journaltext.<sup>94</sup>

Vilka personalgrupper som får registrera vårdrutinavvikelser förefaller också variera mellan regioner. I Region Uppsala, till exempel, anges att läkare och sjuksköterskor har behörighet att registrera vårdrutinavvikelse.<sup>95</sup> Det anges vidare att "alla registreringar kan vid behov sättas för omprövning vilket görs av den som har medicinskt ansvar"<sup>96</sup> samt att "Möjligheten att kunna avsluta en registrering är styrt av vilken roll du har. Avslut görs av medicinskt ansvarig personal".<sup>97</sup> I Region Värmland, som

<sup>94</sup> Uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic – kundgemensamma riktlinjer.  
<http://publikdocplus.region uppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-15302&docId=DocPlusSTYR-15302>

<sup>95</sup> Uppmärksamhetssignalen (UMS) i Cosmic – Manual för dokumentation, sid. 2.  
<http://publikdocplus.region uppsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-15300&docId=DocPlusSTYR-15300>

<sup>96</sup> Ibid., sid. 8.

<sup>97</sup> Ibid., sid. 9.

ett annat exempel med samma journalsystem, får vårdrutinavvikelse registreras av betydligt fler yrkeskategorier, såsom läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer.<sup>98</sup>

I vissa andra regioner som använder Cosmic finns (alternativt har funnits) möjlighet att ange inte bara hotbild mot patient utan också *hotbild mot personal*. I Region Västmanland, som exempel, anges följande instruktion:

När hotbild råder från patienten mot vårdpersonal ska detta dokumenteras i Uppmärksamhetssignalen. Hotbilden ska beskrivas, liksom vilka åtgärder som vidtas, inklusive datum för beslut. Informationen initieras av vårdpersonal. Patienten ska alltid informeras om vad som registreras angående hotbilden.<sup>99</sup>

I senaste versionen av Region Kronobergs riktlinjer, som ett annat exempel, anges emellertid att "Hotbild mot vårdpersonalen ska inte registreras då den försvinner i kommande Cosmic version."<sup>100</sup>

Denna rapsodiska exposé över variationen i lokala rutiner när det gäller om och hur hotbild ska registreras som UMI/uppmärksamhetssignal i ett och samma journalsystem visar, enligt vår mening, att det saknas en gemensam nationell hållning i dessa frågor som knappast går att förklara med logiska eller sakliga argument. Det betyder att genomslaget för den struktur som Socialstyrelsen skapat genom sin informationsspecifikation på olika sätt påverkas av lokala beslut rörande såväl *vad* som ska registreras som *hur* denna registrering ska gå till liksom *vem* som ska ha behörighet att göra dessa registreringar in i och ut ur journalen.

Ur ett professionellt perspektiv uppfattas dessa diskrepanser som sakligt omotiverade och problematiska utifrån ambitionen med en jämlik vård över landet. Därtill skapar det påtagliga problem för läkare och andra yrkesgrupper som arbetar i olika journalsystem eller hos olika vårdgivare när skillnaderna i förväntade arbetsuppgifter skiljer sig på ett så påtagligt sätt. Det är knappast möjligt att förvänta att personal som avser att arbeta under begränsad tid i en viss region ska kunna sätta sig in i de lokala regelverken kring denna fråga på ett nöjaktigt sätt.

## 8.6 ARGUMENT RÖRANDE MÄRKNING AV HOTBILD

Det centrala i uppdraget till SLS uppfattar vi vara att på ett problematiserande sätt belysa fördelar och nackdelar med att återinföra hotbild som UMI i Socialstyrelsens Informationsspecifikation för UMI. Frågan har, såvitt det är utredningen bekant, inte varit föremål för något allmänt ställningstagande från någon sektion/specialistförening. Uppdraget har genomförts på det sätt som beskrivits i avsnitt 23 med en tydligt uttalad ambition att gemensamt ta fram så många argument som möjligt både *för* och *mot* att återinföra hotbild som UMI. Samtalen har förts på ett öppet och resonerande sätt med fokus på goda argument på saklig grund.

Alla deltagande personer i utredningen har samfällt uttryckt sin oro för den ökande förekomsten av hot och våld inom hälso- och sjukvården. Fokus har legat på hotbild från patient mot medpersonal. Det finns en gammal och en ny debatt om denna fråga. Den gamla versionen har förts under lång tid och

<sup>98</sup> Dokumentation i Uppmärksamhetssignalen. [https://www.regionvarmland.se/globalassets/vardgivarwebb/vard-och-behandling/smittskydd/sjukdomar/lokala-riktlinjer-a-o/dokumentation\\_i\\_uppmarksamhetssignalen\\_ins-09721-v.1.0.pdf](https://www.regionvarmland.se/globalassets/vardgivarwebb/vard-och-behandling/smittskydd/sjukdomar/lokala-riktlinjer-a-o/dokumentation_i_uppmarksamhetssignalen_ins-09721-v.1.0.pdf)

<sup>99</sup> Region Västmanland. Kundgemensamma riktlinjer för dokumentation i Uppmärksamhetssignalen i COSMIC R8.1. 2017-03-06.

<sup>100</sup> Uppmärksamhetssignal. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=118743>

har fokuserat på möjligheten och/eller önskvärdheten av att minska hot- och våldsincidenter från patienter med psykisk sjukdom och i någon mån också patienter med somatisk sjukdom. Det handlar då oftast om patienter som är kända i den lokala hälso- och sjukvården, åtminstone kända inom den verksamhet som de har mest kontakt med. Detta gäller särskilt patienter med långvarig psykisk sjukdom. Det är känt att det är en ganska liten andel patienter som står för en betydande andel av den sammanlagda mängden av hot och våld inom sjukvården. Debatten har då ofta handlat om vikten av att patienter från denna grupp är identifierade och tydliggjorda på ett eller annat sätt i patientjournalen. Behovet av en särskild uppmärksamhetsmärkning har då vanligen motiverats av situationer då dessa patienter söker på någon annan klinik än den där denne oftast vårdas, till exempel patienter med psykiatrisk problematik som söker på somatisk akutmottagning.

Den nya debatten på området handlar om patienter med kriminell bakgrund som söker akut sjukvård med traumaskador och som kräver särbehandling på ett mycket uttalat och aggressivt sätt. Ofta åtföljs dessa patienter av anhöriga, vänner, inte sällan i stora grupper, som bidrar till den hotbild som kan utveckla sig kring denna patientgrupp. Det förekommer också allt oftare att patienter eller deras anhöriga/vänner medför vapen av olika slag eller är försedda med skottsäkra västar och liknande skyddsutrustning. Denna situation har blivit allt vanligare på främst somatiska akutmottagningar i landets storstäder, men förekommer också på mindre orter. Denna utveckling har medfört ett behov av allt mera medvetet säkerhetstänkande inom hälso- och sjukvården och ett allt mera intimt samarbete med vaktbolag och polis för att förebygga eller tidigt intervensera vid hot- och våldsincidenter i vården.

Diskussionen kring varningsmärkning av hotbild försvåras av att kunskapsunderlaget för problemet som sådant och för möjliga effekter av en specifik märkning av hotbild är mycket begränsat. Det finns en mycket omfattande forskning kring hot och våld i hälso- och sjukvården på ett deskriptivt plan och även betydande vetenskaplig kunskap kring primär- och sekundärpreventiva åtgärder. Här är inte platsen för någon mer ingående beskrivning eller analys av detta kunskapsfält, då den fråga som är ställd i uppdraget begränsar sig till den specifika frågan om ett återinförande av hotbild som UMI skulle kunna bidra till att minska omfattningen av hot och våld i hälso- och sjukvården.

Utredningen har sökt efter vetenskapliga studier som skulle kunna ge mer specifik kunskap om detta. Vid genomgång av den vetenskapliga litteraturen har en studie identifierats som belyser denna fråga på ett specifikt sätt.

Studien kommer från The Portland Veterans Administration Medical Center, Oregon, USA och publicerades år 1989.<sup>101</sup> Under en pilotfas på 14 månader insamlades systematisk information om inträffade hot- och våldsincidenter på sjukhuset i syfte att identifiera en grupp patienter som bedömdes som behäftade med mycket hög risk för återkommande våld i sjukhusmiljön. Ett instrument utvecklades och bedömdes av en särskild multiprofessionell kommitté benämnd Behavioral Emergency Committee (BEC). På detta sätt identifierades en grupp av 44 patienter, alla män, som uppfyllde ett antal kriterier för att benämnas som högriskbeteende för våld på sjukhuset. 66 % av patienterna hade en psykiatrisk diagnos och 25 % en beroendediagnos. De två vanligaste psykiatriska diagnoserna var schizofreni (23 %) och personlighetsstörning (23 %). Endast fyra personer hade enbart en somatisk diagnos.

Intervention bestod av en "flagging" vilket innebar att en särskild varningssignal presenterades i patientens journal tillsammans med en särskild signal. I journalen presenterades då också en slags checklista över åtgärder som rekommenderades i situationen. Det kunde röra sig om att söka efter

---

<sup>101</sup> Drummond D.J. et al. (1989). Hospital Violence Reduction Among High-Risk Patients. JAMA, 261(17), 2531-2534.

vapen, larma vakter och/eller polis samt referenser till journalanteckningar om tidigare hot- och våldsincidenter. Det fanns också rutiner om att inte besöka patienten ensam, invänta ankomst av väktare eller polis och "a show of force". Centralt i programmet var, enligt forskarna, en "opportunity, provided by the flag, for the staff to develop and implement a plan".

Som utfall i studien registrerades antalet hot- och våldsincidenter under ett år innan metoden "flagging" började användas jämfört med antalet incidenter under ett år efter införandet av metoden. Vidare registrerades antalet besök på akutmottagningen före respektive efter införandet av varningsmärkning. Antalet besök minskade med 42.2 % (från 7.06 till 4.08) medan antalet incidenter minskade med 91.6 % (från 1.31 till 0.11), vilket innebar att antalet incidenter per besök minskade med 85.4 % (från 0.185 till 0.027). Forskarnas egen värdering av dessa resultat är att minskningen av hot- och våldsincidenter var oväntat stor och att metoden borde kunna användas generellt i hälso- och sjukvården.

Studien visar anmärkningsvärt goda resultat men kan kritiseras på ett antal centrala punkter. En sådan är att man anger att interventionen endast bestod av en varningsmarkering medan mycket i beskrivningen tyder på att denna markering bara var en liten del av ett allmänt mycket ambitiöst program på sjukhuset när det gäller att skapa bättre rutiner för att förebygga hot- och våldsincidenter. En annan kritisk punkt är fyndet av att antalet besök minskade radikalt vilket inte kommenteras särskilt ingående. Kanske var det så att problemet i huvudsak bara flyttades till ett annat sjukhus? En tredje punkt som det finns anledning att kritisera är avsaknaden av etisk diskussion rörande det rimliga i att markera ut en speciell grupp på detta sätt och vilka stigmatiserande konsekvenser som förfarandet medförde.

Diskussionen vid utredningens möten kom till stor del att bygga på egna erfarenheter från kliniskt verksamma personer med lång erfarenhet från olika delar av hälso- och sjukvården. Ambitionen i utredningen var att gruppen tillsammans skulle ta fram fördelar och nackdelar med varningsmärkning som UMI. Det är värt att uppmärksamma att diskussionen i allt väsentligt kom att handla om hotbild från patient till personal. Den mer ovanliga, men viktiga, variant som handlar om hotbild från annan person mot patient kom att få en undanskymd plats i diskussionen. Det var heller inte många av deltagarna som rapporterade egna erfarenheter av denna form av hotbild.

### 8.6.1 ARGUMENT FÖR ÅTERINFÖRANDE AV HOTBILD SOM UMI

Dessa argument har huvudsakligen framförts av representanter för akutsjukvård men i viss mån också från representanter för psykiatrisk akutverksamhet. Den gemensamma nämnaren för dessa argument kan beskrivas som att UMI, rätt använd, kan ha ett viktigt signalvärde för att höja medvetenheten om ett eventuellt väntande problem i den aktuella situationen som förhoppningsvis kan förebyggas.

#### 8.6.1.1 VARNINGSMARKERING MEDFÖR ETT ÖKAT SÄKERHETSTÄNK

På grund av den senaste tidens utveckling kring hot och våld i hälso- och sjukvården har frågor om säkerhet för personal och medpatienter kommit att uppmärksammas i allt högre grad. Kraven från myndigheter, främst Arbetsmiljöverket, har skärpts. Medias uppmärksamhet kring utvecklingen, inte minst kring hotbilder från personer med kriminell bakgrund, har skapat en medvetenhet om problemets omfattning och allvarsgrad. Politiker har uttalat sig i frågan med ett skärpt allvar.



Fortfarande brister det ändå på många håll när det gäller systematiskt arbete med att förebygga hot och våld i hälso- och sjukvården.<sup>102</sup> Arbetsmiljöverket påpekar löpande att arbetsgivaren har ett lagfäst ansvar för att kartlägga risker för hot och våld på arbetsplatser och att denne också är skyldig att ta fram lokala säkerhetsrutiner för att förebygga arbetsskador på grund av hot och våld.<sup>103</sup>

Sammantaget kan man konstatera att medvetenheten om det ökande problemet med hot och våld inom hälso- och sjukvård idag är utbredd. Det finns ändå utrymme för fler och mer specifikt inriktade insatser för att identifiera och förebygga hot- och våldsincidenter.

Ett argument som framförts för att öka medvetenheten om risken för hot och våld är att en varningsmärkning i patientjournalen kan tjäna som en direkt och konkret uppmaning att förbereda mötet med en patient med dokumenterat hög risk för aggressivt beteende på ett bättre sätt än normalt. Signalvärdet i en sådan märkning kan fungera som en trigger för att vidta olika konkreta åtgärder för att minska risken för incidenter. Exempel på sådana åtgärder kan vara:

- kontrollera att den aktuella personalen använder fungerande larm,
- tillkalla väktare som ombedes befinna sig nära det aktuella rummet,
- eventuellt tillkalla polis i förebyggande syfte (särskilt vid situationer med patienter som har kriminell bakgrund och som kommer på grund av stick-, skär- eller skottsador), och
- placera patienten på en central plats på mottagningen där mycket personal rör sig och är lätt tillgänglig.

#### *8.6.1.2 BÄTTRE BEMÖTANDE AV PATIENTEN*

Det är belagt att hot- och våldsincidenter kan förebyggas genom olika former av de-eskalering och ett lågaffektivt bemötande. Det kan innebära konkreta beteenden som lugnt röstläge, långsamma rörelser i rummet, medvetet ordval, placering i rummet, medvetet kroppsspråk etc.<sup>104</sup> Om det är känt att en ny patient på akutmottagningen har en historia av tidigare hot- och våldsincidenter ger det personalen en möjlighet att förbereda och implementera en relation med patienten som bygger på dessa principer.

#### *8.6.1.3 BÄTTRE SKYDD FÖR PERSONALEN*

Om det är känt att en ny patient är våldsbenägen så är detta en uppenbar högrisksituation för en eventuell kommande arbetskada. Majoriteten av arbetsskador på grund av hot och våld sker inom vård- och omsorgsykten. Personalen har därför ett berättigat intresse av att det finns säkerhetsrutiner på arbetsplatsen som kan minimera risken för sådana skador. En intresseavvägning måste därför göras mellan patientens integritetsskydd och personalens intresse av att inte bli skadad i sitt arbete.

Om en märkning av våldsbenägna personers journaler kan bilda underlag för ett bättre bemötande och ett högre säkerhetstänk så kan man tänka sig att såväl patienter som personal vinner på detta i det långa loppet. Patienterna bemöts på ett annat och bättre sätt och personalen kan undvika att bli skadade på arbetet. Ofta beskrivs den etiska problematiken i detta sammanhang som att någon av

<sup>102</sup> Se exv. Hallberg, U. (2011). Kunskapsöversikt – Hot och våld inom vård och omsorg. Arbetsmiljöverket, rapport 2011:16.

<sup>103</sup> Arbetsmiljöverket. (2017). Hot och våld inom vården. <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/broschyror/hot-och-vald-inom-varden-adi609-broschyr/>

<sup>104</sup> Harwood, R.H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. Journal of the Royal College of Physicians Edinburgh, 47; 176-82.

parterna måste betala ett visst pris för att den andres intressen ska kunna tillvaratas. I diskussionen kring denna fråga har emellertid framförts att det inte är nödvändigt att framställa problemet på detta sätt. Snarare kan den beskrivas som en möjlighet till att båda intressen tillvaratas.

## 8.6.2 ARGUMENT MOT ÅTERINFÖRANDE AV HOTBILD SOM UMI

Dessa argument har framförts från flera olika sektioner/specialiteter som har det gemensamt att de lyfter fram ett antal etiska och i slutänden också praktiska eller pragmatiska problem som bedöms vara så svårlösta att slutsatsen blir att varningsmärkning är både olämplig och omöjlig att genomföra på ett rimligt sätt.

### 8.6.2.1 SÄMRE BEMÖTANDE AV PATIENTEN

Det kan vara så att en varningsmärkning av hotbild medför ett sämre bemötande av patienten. En signal av det slaget kan lätt utlösa fördomar om patienten liksom ett bemötande präglad av rädsla och oro från personalens sida som inverkar menligt på relationen. Det är väl känt att patienter med psykisk sjukdom blir sämre bemötta inom den somatiska vården.<sup>105</sup> Denna kunskap kan sannolikt extrapoleras till att gälla den situation som här diskuteras, i varje fall för gruppen med psykisk sjukdom.

Ett annat argument som framförts mot en varningsmärkning är att det kan finnas risk för att patienter med våldsbenägenhet behandlas sämre på grund av att vårdpersonalen av rädsla för egen del gör besöket med patienten så kort som möjligt, vilket i förlängningen skulle kunna innebära en patientsäkerhetsrisk.

### 8.6.2.2 ÖKAD STIGMATISERING AV PATIENTEN

Det är väl känt att personer med psykisk sjukdom upplever sig stigmatiserade i hälso- och sjukvården. Grundpelare i den moderna stigmadeinitionen är stereotyper, fördomar och diskriminering.<sup>106</sup> Givet att en stor del av de patienter som har dokumenterad våldsbenägenhet har en psykisk sjukdom, så uppstår frågan om den stigmatisering de upplever i hälso- och sjukvården skulle påverkas ytterligare vid en varningsmärkning för hotbild.

Att bli utpekad som en riskpatient i hälso- och sjukvården kan upplevas som en kränkning, vilket patienten ofta själv sannolikt uppfattar som orättvist och möjligen direkt felaktigt. Det är mycket osannolikt att en patient med psykisk sjukdom uppfattar det som positivt att bli "stämplad" som aggressiv eller kanske till och med farlig.

Utredningen har inte kunnat finna att frågan om varningsmärkning kan bedömas som diskriminering i juridisk mening. Det finns inget fall dokumenterat hos Diskrimineringsombudsmannen som visar på att en sådan bedömning har gjorts. Det har icke desto mindre kommit upp i debatten om varningsmärkning av hotbild som UMI om inte detta skulle kunna uppfattas eller bedömas som diskriminering.

---

<sup>105</sup> Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21065/2018-9-6.pdf>

<sup>106</sup> Larsson, J & Sandlund, M. (2013). Stigma vid psykisk sjukdom – vad betyder svaren på attitydfrågor? Socialmedicinsk tidskrift, 90(2); 292-302.

För gruppen patienter med kriminell bakgrund har det framförts som en hypotes att en del av dessa möjligen skulle uppfatta det som något positivt att bli bedömd som farlig eller våldsam. Detta är dock endast en hypotes som återstår att belägga. Om även denna grupp skulle uppfatta en varningsmärkning som stigmatiserande är en öppen fråga.

#### *8.6.2.3 SVÅRT ATT STÄLLA UPP KRITERIER FÖR MÄRKNING*

Som framgått av tidigare avsnitt så finns det ingen allmänt omfattad definition av begreppen hot eller våld. Man kan redan på denna grund hävda att en märkning av *hotbild* är svår att genomföra på ett någorlunda entydigt och rättssäkert sätt.

Som framgått av tidigare avsnitt är det notoriskt svårt att identifiera enskilda patienter som hotfulla, våldsbenägna eller farliga över tid. Även om vissa diagnosgrupper är överrepresenterade bland patienter som uppvisar våldsbeteende inom hälso- och sjukvården så kan man inte vända på resonemanget och dra slutsatser kring enskilda patienters specifika risk för hotbild. I direktivet till utredningen finns en särskild fråga om det går att knyta risk för hot och våld till specifika diagnoser. Svaret på denna fråga är nekande då det saknas vetenskapligt stöd för att en sådan prognos skulle kunna vara vederhäftig.

Risken för hot och våld bör ses som ett fenomen som uppstår i interaktion mellan patient och personal i en mer eller mindre specifik vårdmiljö under speciella omständigheter. Den vetenskapliga litteraturen ger ett tydligt stöd för att så är fallet.

Om hotbild ska återinföras som UMI krävs, enligt vår utredning, att det är möjligt att ställa upp tydliga och välavgränsade kriterier för vad som kvalificerar för en sådan märkning. En första fråga i sammanhanget är om det ska finnas dokumenterat tidigare våldsbeteende eller om det ska räcka med misstanken om att så kan ske. Om det krävs en våldsanamnes krävs en specifikation och/eller en beskrivning av allvarlighetsgraden för det inträffade. Vad krävs för att kallas hot- och våldsincident? Ska det ha skett ett visst antal gånger? Ska det ha lett till en arbetskada hos någon i personalen? Frågorna är många och det är problematiskt att det redan idag sker varningsmärkningar av detta slag utan att det finns några kriterier uppställda i nationella föreskrifter och/eller i lokala dokument.

#### *8.6.2.4 BEHÖRIGHET FÖR ATT MÄRKA EN JOURNAL MED HOTBILD ÄR PROBLEMATISKT*

I direktivet från Socialstyrelsen till utredningen frågas specifikt om vem som bör ha befogenhet att göra en varningsmärkning i journalen. Som framgått av tidigare avsnitt så finns det idag en betydande variation på den punkten. Frågan är om befogenheten ska knytas till en specifik kompetens eller till en specifik roll.

Att knyta befogenheten till en viss kompetens betyder att man anser dels att det krävs en viss utbildning för att kunna värdera risken för en persons våldsbenägenhet, dels att det bör knytas till en viss ansvarsposition i juridisk mening.

Att knyta befogenheten till en viss roll, till exempel en arbetsledande roll, indikerar att man bedömer att det handlar om en del i det lagliga ansvar som vårdgivaren har som ansvarig för arbetsmiljöfrågor, till vilket detta område rimligen hör. Arbetsgivaren har ett lagstadgat ansvar att kartlägga risker, bland annat för hot och våld, i arbetsmiljön. Arbetsgivaren har därtill ett ansvar att upprätta lokala handlingsprogram för att åtgärda potentiella risker i arbetsmiljön.

Utredningen bedömer att dessa frågor i stor utsträckning handlar om juridik och föreslår därför att, om ett återinförande av hotbild planeras, så bör en särskild utredning tillsättas kring dessa frågor.

#### 8.6.2.5 RUTINER FÖR OMPRÖVNING OCH AVMÄRKNING SAKNAS

Under utredningen har framkommit att i regioner där möjligheten till märkning av hotbild från patient mot personal finns så saknas det ändå tydliga regler för när och hur och av vem en sådan märkning ska omprövas. Det behöver, enligt utredningen, diskuteras och säkerställas hur man kan forma ett system där någon ges uppdraget att ompröva en märkning av hotbild som UMI. Det måste anses orimligt ur ett etiskt perspektiv att en uppgift om hotbild hänger kvar i en journal på obestämd tid. En uppgift som placerats under denna rubrik måste, enligt vår mening, ha en viss uttalad giltighetstid varefter uppgiften måste omprövas. Man bör dock ställa sig frågan hur detta kan ske på ett rimligt sätt. Om patienten är frekvent besökare på kliniken eller mottagningen ifråga kan detta ske inom ramen för ordinarie återbesök, men om patienten inte längre besöker kliniken eller mottagningen så uppstår ett delikat problem. Ska patienten då kallas till återbesök för att ta ställning till om märkningen fortfarande är befogad? Är det etiskt acceptabelt att kalla patienter av detta skäl?

#### 8.6.3 SAMMANFATTNING AV ARGUMENT FÖR OCH MOT MÄRKNING AV HOTBILD

Som framgått av redovisningen i föregående avsnitt så finns det en tydlig etisk konflikt mellan olika intressen i denna fråga. Konflikten kan enklast beskrivas som en konflikt mellan personalens intresse av att inte bli utsatt för hot och våld i sin yrkesutövning och patientens intresse av att inte bli utpekad som en riskpatient i vården på ett sätt som kan upplevas som stigmatiserande. Till detta kan läggas ett antal problem av mer praktisk art såsom kriterier, behörighet, ansvarsförhållande och omprövning.

Argumenten *för* att återinföra hotbild som UMI som framkommit under utredningens arbete är i huvudsak följande:

- varningsmärkning medför ett ökat säkerhetstänk inom hälso- och sjukvården,
- patienten kan få ett bättre bemötande där hänsyn tas till patientens våldsbenägenhet, och
- varningsmärkning kan bidra till att förebygga arbetsskador på grund av hot och våld.

Argumenten *för* ett återinförande av blodsmitta som UMI kan bäst beskrivas som en kombination av säkerhetsmotiv och bemötandemotiv.

Argumenten *mot* att återinföra hotbild som UMI som framkommit under utredningens arbete är i huvudsak följande:

- patienten riskerar att få ett sämre bemötande med sämre patientsäkerhet som konsekvens,
- det är problematiskt vem som bör ha behörighet att göra varningsmärkning av hotbild, och
- det är svårt att utforma fungerande rutiner för omprövning och avmärkning.

Argumenten *mot* att återinföra blodsmitta som UMI kan beskrivas som primärt etiska motiv där värdet av patientens integritet och risken för stigmatisering betonas samt ett antal motiv som pekar på mer praktiska problem när det gäller kriterier, behörighet, omprövning och avmärkning.

## 8.7 INTRESSENER I FRÅGAN

I frågan om hotbild är det svårt att identifiera tydliga intressenter och positioner. Samtliga som deltagit i diskussionen om hot- och våldsproblematiken i dagens akutsjukvård har varit överens om att det är ett ökande problem som motiverar utökade preventiva insatser av olika slag. Det har också funnits en samstämmig uppfattning om att en märkning av hotbild som UMI är stigmatiserande av patienten.

En kategori deltagare i utredningen har varit tydliga förespråkare för varningsmärkning av hotbild som UMI. För denna grupp har det varit viktigare att öka säkerheten för personalen (och medpatienterna) än att skydda patientens integritet. De som företrätt denna position menar att säkerheten kräver att patientens integritet i någon mån sätts åt sidan, då problemet med hot och våld är så stort i dagens sjukvård.

En annan grupp deltagare i diskussionen har varit svagt positiva till en märkning av hotbild som UMI men endast under förutsättning att det på ett acceptabelt sätt ska vara möjligt att lösa centrala frågor om kriterier för märkning, ansvaret för uppgiften och hållbara system för uppföljning och avmärkning.

En tredje kategori deltagare har uttryckt stor tveksamhet för varningsmärkning av hotbild med hänvisning till i huvudsak två motargument. För det första att en märkning är principiellt alltför integritetskränkande och därmed stigmatiserande. För det andra att det uppfattas som omöjligt att ställa upp rimliga kriterier för märkning av hotbild och att de praktiska frågorna kring ansvar, befogenhet, uppföljning och avmärkning kommer att vara ytterst svårlösta.

Dessa tre positioner har inte gått att hänföra helt tydligt till enskilda specialitetsföreningar utan utredningens bedömning är att det är starkt beroende av egna erfarenheter såväl av hot- och våldsproblematiken i allmänhet som av systemet med varningsmärkning i synnerhet.

En tydlig uppfattning motsvarande position tre (mot märkning av hotbild) uttrycktes av SLS delegation för medicinsk etik.

SLS rekommendation när det gäller frågan om hotbild ska återinföras som UMI är att det behövs en breddad och fördjupad utredning som till det professionsperspektiv som denna rapport ger, lägga också andra perspektiv. Ett sådant perspektiv, som vi bedömer som oundgängligt, är patientperspektivet för att närmare undersöka erfarenhet av och bedömda risker för stigmatisering. Vidare behövs ett fördjupat juridiskt perspektiv där också frågan om risk för diskriminering behöver belysas.

## 9. SPECIFIKA FRÅGOR FRÅN SOCIALSTYRELSEN

I direktivet för utredningen fanns några specifika frågor som gäller båda delfrågorna, det vill säga både frågan om blodsmitta och frågan om hotbild. De kommer därför att kort kommenteras gemensamt.

### 9.1 VERKSAMHETSREGLER OCH NORMERING

Socialstyrelsen har ställt frågan om behovet av verksamhetsregler och normering av frågorna. Vi har tolkat begreppet verksamhetsregler i detta sammanhang som regionala rutiner och dokument, medan begreppet normering ska relateras till bestämmelser på olika bindande nivå utfärdade av Socialstyrelsen. Vi kommer här inte att gå in på olika tänkbara nivåer av normering.

Som framgått av tidigare avsnitt så har samtliga som deltagit i utredningen uttryckt önskemål om att frågor av detta slag ska lösas nationellt. I våra diskussioner har det varit svårt att förstå varför frågan om *vad* som ska ingå som UMI är en regional fråga. Vare sig det medicinska kunskapsläget eller den etiska analysen torde vinna på ett regionalt filter. Ett ytterligare skäl till behovet av nationell samsyn menar vi vara den ökande rörligheten av vårdpersonal över regiongränser. Följsamheten till regler av detta slag kan knappast förbättras av att det finns en regional variation.

Vår gemensamma uppfattning är därför att det finns ett klart behov i vårdprofessionerna av att det finns en nationell normering rörande frågor omkring uppmärksamhetsinformation och att regionala verksamhetsregler bör begränsas till frågor om behörighet och tekniska detaljer i förhållande till respektive journalsystem.

## 9.2 KOMPENSATORISKA MEKANISMER

När det gäller frågan om kompensatoriska mekanismer så har vi tolkat den som att det handlar om behovet av ytterligare åtgärder i det fall att informationsmängderna blodsmitta och hotbild även fortsättningsvis lämnas utanför UMI.

Som framgått av tidigare avsnitt så har det funnits en viss osäkerhet kring vad som gäller på dessa två områden just nu. Många i vården har nog tolkat detta som att de båda områdena inte längre ska anges som UMI. Oavsett vilket beslut som Socialstyrelsen kommer att fatta framöver så vill vi peka på ett behov av att vårdens professioner får tydlig och välmotiverad information till det beslut som blir aktuellt.

Vi antar att det också kommer att behövas en tydlig överenskommelse mellan regionerna och Socialstyrelsen kring arbetsfördelningen på detta område.

Vi har i tidigare avsnitt också pekat på att lagstödet för vad som ska finnas som UMI idag begränsas till frågor om *intolerans*, *överkänslighet* samt, om än på ett annat sätt, området *vårdhygienisk smitta*. Vi har inte i utredningen någon juridisk kompetens men ser, ur ett professionellt perspektiv, skäl för att lagstiftningen blir tydligare på området UMI. I det sammanhanget bör också begreppet *vårdhygienisk smitta* tas upp till diskussion då det inte är alldeles klart till sin innebörd och brister i synkronisering med andra, närliggande begrepp på området vårdrelaterade infektioner.

I det fall att märkningen för blodsmitta som UMI upphör mer permanent, så ser vi ett behov av att någon lämplig myndighet följer utvecklingen när det gäller arbetsskador föranledda av sådan smitta

## 10. AVSLUTNING

Slutligen vill Svenska Läkaresällskapet framföra sitt tack för förtroendet från Socialstyrelsen att göra denna utredning. Det är ett förnämligt initiativ från Socialstyrelsen att be vårdens professioner om en analys av fördelar och nackdelar med UMI. Vi inser att frågan innefattar också andra perspektiv än det professionella, men det är av största betydelse att eventuella förändringar på området kringgärdas av en dialog med vårdens professioner.

## BILAGA 1

### INBJUDNA ORGANISATIONER

#### **Svenska Läkaresällskapets sektioner**

*Smittskyddsläkarföreningen*

*Svenska Barnläkarföreningen*

*Svenska Hygienläkarföreningen*

*Svenska Infektionsläkarföreningen*

*Svenska Psykiatriska Föreningen*

*Svensk Förening för Akutsjukvård*

*Svensk Förening för Klinisk Kemi*

*Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård*

*Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi*

*Svenskt Kirurgiskt Råd*

#### **Övriga organisationer**

*Distriktssköterskeföreningen*

*Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap*

*Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor*

*Riksföreningen för Akutsjuksköterskor*

*Svenska Barnmorskeförbundet*

*Sveriges Tandläkarförbund*

deltagande organisationer i kursiv stil