

Internationell utblick – handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet

Kartläggning inför skapande av en nationell
handlingsplan för patientsäkerhet

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

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

ISBN	978-91-7555-504-1
Artikelnummer	2019-11-6441

Publicerad	www.socialstyrelsen.se januari 2020
Foto	RapidEye, istockphoto.com
Tryck	Ätta.45 Tryckeri AB, januari 2020

Förord

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet.

Det svenska patientsäkerhetsarbetet påverkas av vad som sker i resten av världen. Sveriges bidrag till Agenda 2030 och specifikt till målet om förbättrad hälsa globalt sker på ett antal arenor och i olika sammanhang. Sverige deltar aktivt i det internationella arbetet och bidrar med kunskap och erfarenheter och inhämtar lärdomar från andra länder. Det innebär att det svenska patientsäkerhetsarbetet påverkas av det som sker inom Norden, EU och även globalt. WHO har fastställt resolutioner för ökad patientsäkerhet och initierat arbetet Global Action on Patient Safety. Två andra exempel på initiativ och samarbetsformer på global nivå som både inspirerar och vägleder det svenska patientsäkerhetsarbetet är Global Ministerial Summits on Patient Safety och instiftandet av Global Patient Safety Day.

För att lära av andra länders patientsäkerhetsarbete har Socialstyrelsen under hösten 2018 låtit genomföra en internationell utblick som bidragit med många lärdomar i det internationella arbetet. Sammanlagt tio länders strategier och handlingsplaner för patientsäkerhet och tre internationella organisationers arbete med patientsäkerhet har gåtts igenom och analyserats.

Rapporten riktar sig till de aktörer som varit involverade i arbetet, både nationellt och internationellt, däribland myndigheter, huvudmän, nationella och internationella organisationer, professionsföreningar och experter. Socialstyrelsen vill tacka alla som har bidragit med sin kunskap och erfarenhet.

Januari 2020

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Inledning	9
Metod och tillvägagångssätt	10
Styrningen av patientsäkerheten i Sverige – en utgångspunkt för arbetet med nationell handlingsplan	18
Ett nationellt patientsäkerhetsarbete har bedrivits under lång tid i Sverige	18
Synen på patientsäkerhet – att minimera vårdskador	24
Ett omfattande regionalt patientsäkerhetsarbete pågår	25
Resultatet från den internationella utblicken	33
Styrdokumentens kontext	33
Styrdokumentens struktur	37
Styrdokumentens innehåll	42
Styrdokumentens processer	45
Styrdokumentens effekt	48
Lärdomar från den internationella utblicken inför framtagande av en nationell handlingsplan	50
Referenser	56
Bilaga 1. Intervjuade företrädare för undersökta länder och organisationer	58
Bilaga 2. Intervjuguide – internationell utblick med fokus på strategier och handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet	59
Bilaga 3. Samverkansmöte den 19 november 2018: nationell handlingsplan för patientsäkerhet	61
Bilaga 4. Landfakta Sverige	63
Bilaga 5. Land- och organisationsrapporter	65
Tre internationella organisationer (OECD, WHO, IHI) – samlade lärdomar	67
Australien	87
Danmark	115
England	137
Finland	163
Kanada	185
Nederländerna	219
Norge	241
Nya Zeeland	261
Skottland	285
Tyskland	307

Sammanfattning

Socialstyrelsen fick 2018 i uppdrag av regeringen att ta fram en nationell handlingsplan på patientsäkerhetsområdet. För att identifiera relevanta lärdomar inför det har vi gjort en internationell utblick, som baseras på ett urval av nationella, nordiska och internationella strategier och handlingsplaner (styr-dokument) inom patientsäkerhetsområdet.

Lärdomar från tio länder och tre internationella organisationer

Totalt tio länders styrdokument för patientsäkerhetsarbete har analyserats kompletterat med en genomgång av tre internationella organisationers arbete med patientsäkerhet. För att öka förståelsen av vilka lärdomar från den internationella utblicken som är relevanta ur ett svenskt perspektiv, har vi även tagit fram en översikt över kontexten för det svenska patientsäkerhetsarbetet. Analysen av andra länders styrdokument har haft en systematisk och strukturerad ansats och utgått från fem huvudsakliga dimensioner: kontext, struktur, innehåll, process och resultat. Utöver att analysera dokument har intervjuer genomförts med företrädare för länder och organisationer.

Kontext, struktur och mottagare är avgörande faktorer

En övergripande reflektion utifrån den internationella utblicken är att kontexten har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetets uppbyggnad och genomslag. Den nationella handlingsplanen kan därför inte ensam ha betydelse för eller påverkan på patientsäkerhetsarbetets effekt. Sammanhanget inom vilket styrdokumentet verkar är väsentligt för att skapa förutsättningar för en gedigen och hållbar styrning av patientsäkerhetsarbetet.

Styrdokumentens struktur skiljer sig mellan länderna, både vad gäller omfattning och utformning och i vilken utsträckning de olika delarna av styrdokumentet hänger ihop och relaterar till varandra. En lärdom är att det är viktigt med strategisk helhet när man tar fram en nationell handlingsplan. Det bör finnas en tydlig och logisk koppling mellan de mer vägledande delarna och de delar som beskriver konkreta aktiviteter. Det behöver också vara tydligt för mottagarna vem som ansvarar för vad.

Nulägesanalyser ökar möjligheter för handlingsplanens genomslag

Ytterligare en observation är att man behöver genomföra fördjupade nulägesanalyser inom valda områden. Nulägesanalyser av centrala områden ger en faktabaserad bild av de mest angelägna behoven och utmaningarna. Detta kan ge underlag till fokuserat innehåll i handlingsplanen och bidra till mål och aktiviteter som förbättrar de mest prioriterade delarna av patientsäkerhetsområdet. Det finns flera goda exempel från de undersökta länderna där

man har gjort gapanalyser när man har tagit fram styrdokumentet. I Sverige ökar en fördjupad analys av det pågående regionala patientsäkerhetsarbetet möjligheten för handlingsplanen att få genomslag.

Avslutningsvis är en generell lärdom från den internationella utblicken att det är mycket viktigt att utarbeta en plan för att genomföra handlingsplanen och en uppföljningsmodell, där resultaten kan kopplas till de åtgärder som beskrivs i handlingsplanen.

Inledning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå. I uppdraget ingår att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården (1).

Den nationella handlingsplanen bör, enligt regeringsuppdraget, innehålla övergripande mål- och fokusområden och åtgärder. Den bör även innehålla en plan för uppföljning på regional och nationell nivå. Såväl regioner som kommuner ska kunna använda handlingsplanen för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet i egna handlingsplaner på regional nivå.

Arbetet med handlingsplanen ska göras i nära samråd med berörda myndigheter och organisationer, Sveriges Kommuner och Regioner, huvudmännens organisation för kunskapsstyrning, representanter för privata vårdgivare, professions- och patientorganisationer och experter inom patientsäkerhetsområdet.

Uppdraget redovisas i januari 2020.

Syftet med den internationella utblicken är att identifiera lärdomar inför framtagandet av handlingsplanen

När den nationella handlingsplanen ska utvecklas vill Socialstyrelsen ta fram genomarbetade underlag som kan bidra till att klargöra olika centrala vägval. Mot denna bakgrund har en internationell utblick genomförts. Lumell Associates fick i uppdrag av Socialstyrelsen att bistå myndigheten i arbetet. Analysen har baserats på ett urval av nationella, nordiska och internationella strategier och handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet.

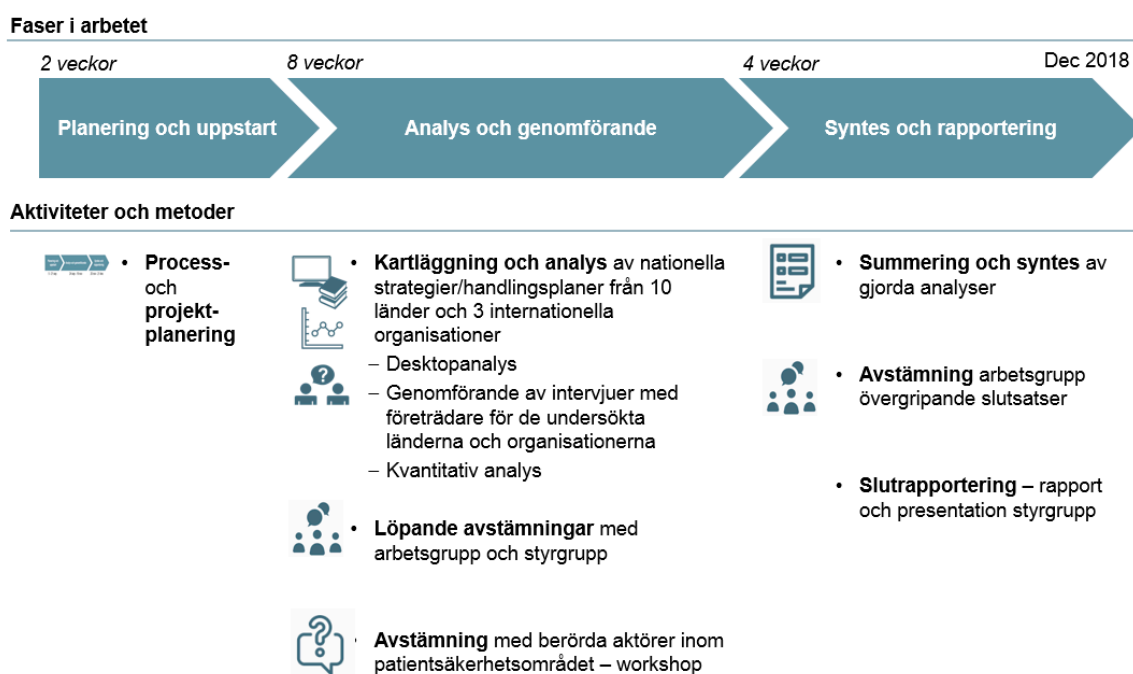
Syftet med den internationella utblicken har således varit att sammanställa ett material som kan bidra med lärdomar i arbetet med att utveckla en svensk nationell handlingsplan.

Metod och tillvägagångssätt

Arbetet har genomförts under hösten 2018

Arbetet med den internationella utblicken genomfördes under 14 veckor hösten 2018. Resultaten och insikterna från analyserna har diskuterats löpande i den interna projektgruppen. Projektgruppen har även stämt av de övergripande slutsatserna har även stämts av med en styrgrupp samt med berörda experter inom området. Se figur 1 för arbetets faser och huvudsakliga aktiviteter.

Figur 1. Översikt över huvudsakliga delar av arbetet med den internationella utblicken



I den internationella utblicken studeras både strategier och handlingsplaner

Socialstyrelsens regeringsuppdrag innebär att ta fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet. För att tydliggöra fokus för en inledande internationell utblick definierades först skiljelinjen mellan en strategi och en handlingsplan.

En strategi kan ses som ett mer långsiktigt styrdokument som anger breda viljeriktningar, till exempel i form av vision och övergripande mål. Strategin blir vägledande i beslutsfattande och styrning. En handlingsplan är i regel mer konkret och redogör för hur ett arbete eller en process ska genomföras, exempelvis genom att beskriva aktiviteter, ansvarsfördelning, tidplan med mera. I korthet kan dessa olika styrdokument vara överlappande och framför allt kan de komplettera varandra.

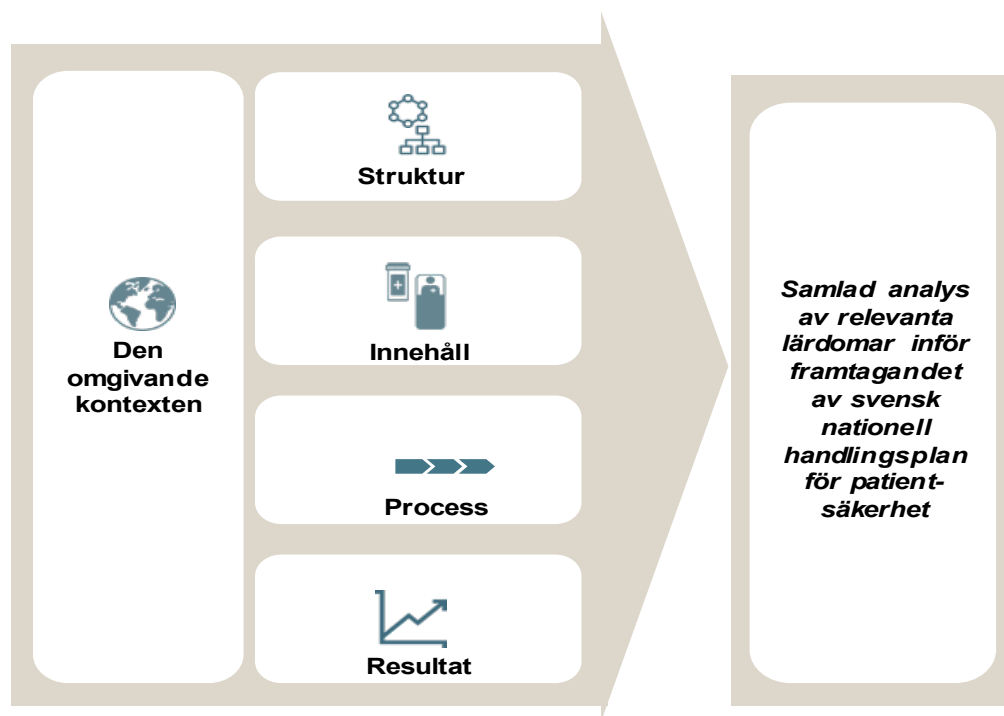
Mot bakgrund av ovanstående och hur regeringsuppdraget är formulerat kommer sannolikt även strategiinslag att behöva inkluderas i handlingsplanen. I den internationella utblicken har det därför varit viktigt att undersöka hur andra länders styrdokument ser ut avseende gränsen mellan strategi och handlingsplan. Är dessa dokument strategier, handlingsplaner eller en kombination av båda? För att underlätta läsbarheten benämner vi de andra ländernas strategier eller handlingsplaner som ”styrdokument” i denna rapport.

Ett särskilt ramverk har legat till grund för analyserna av ländernas styrdokument

Som struktur för analys av ländernas och organisationernas styrdokument, användes ett analysramverk (Figur 2). Ramverket syftade till att bidra med en struktur till genomgången av styrdokumentet och säkerställa att relevanta dimensioner täcktes in vid analysen.

Analysramverket togs fram med utgångspunkt i vilka perspektiv som bedömdes vara mest relevanta för Socialstyrelsen i arbetet med att ta fram en nationell handlingsplan. Ramverket innehåller fem dimensioner: kontext, struktur, innehåll, process och resultat.

Figur 2. Analysramverk för internationell utblick



Inom var och en av de fem dimensionerna formulerades ett antal frågeställningar. Dessa fungerade som vägledning vid genomgång och analys av strategierna och handlingsplanerna.

Kontext

Frågeställningar för analys av styrdokumentens kontext:

- Hur ser hälso- och sjukvårdssystemet ut i landet?
- Vilka aktörer är involverade i patientsäkerhetsarbetet?

- Hur ser den aktuella patientsäkerhetskontexten ut med fokus på organisation och styrning?
- Vem är avsändaren av styrdokumentet?
- Varför har styrdokumentet tagits fram? Utgår framtagandet av styrdokumentet från en behovsanalys?
- Om enbart en handlingsplan har tagits fram: har detta lett till några för- eller nackdelar i genomförandet jämfört med om också en strategi har formulerats?

Struktur

Frågeställningar för analys av styrdokumentens struktur:

- Hur är styrdokumentet strukturerat? Vilka olika delar består det av?
- Vilket format har styrdokumentet och hur omfattande är det?
- Vilka mottagare eller mottagnivåer riktar sig styrdokumentet till?
- Vilken tidsram har styrdokumentet?
- Finns det någon specifik kommunikationsplan för att förmedla innehållet i styrdokumentet?

Innehåll

Frågeställningar för analys av styrdokumentens innehåll:

- Hur definieras begreppet patientsäkerhet i styrdokumentet?
- Vilket innehåll har styrdokumentet? Har det till exempel något särskilt tematiskt fokus?
- Hur detaljerat och konkret är styrdokumentet?

Vid analysen av innehållet kategoriserades aktiviteterna i styrdokumenterna i tematiska områden: *utfallsområden*, *framgångsområden* och *riskområden*.

Exempel på aktiviteter inom *utfallsområdet* är åtgärder som kopplar till konkreta patientsäkerhetsutfall, såsom förekomst av vårdrelaterade infektioner, fallolyckor, trycksår etcetera. *Framgångsområden* inkluderar aktiviteter som skapar förutsättningar för förbättringsarbete och en säker vård, exempelvis stärka patienters delaktighet, förbättra kommunikation, utbilda vårdpersonal och stödja ledarskapet. I kategorin *riskområden* ingår aktiviteter som förebygger avvikelser och vårdskador, till exempel säkerställande av tillräcklig medicinsk kompetens, tillgång till välfungerande medicinsk utrustning och tidig upptäckt av sjukdomar.

Process

Frågeställningar för analys av de processer som kan kopplas samman med styrdokumentet:

- Hur har styrdokumentet tagits fram?
- Har det funnits avstämningar och förankring under framtagningen?
- Finns det en process för genomförande, uppdatering, uppföljning och ansvarsutkrävande kopplat till styrdokumentet? Om det finns, vad ingår i denna process?

Resultat

Frågeställningar för analys av styrdokumentets resultat:

- Vilka eventuella resultat och effekter går att härleda till styrdokumentet?
- Hur uppfattas styrdokumentet av olika nyckelintressenter? Vilka framgångsfaktorer eller hinder har observerats?

Ett systematiskt urval av länder och organisationer gjordes inför den internationella utblicken

Den internationella utblicken omfattar tio länder. Socialstyrelsen bedömde detta som ett tillräckligt brett underlag för att det skulle kunna bidra med generella lärdomar inom arbetets huvudfrågeställningar. I tillägg inhämtades perspektiv från tre internationella organisationer med etablerat arbete på patientsäkerhetsområdet. Därutöver inkluderade den internationella utblicken även en övergripande sammanställning av patientsäkerhetsarbete i Sverige. Det senare för att underlätta bedömningar av hur tillämpbara lärdomar från andra länder är i ett svenskt sammanhang.

För att få ett relevant urval av länder och organisationer formulerades tre kriterier för urvalet av länder och organisationer:

- *Närhet*. Länder som ligger i Sveriges närmiljö och som även har relativt likartade förutsättningar i många avseenden.
- *Styrssystem*. Länder som i viss mån har likartade styrssystem jämfört med det svenska, det vill säga en relativt decentraliserad hälso- och sjukvård med en bred uppsättning huvudmän och aktörer.
- *Goda exempel*. Länder och organisationer som utmärker sig positivt på patientsäkerhetsområdet

Utifrån kriterierna gjorde arbetsgruppen följande urval av länder och organisationer:

- Länder utifrån närhetskriteriet:
 - Norge
 - Finland
 - Danmark
- Länder utifrån styrsystemkriteriet:
 - Tyskland
 - Australien
 - Nederländerna
- Länder och organisationer utifrån kriteriet goda exempel:
 - Nya Zeeland
 - Kanada
 - England
 - Skottland
 - Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
 - World Health Organisation (WHO)
 - Institute for Healthcare Improvement (IHI)

I vissa fall bedömdes det som värdefullt att undersöka styrdokument på delstatlig nivå (eller motsvarande) snarare än nationell nivå. Detta bland annat för att identifiera goda exempel eller eftersom den delstatliga mer liknar den svenska kontexten (vilket ökar jämförbarheten). Detta var anledningen till att

Skottland och England analyserades var för sig, istället för att studera Storbritannien.

Initialt planerade vi även för att tre amerikanska hälso- och sjukvårdsorganisationer (Kaiser Permanente, Intermountain Healthcare och Centers for Medicare & Medicaid Services) skulle ingå i den internationella utblicken. Skrivbordsanalysen visade sig dock ge sparsamt med information kring organisationernas arbete inom patientsäkerhetsområdet. Bland annat kunde inte relevanta styrdokument för patientsäkerhet lokaliseras och intervjupersoner från organisationerna kunde inte nås. Vi bedömde att det inte var möjligt att analysera dessa organisationer med samma kvalitet som för övriga länder och organisationer, och därför exkluderades de.

En kombination av metoder har använts för att besvara frågeställningarna

Dokumentanalys

En stor del av datainsamlingen utgjordes av inhämtning av information på webbsidor och i olika dokument. Genom analys av dessa data fick vi dels en överblick över de olika ländernas kontext kopplat till patientsäkerhet, dels identifierades relevanta styrdokument för analys.

Dokumentanalys: de undersökta ländernas kontext för patientsäkerhetsarbete

Inledningsvis genomfördes en webbsökning för att få en överblick över landets sjukvårdssystem uppbyggnad. Därtill inhämtades information om hur landets patientsäkerhetsarbete har utvecklats över tid, vad som görs inom patientsäkerhetsområdet och vilka aktörer som är involverade i patientsäkerhetsarbetet.

Dokumentanalys: identifiering och analys av de undersökta ländernas styrdokument

I ett första steg söktes efter relevanta styrdokument (handlingsplaner eller strategier) för patientsäkerhet på högsta möjliga nivå, det vill säga regering eller departement. I de fall relevanta dokument på denna nivå inte kunde hittas, söktes efter styrdokument framtagna av statliga myndigheter eller fristående organisationer som bedömdes vara drivande i det nationella patientsäkerhetsarbetet i det aktuella landet.

Valet av vilket styrdokument som skulle vara föremål för analysen i respektive land, baserades på två kriterier. Dels skulle det valda dokumentet ha en tydlig koppling till nationellt patientsäkerhetsarbete och innehålla strategiska nyckelord som vision, mål och prioriteringsområden, dels skulle avsändaren vara den nationella aktör som anses vara den främsta pådrivaren av patientsäkerhetsarbetet i landet.

I de fall styrdokumentet fanns översatt till engelska, valdes denna version. I länder som inte hade en engelsk översättning analyserades dokumentet antingen på originalspråket (Danmark och Norge) eller översattes till svenska (Tyskland och Nederländerna). Analysen av Finlands styrdokument baserades på den svenskspråkiga versionen av dokumentet. Eftersom det fanns språkliga begränsningar i detta dokument togs stöd av en finsktalande resurs

för att förtydliga tolkningen med hjälp av den finska versionen av styrdokumentet.

Analysen av styrdokumentet genomfördes i syfte att få en bild av strategiernas struktur, innehåll, processer, resultat med mera. Analysramverket var utgångspunkten för analysen av styrdokumentet. Innehållet i respektive styrdokument delades upp efter ramverkets rubriker: kontext, struktur, innehåll, process och resultat. Syftet var att skapa förutsättningar för jämförelser mellan de olika ländernas styrdokument.

Dokumentanalys: översikt över de internationella organisationernas patientsäkerhetsarbete

För de internationella organisationerna (OECD, WHO, IHI) kunde inte jämförbara strategier eller handlingsplaner identifieras. Istället fokuserades skrivbordanalysen på att få en bild av organisationernas patientsäkerhetsarbete genom att studera deras webbplatser.

Dokumentanalys: översikt över det svenska patientsäkerhetsarbetet

Beskrivningen av den svenska patientsäkerhetskontexten och det pågående regionala patientsäkerhetsarbetet baserades på information i publika dokument. Syftet med översikten är att bidra till en övergripande förståelse för den svenska kontexten genom att lyfta några av de skeenden som anses ha haft störst betydelse.

I analysen av det regionala patientsäkerhetsarbetet undersöktes några regionala strategier och handlingsplaner. Dessa ger exempel på regioner som har tagit fram denna typ av styrdokument och valt att göra dokumenten tillgängliga på sina publika webbsidor.

En strukturerad översikt och systematisk analys av regionernas strategier och handlingsplaner har inte genomförts inom ramen för detta arbete. Vi har inte heller analyserat i vilken utsträckning som de regionala styrdokumentet kan kopplas till förändrade patientsäkerhetsutfall.

Intervjuer

Som komplement till dokumentanalysen genomfördes intervjuer med företrädare för länderna och organisationerna. Totalt genomfördes 15 intervjuer. Syftet med intervjuerna med företrädare för länderna var att få en fördjupad förståelse för bakgrunden till att det analyserade styrdokumentet togs fram, den rådande kontexten, samt vilket genomslag styrdokumentet har haft. Intervjuerna med företrädare för organisationerna syftade främst till att inhämta lärdomar användbara för att ta fram en nationell handlingsplan.

Urvalet av informanter gjordes för att få representation från de nationella aktörer som är avsändare av styrdokumentet. Intervjuerna genomfördes i första hand med personer som varit delaktiga i att ta fram styrdokumentet eller har en ledande roll i det nationella patientsäkerhetsarbetet. Se bilaga 1 för namn och funktion för informanterna.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes i syfte att fånga så många relevanta perspektiv som möjligt. Utgångspunkten var en intervjumall med frågor om kontext, struktur, innehåll, process och resultat för det analyserade styrdokumentet. Inför intervjun kompletterades mallen med frågor som var specifika för landet eller organisationen och styrdokumentet. Dessa specifika

frågor identifierades under den initiala dokumentanalysen. Informanterna fick även möjlighet att tala fritt kring det nationella patientsäkerhetsarbetet i stort och framföra insikter som de upplevde som relevanta. För organisationerna fokuserades intervjufrågorna främst på informanternas observationer och rekommendationer kring vilket innehåll och vilken process som är lämpliga att tillämpa när man utformar en handlingsplan för patientsäkerhet. Se bilaga 2 Intervjuguide.

Intervjuerna genomfördes via telefon och tog i genomsnitt en timme.

Kvantitativa analyser

Socialstyrelsen gjorde kompletterande kvantitativa analyser av vissa nyckelindikatorer för patientsäkerhet, för att dels bredda förståelsen för kontexten i de undersökta länderna, dels få en uppfattning om patientsäkerhetsutfallet inom respektive land och utveckling över tid.

OECD:s databas med patientsäkerhetsindikatorer användes som datakälla för den kvantitativa analysen. Data finns inte tillgängliga för alla länder i den internationella utblicken. Data är analyserade för Norge, Finland, Tyskland, Australien, Kanada och Sverige. Samtliga patientsäkerhetsindikatorer som finns tillgängliga för dessa länder i OECD:s databas studerades. Dessa sju indikatorer är:

- Kvarlämnad främmande kropp under operation¹
- Post-op sepsis efter bukkirurgi¹
- Post-op sårruptur¹
- Post-op djup ventrombos efter protesoperation av höft/knä¹
- Post-op lungemboli efter protesoperation av höft/knä¹
- Obstetriskt trauma vid vaginal förlossning utan instrument²
- Obstetriskt trauma vid vaginal förlossning med instrument²

Genomförande av workshop med intressenter och aktörer

En viktig del i Socialstyrelsens uppdrag med att utarbeta en handlingsplan för patientsäkerhet är att samråda brett med myndigheter, huvudmän och andra berörda aktörer. Mot bakgrund av detta anordnar myndigheten nationella träffar dit intressenter från ett stort antal aktörer och organisationer samt experter bjuds in.

Ett av dessa tillfällen (se bilaga 3) använde vi till att förmedla observationer från den internationella utblicken, samt hämta in deltagarnas perspektiv på vad dessa observationer betyder för det fortsatta arbetet med handlingsplanen. Mötet genomfördes i form av en workshop där deltagarna fick ta del av resultat från den internationella utblicken och därefter gruppvis diskutera vad som är viktigt när man utvecklar en svensk handlingsplan. Deltagarnas reflektioner inom de fem dimensionerna i analysramverket fångades upp – dels i gruppdiskussioner, dels skriftligt, se bilaga 3 (Samverkansmöte för redovisning av medverkande i workshoppen samt sammanställning av de kommentarer som förmedlades skriftligt av deltagarna).

¹ Antal per 100 000 utskrivningar. Med utskrivning avses utskrivning av patient från sjukhus.

² Antal per 100 vaginala förlossningar.

Analys av data från regionernas patientsäkerhetsberättelser

Beskrivningen av regionernas pågående patientsäkerhetsarbete utgår främst från innehållet i deras patientsäkerhetsberättelser (PSB). Dessa analyser baseras på data från en systematisk genomgång som Socialstyrelsen genomförde under våren 2018 inom ramen för en kartläggning och analys av utvecklingen på patientsäkerhetsområdet (2).

Syftet med kartläggningen var att beskriva status och utveckling över tid utifrån vårdgivarnas egna beskrivningar i sin PSB, samt identifiera utvecklingsmöjligheter inom patientsäkerhetsområdet. Analysen baserades på en strukturerad genomgång av regionernas PSB för åren 2014–2017, samt de senast tillgängliga PSB från 20 kommuner. Genomgången gjordes med avseende på vilka mål som har formulerats, hur patientsäkerhetsarbetets organisation har beskrivits samt vad vårdgivarna har uppgett att de arbetar med och hur detta arbete genomförts.

Medskick vid läsning av rapporten och redovisning av arbetets avgränsningar

Rapportens fokus har varit att identifiera lärdomar från andra länders och organisationers arbete med styrdokument för patientsäkerhet, såsom strategier och handlingsplaner. Sådana lärdomar kan vara användbara vid utvecklingen av en svensk handlingsplan för patientsäkerhet. En viktig slutsats från analysen är att samtliga undersökta dimensioner är beroende av sammanhanget och förutsättningarna för styrdokumentet. Det gör att lärdomar från ett land inte kan appliceras rakt av på ett annat land, som Sverige. Analyserna och slutsatserna i denna rapport har därför gjorts med detta i åtanke.

Den del av den internationella utblicken som syftar till att ge en övergripande bild av styrdokumentens sammanhang har haft ambitionen att lyfta de mest centrala delarna av sammanhanget. För en fullständig och heltäckande bild av allt patientsäkerhetsarbete i varje land skulle det krävas mycket omfattande analysresurser, vilket inte varit möjligt inom tidsramen för detta arbete.

För att underlätta en systematisk genomgång av och jämförelse mellan ländernas styrdokument har vi använt ett analysramverk, se beskrivningen tidigare i kapitlet. Vid tolkning av resultaten, tänk på att undersökningen har avgränsats till områdena i analysramverket.

De OECD-data som används vid analysen av de olika ländernas kvalitetsutfall har vissa begränsningar, enligt företrädaren för OECD. Bland annat finns osäkerhetsfaktorer kring definitioner och metoder för registrering och rapportering av data i de olika länderna. Tolka därför utfallen med försiktighet, och undvik jämförelser mellan länder.

Vid tolkningen av resultaten av analysen av PSB, ta hänsyn till att PSB inte är ett strategidokument eller en handlingsplan. Flertalet regioner har regionala strategier och handlingsplaner (till vilka PSB i vissa fall hänvisar); denna rapport inkluderar en analys av ett begränsat antal regionala styrdokument.

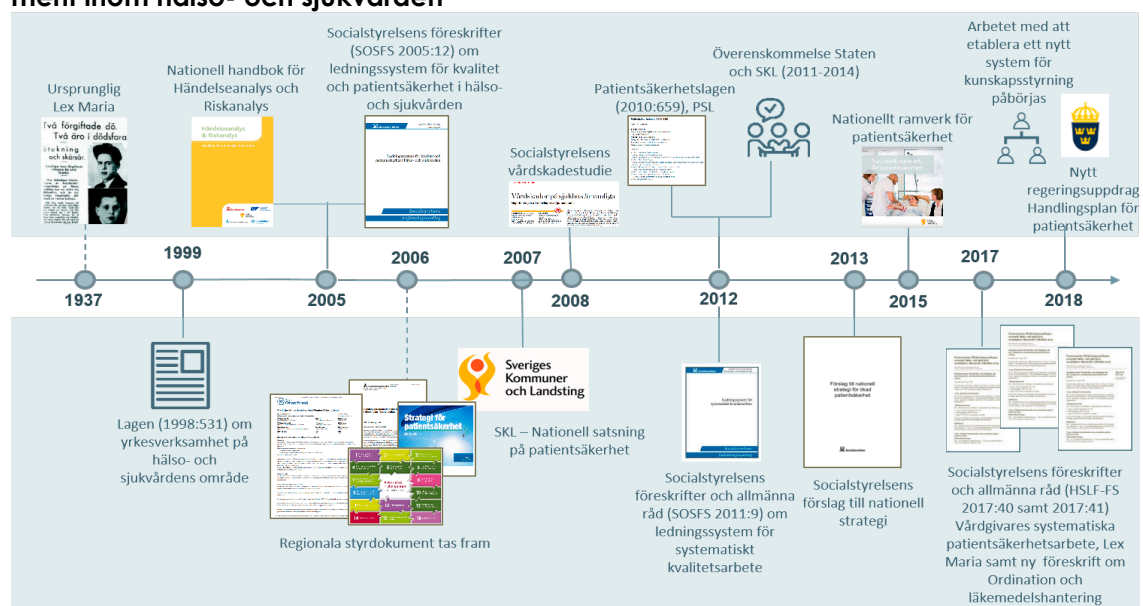
Styrningen av patientsäkerheten i Sverige – en utgångspunkt för arbetet med nationell handlingsplan

I kapitlet som följer beskrivs sammanhanget och förutsättningarna för det svenska patientsäkerhetsarbetet. Inledningsvis ges en historisk överblick och därefter några nedslag i det patientsäkerhetsarbete som pågår på regional nivå. Det huvudsakliga syftet med översikten är att bidra till förståelsen av vilka lärdomar från den internationella utblicken som kan vara relevanta ur ett svenskt perspektiv.

Ett nationellt patientsäkerhetsarbete har bedrivits under lång tid i Sverige

För att kunna dra relevanta lärdomar från den internationella utblicken, så behöver observationerna sättas i relation till ett svenskt sammanhang. I Figur 3 ges en historisk överblick över det svenska patientsäkerhetsarbetet. Här illustreras ett antal exempel på nationella styrdokument som har haft betydelse för utvecklingen och framväxten av patientsäkerhetsarbetet i landet. Nedan följer en beskrivning av ett urval av händelser och aktiviteter i det omfattande nationella patientsäkerhetsarbetet som har pågått och pågår. Se även bilagan Landfakta Sverige för översiktliga landfakta för Sverige samt svenska utfall i OECD:s patientsäkerhetsindikatorer.

Figur 3. Överblick över det svenska patientsäkerhetsarbetet med fokus på styrdokument inom hälso- och sjukvården



Sverige var tidigt ute att uppmärksamma brister inom patientsäkerhet

För drygt 80 år sedan, i januari 1937, skapades lex Maria. Det kan sägas vara startpunkten för det patientsäkerhetsarbete som styrs och stöttas från nationellt håll i Sverige. Det skedde i och med att kungörelsen om anmälningsskyldighet till Medicinalstyrelsen och polismyndigheten trädde i kraft. Kungörelsen innebar krav på rapportering om någon vid behandling på en sjukvårdsinrättning hade tillfogats skada eller sjukdom av allvarlig beskaffenhet. Orsaken var de händelser som inträffade på Maria sjukhus i Stockholm, och som bidrog till att fyra personer avled till följd av en förväxling mellan bedövningsmedel och desinfektionsmedel.

Kungörelsen från 1937 ligger till grund för dagens anmälningsskyldighet till IVO enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Den innebär att vårdgivare är skyldiga att till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt 3 kap. 5 § PSL, kallad lex Maria.

Lex Maria är en viktig milstolpe i det svenska patientsäkerhetsarbetet och gör Sverige unikt ur ett internationellt perspektiv i och med att denna lag kom så tidigt.

Patientsäkerhetslagen tydliggör vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter kring patientsäkerhet

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) från år 1999 var förlagan till dagens patientsäkerhetslag (2010:659), PSL. PSL markerade en övergång från ett synsätt på patientsäkerhet med individperspektiv till ett systemperspektiv (6). Med detta avses att orsaker till oönskade vårdhändelser söks i och förklaras av brister i systemet snarare än i enskilda individers handlingar och att det viktigaste vid en inträffad vårdskada är att undersöka vad som kan göras för att det inträffade inte ska hända på nytt.

PSL syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Lagen innehåller bland annat bestämmelser kring vårdgivares skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Hälso- och sjukvårdspersonalen har ansvar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, och att tillhandahålla en vård som är sakkunnig och omsorgsfull och som utformas och genomförs i samråd med patienten. Hälso- och sjukvårdspersonalen har också ett ansvar att bidra till en hög patientsäkerhet.

Ersättning av LYHS med PSL föreslogs i den statliga patientsäkerhetsutredningens betänkande *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (7). I betänkandet föreslogs även att det dåvarande hälso- och sjukvårdsrättsliga disciplinansvaret ersätts med att staten får andra möjligheter vad gäller åtgärder mot legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis genom provotid och att ställa krav på kompetensutveckling. Utredningen konstaterade även att det dåvarande systemet inte var optimalt i och med att patienter

i samband med en anmälan till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd behövde precisera vem eller vilka personer de ansåg bära ansvaret för det inträffade. I syfte att stärka patientens ställning föreslogs därför att patienter bara ska behöva anmäla den inträffade händelsen, vilken sedan ska utredas av det allmänna ur ett bredare och mer förutsättningslöst perspektiv. Regeringen gick vidare med förslagen (prop. 2009/10:2010 Patientsäkerhet och tillsyn).

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stödja patientsäkerhetsarbetet

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården infördes år 2005 (8), och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS³ år 2006 (9). Dessa ersattes år 2012 av en gemensam föreskrift (10). I och med denna samlas föreskrifter som berör systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete, oavsett vilken vård- eller omsorgsverksamhet som är ansvarig.

Som en del i Socialstyrelsens uppdrag att ge ett samlat stöd för hälso- och sjukvården inom patientsäkerhetsområdet, har webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet* tagits fram (11). Webbplatsen är ett samarbete mellan 12 myndigheter och organisationer och riktar sig till chefer och ledare samt medarbetare brett i hälso- och sjukvården. Syftet är att webbplatsen ska utgöra ett stöd i patientsäkerhetsarbetet och därigenom bidra till att vårdskadorna minskar. Här finns bland mycket annat allmän information om vad patientsäkerhet är, om roller och ansvar, aktuella mätningar och hur patientsäkerhetsarbetet kan bedrivas, vilka faktorer som är viktiga för en hög patientsäkerhet samt vilket ansvar vården har när en vårdskada inträffat. På webbplatsen finns också länkar till centrala lagar och föreskrifter med bäring på patientsäkerhet. Föreskrifterna sätts här även i sitt sammanhang, dels genom en förklarande text, dels genom att de länkas ihop med information och metodstöd (där sådant finns) på bland annat Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) och Socialstyrelsens webbplatser.

I samband med införandet av 2005 års föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet lyftes samlingsbegreppet *god vård* (12). Begreppet omfattar sex områden som är viktiga förutsättningar för att en god vård ska uppnås: att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges i rimlig tid. Socialstyrelsen har även i sitt arbete utvecklat nationella indikatorer för uppföljning av en god vård och kvalitet inom hälso- och sjukvården (13).

Föreskrifter är en del av Socialstyrelsens författningsansvar inom patientsäkerhetsområdet och således ett av myndighetens styrverktyg inom området. Som kunskapsmyndighet använder Socialstyrelsen även kunskapsstyrning som styrmedel, exempelvis genom Rådet för styrning med kunskap, tillhållande av kunskapsstöd, bland annat via webbplatsen som också länkar

³ SoL = socialtjänstlagen; LVU = lag med särskilda bestämmelser om vård av unga; LVM = lag om vård av missbrukare i vissa fall; LSS = lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

till andra aktörer inom patientsäkerhetsområdet och genom utveckling av indikatorer för uppföljning.

Patientsäkerhetsöverenskommelsen gav ett ökat fokus på patientsäkerhet inom landstingen

För att stimulera arbetet för ökad patientsäkerhet slöts för åren 2011–2014 en överenskommelse mellan staten och dåvarande SKL om förbättrad patientsäkerhet (14). Utgångspunkten för satsningen var en nollvision när det gäller vårdskador, och målet var att minska antalet vårdskador. Vidare uttalades en strävan efter en vård som präglas av en god patientsäkerhetskultur och kännetecknas av patienters delaktighet och medverkan, och ett förebyggande patientsäkerhetsarbete.

Överenskommelsen syftade till att intensifiera patientsäkerhetsarbetet och stärka ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet, och som styrmedel användes en prestationsbaserad ersättning. Varje år som satsningen pågick fanns ett antal grundkrav, varav upprättande av patientsäkerhetsberättelse och anslutning och användning av nationell patientöversikt krävdes alla fyra år. Andra grundkrav var deltagande i nationella patientenkäter, patientsäkerhetskulturmätning, arbete med strukturerad journalgranskning samt samverkan mot antibiotikaresistens. Kopplat till dessa grundkrav fanns sex indikatorer, vilka var knutna till en ekonomisk ersättning för landstingen.

Socialstyrelsen fick i samband med överenskommelsen regeringens uppdrag att följa och analysera utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet och har årligen publicerat lägesrapporter inom patientsäkerhetsområdet. Uppföljningen innefattar idag också utvecklingen av kommunernas patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen har också tagit fram rapporten *Öppna jämförelser – Säker vård*, som hade en annan inriktning än de årliga lägesrapporterna. Rapporteringen syftade bland annat till en perspektivförskjutning från redovisning av skadeförekomst till redovisning av hur säker vården är genom att även fokusera på processer som förebygger vårdskador, det vill säga strukturella förhållanden som kan påverka förekomsten av vårdskador samt förhållanden som till en betydande del påverkar hur säker vården är.

I uppföljningar har konstaterats att satsningen har bidragit till både ett ökat fokus på patientsäkerhet inom landstingen och en högre kunskapsnivå kring hur systematiskt patientsäkerhetsarbete kan bedrivas (15), (16), (2). Exempelvis har användningen av metoder och verktyg som syftar till att förbättra patientsäkerheten spridit sig under de år som satsningen pågått. Den prestationsbaserade ersättningsmodellen satte även fokus på mätning av patientsäkerhet, vilket har inneburit utvecklade möjligheter till mätning och uppföljning av indikatorer för patientsäkerhet på både lokal och nationell nivå. Samtidigt menar flera vårdgivare att det tydliga fokus som har varit på mätningar har medfört att analys och resonemang kring resultaten fått mindre utrymme. Vidare lyfts att satsningens tydliga fokus på vissa mätområden har bidragit till att begränsa synen på vad som ingår i patientsäkerhetsarbete.

Ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet togs fram redan år 2012

År 2012 tog Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, fram ett strategiunderlag inom patientsäkerhetsområdet (17). Bakgrunden var ett behov av att skapa en långsiktighet i patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå. Vidare ansåg regeringen att det behövdes en tydlig organisation, som säkerställer både att arbetet hålls ihop och att önskade resultat uppnås.

Arbetet byggde på litteraturstudier av relevanta dokument och vetenskapliga publikationer. Under arbetets gång inhämtades även kunskap och erfarenheter från ett stort antal berörda myndigheter, aktörer och experter inom patientsäkerhet. Under den period som strategin togs fram gällde patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan regeringen och dåvarande SKL.

När strategidokumentet var utarbetat fattade regeringen emellertid aldrig något beslut utifrån myndighetens förslag. Erfarenheten från processen med att ta fram strategin har samtidigt gett viktiga lärdomar – lärdomar som är centrala att beakta inom ramen för det nuvarande uppdraget. Exempelvis har man från Socialstyrelsens sida noterat vikten av kontinuerligt samråd och samverkan med berörda aktörer och instanser.

Ett ramverk för patientsäkerhet togs fram i syfte att ge en helhetsbild och struktur

SKR har tillsammans med regionerna och kommunerna tagit fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete (18). Tanken med ramverket är att visa på en helhet och ett sammanhang för patientsäkerhetsarbetet, tydliggöra vad som behöver göras på olika nivåer för att öka patientsäkerheten samt fungera som stöd vid prioriteringar.

Ramverket centreras kring en nollvision för vårdskador och innehåller tre perspektiv: att hälso- och sjukvården är *patientfokuserad*, att den är *kunskapsbaserad* och att den är *organiserad på ett sätt som skapar förutsättningar för en säker vård*. För respektive perspektiv beskrivs vad detta betyder för (i) patient och närstående, för (ii) hälso- och sjukvårdspersonalen, för (iii) den verksamhetsnära ledningen på olika nivåer, och för (iv) den högsta ledningen.

Utgångspunkten för ramverket är patientens fokus och att det ska vara relevant för alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Alla nivåer behöver ha förståelse för sin roll och sitt ansvar, och arbetet med patientsäkerhet behöver bli en del i övrigt uppföljnings- och utvecklingsarbete, se Figur 4.

Figur 4. Nationellt ramverk för patientsäkerhet, SKR



Vid utveckling av ramverket togs bland annat inspiration från andra länders patientsäkerhetsramverk, till exempel Australien, Kanada, England och Skottland.

Rådet för styrning med kunskap

Socialstyrelsen är en så kallad kunskapsmyndighet. Den statliga styrningen med kunskap i hälso- och sjukvården är reglerad i förordning (2015:155).

Rådet för styrning med kunskap bildades 2015 och där ingår förutom Socialstyrelsen ytterligare åtta myndigheter. Varje myndighet representeras av sin generaldirektör, och ordförande i rådet är Socialstyrelsens generaldirektör. Parallellt med rådet träffas Huvudmannagruppen, vars ledamöter representerar kommuner och regioner. Gruppen informerar rådet om områden där huvudmännen har behov av kunskap och hur den behöver utformas och kommuniceras.

Rådet verkar för att styrningen med kunskap blir ett stöd för huvudmännen och professionen, och att den är samordnad, effektiv och anpassad till deras behov. Rådet ska också verka för att ta med patienters och brukares synpunkter och erfarenheter och att kommunikationen till användarna är samordnad. Vidare ska rådet samverka med myndigheter som inte ingår där och med andra offentliga och privata aktörer. Rådet ska även vara ett forum för frågor om kunskapsutveckling, forskning och innovationer.

Rådet identifierar kontinuerligt områden kring vilka myndigheterna behöver samverka för eventuellt kommande insatser. I nuläget pågår samverkan inom ett antal områden. Exempel är att utveckla patient- och brukardelaktighet, samverka på området välfärdsteknologi, utveckla samordning av systematiska översikter och vetenskapliga underlag samt snabbare initiera forskning kring kunskapsluckor och digitalt stöd för samordnad kunskapsstyrning.

Etablering av ett nytt system för kunskapsstyrning i regionerna

Under 2018 etablerade regionerna med stöd av SKR ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Syftet är att hitta en sammanhållen struktur som bland annat ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården. Målet med kunskapsstyrning brukar formuleras som att ”bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte” (19). En del av kunskapsstyrningen är utveckling av kunskapsstöd, en annan är stöd för uppföljning och en tredje stöd till utveckling och ledarskap. Kunskapsstöd styr och stödjer beslut på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsområden – allt ifrån politiska beslut till beslut som tas av vårdpersonal i mötet med patienten. En utvecklad kunskapsstyrning är ett medel för att uppnå god vård och omsorg.

Patientsäkerhet är en viktig del i kunskapsstyrningsarbetet. I och med utvecklingen av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, har en nationell samverkansgrupp (NSG) inom patientsäkerhet tillsatts med representation från de sex sjukvårdsregionerna. Samverkansgruppens huvudsakliga uppdrag är att leda och samordna regionernas gemensamma arbete inom området och den del av arbetet som är inriktat mot patientsäkerhet inom de nationella diagnosinriktade programområdena. I detta uppdrag ligger bland annat att stödja ledning och styrning samt genomförande av åtgärder inom patientsäkerhetsområdet.

Synen på patientsäkerhet – att minimera vårdskador

I PSL ges definitioner av patientsäkerhet och vårdskada (6). Med patientsäkerhet avses enligt denna definition ”skydd mot vårdskada”, och med vårdskada avses ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”.

Det svenska patientsäkerhetsarbetet har haft ett fokus på att minimera risken för vårdskador och inte på att förbättra vårdens kvalitet överlag, det vill säga utifrån god vård. Detta syns bland annat i aktiviteterna som genomfördes inom ramen för patientsäkerhetssatsningen.

I den workshop som genomfördes med berörda aktörer ombads deltagarna att reflektera kring definitionen av patientsäkerhet. Genomgående betonade de att definitionen av patientsäkerhet bör vara bredare än hur begreppet används idag. Ett större fokus på framgångsområden efterfrågas, och ett flertal av deltagarna menade att arbetet i högre utsträckning bör utgå ifrån en analys av vad av det som vi gör idag som leder till positiva utfall för patienterna.

Ett omfattande regionalt patientsäkerhetsarbete pågår

En ändamålsenlig nationell styrning är en viktig del i det strategiska patientsäkerhetsarbetet. För att uppnå en hög patientsäkerhet krävs dock ett systematiskt och strategiskt patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

Flera regioner pekar ut riktningen för sitt patientsäkerhetsarbete i regionala strategier och handlingsplaner. Det är upp till varje vårdgivare att bestämma hur de vill organisera och styra sitt patientsäkerhetsarbete, och även om lagstiftning och föreskrifter reglerar systematik och arbetssätt finns det inga specifika krav på att regionala eller lokala handlingsplaner ska tas fram. Upprättandet av en årlig patientsäkerhetsberättelse (PSB) som beskriver patientsäkerhetsarbetet under det gångna året, är dock en lagstadgad skyldighet för alla vårdgivare. PSB ska beskriva hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts (3 kap. 10 § PSL).

I flera regioner utgår patientsäkerhetsarbetet från en strategi eller handlingsplan

Nedan ges tre exempel på regionala handlingsplaner för patientsäkerhet – från Jönköping, Östergötland och Västra Götaland.

Ramverket "Säker vård – alla gånger" utgör basen i Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete

I Region Jönköpings län har ett gemensamt koncept för riktlinjer och uppföljning av arbete inom patientsäkerhetsområdet tagits fram (20). Konceptet kallas för *Säker vård – alla gånger* och består av 16 prioriterade områden. Vart och ett av dessa områden innehåller ett åtgärds paket som beskriver hur medarbetare på olika nivåer behöver arbeta för att vården ska bli patientsäker.

Ett ramverk har tagits fram i vilket de 16 områdena illustreras som pusselbitar (se Figur 5). Regionen har även en webbsida som samlar information om hur arbetet med de olika områdena bör bedrivas och hur regionens utvecklingsarbete med patientsäkerhet kopplar till pusslets olika områden.

Figur 5. Säker vård – alla gånger, Region Jönköpings län



I Region Östergötland finns en strategi och handlingsplan framtagen i syfte att uppnå nollvisionen för vårdskador. På Region Östergötlands webbplats beskrivs att regionen i sitt patientsäkerhetsarbete har antagit en nollvision för undvikbara skador (21) och en strategi har upprättats där vision, mål och strategier beskrivs (se Figur 6). I strategin definieras insatsområden som delas upp på respektive organisationsnivå: region, sjukhus/centrum och klinik/vårdcentral.

Figur 6. Patientsäkerhetsstrategi, Region Östergötland



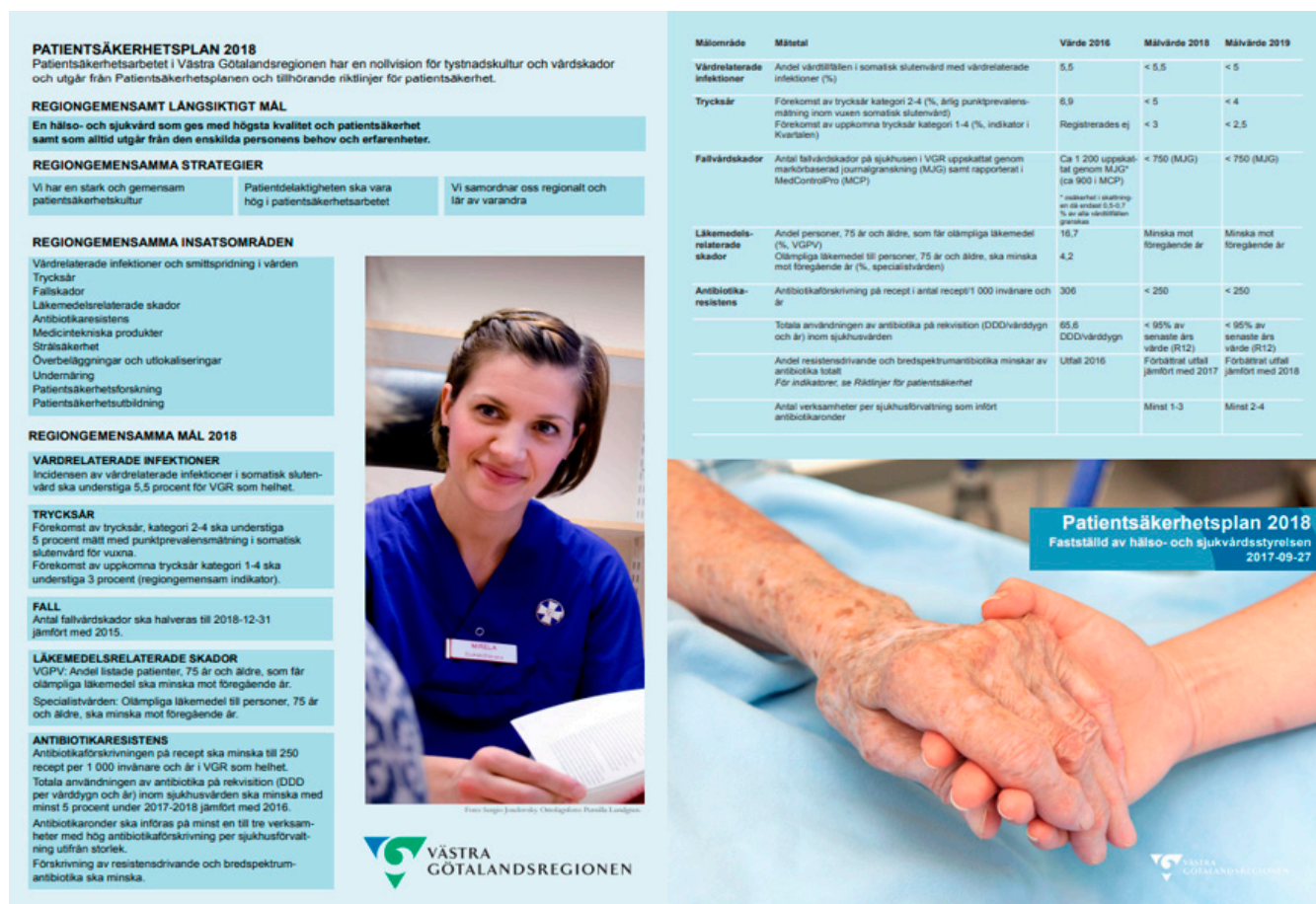
Som ett komplement till strategin har sex prioriterade patientsäkerhetsområden definierats: minska vårdrelaterade infektioner, säkra vårdprocesser, säker läkemedelshantering, säker omvårdnad, säker kommunikation och säker medicinsk teknik. För dessa sex områden finns framgångsfaktorer, nyckelindikatorer och en handlingsplan definierade.

Västra Götalandsregionen har en patientsäkerhetsplan som beskriver fokus för patientsäkerhetsarbetet

I Västra Götalandsregionen tas varje år fram en patientsäkerhetsplan som pekar ut prioriterade mål för förbättringsarbete inom patientsäkerhet (22). Patientsäkerhetsplanen innehåller det regiongemensamma långsiktiga målet och strategierna för patientsäkerhetsarbetet samt de mest prioriterade insats- och målområdena. Till varje målområde finns måttetal och ett önskat läge för det kommande året definierade (se Figur 7).

Regionens ”riktlinjer för patientsäkerhet” är ett mer omfattande dokument som bland annat beskriver arbete inom regionens alla insatsområden (23). Dokumentet beskriver ansvarsfördelning för aktiviteter inom varje insatsområde (koncernstaben, förvaltningarna, vårdgivarna) samt regionens mål och vilka indikatorer som kan användas för uppföljning.

Figur 7. Patientsäkerhetsplan, Västra Götalandsregionen



Patientsäkerhetsberättelserna ger en bild av vårdgivarnas pågående patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsberättelserna (PSB) innehåller en beskrivning av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete och ger därför en bild av det pågående arbetets fokus och innehåll.

Socialstyrelsen genomförde 2017 en studie av landstingens och kommunernas (i deras roll som vårdgivare) patientsäkerhetsberättelser (2). Nedan redogörs för några slutsatser baserade på innehållet i landstingens PSB från år 2017.

I PSB formuleras ofta mål och strategier på en övergripande nivå – även för de områden som berör konkreta utfall

I det inledande avsnittet av PSB beskriver vårdgivaren utvalda mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet för det år som berättelsen avser. Många av formuleringarna kring visioner, mål och strategier överlappar varandra. Det finns en viss otydlighet kring vad som är ett mål och vad som är en strategi och vilken koppling dessa har till varandra. Det finns även inslag av en viss begreppsförvirring; en formulering som benämns som ett mål i ett landstings PSB betecknas som strategi i ett annat landstings berättelse.

En ytterligare observation vid analys av vilken typ av mål som har formulerats i PSB är att de generellt är formulerade på en övergripande nivå, och endast cirka hälften av målen kan klassas som mätbara.

Sammanfattningsvis kan sägas att målen och strategierna, som de formulerats i PSB, inte ger optimalt stöd till landstingens patientsäkerhetsarbete. En mer tydlig distinktion mellan vad som är mål och vad som är strategier för att uppnå målet, skulle sannolikt bidra till en ökad tydlighet kring riktningen för arbetet. En ökad användning av mätbara mål skulle potentiellt även göra målen lättare att följa upp och därmed öka kunskapen och underlätta prioriteringar.

De områden som nämns som mål för nästkommande år är andra än de som nämns som mål för det gångna året

I Tabell 1 redovisas inom vilka tematiska områden som landstingen har formulerat mål eller strategier för det år som PSB avser, respektive inom vilka områden de har formulerat mål för det nästkommande året. Mål och strategier för det nästkommande året beskrivs i ett avslutande avsnitt i PSB, och de flesta vårdgivarna beskriver hur de ser på det kommande patientsäkerhetsarbetet utifrån aktuella resultat och utmaningar.

Tabell 1. Antal landsting som i 2017 års PSB formulerat mål och strategier inom respektive område*

Patientsäkerhetsområde	Antal landsting som beskriver mål	Antal landsting som beskriver PS-arbete
Utfallsområden		
Diagnostik	1	1
Infektioner	16	7
Läkemedel	11	7
Omvårdnad	11	9
Vårdområden och specialiteter	4	4
Framgångsområden		
Informationssäkerhet	0	2
Kommunikation och samverkan med patienter	10	10
Kommunikation och samverkan mellan vårdpersonal och enheter	6	9
Patientsäkerhetskultur	11	7
Proaktivt patientsäkerhetsarbete	4	2
Riskområden		
Tillgänglighet	13	5
Kompetensförsörjning och arbetsmiljö	0	7

* Samtliga landsting (21 st) hade mål och strategier formulerade för det gångna året, och 19 landsting hade mål och strategier formulerade för nästkommande år.

Källa: Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?, Socialstyrelsen; 2018.

Mål- och strategiformuleringar förekommer inom såväl utfallsområden som generella framgångsområden och riskområden. När det gäller mål för det år som PSB avser, har flest landsting målformuleringar inom utfallsområden. Vanligast är det med mål som handlar om vårdrelaterade infektioner. I mål och strategier för nästkommande år nämns utfallsområdena generellt i lägre utsträckning. Området tillgänglighet (t.ex. vårdplatser) berörs också mer sällan för nästkommande år, medan kompetensförsörjning och arbetsmiljö nämns oftare. Inget landsting tar dock upp detta som en del av sina mål och strategier för det aktuella året, samtidigt som en tredjedel nämner det som något som de ser som prioriterat inför nästa år.

Avseende skillnaden i innehåll i formulerade mål och strategier mellan nuvarande och nästkommande år tillåter analysen inga slutsatser om ett verkligt skifte i landstingens fokus i patientsäkerhetsarbetet. En tänkbar förklaring till skillnaderna kan istället vara att landstingen väljer att nämna andra områden när det ges utrymme för ett friare resonemang kring utmaningar och fokus. Målen och strategierna för det år som PSB avser skrivs ner i efterhand. På så vis kan mål och strategier i högre utsträckning förväntas bli kopplade till utfall eller resultat som är ”enklare” i bemärkelsen att de går att mäta och följa upp.

Val av mål och strategier motiveras i PSB sällan utifrån en problembeskrivning eller uppnådda resultat

I PSB framgår det i begränsad utsträckning varför landstingen väljer att formulera mål och strategier inom de områden som de gör eller varför de väljer att fokusera sitt patientsäkerhetsarbete på ett visst sätt. I endast en PSB utgår

målen för det nuvarande året från en problembeskrivning. För övriga mål och strategier finns således inget angivet skäl till varför målet har formulerats på ett visst område.

Vid analys av det inledande mål- och strategiavsnittet för de fyra senaste årens PSB noterar Socialstyrelsen att det görs få ändringar mellan åren gällande vilka områden som omnämns som övergripande mål och strategier. I ett fall återkom till och med exakt samma text två år i rad. Även detta tyder på att valen av de mål som beskrivs i PSB inte gjorts med utgångspunkt i en aktuell behovsanalys.

I beskrivningen av mål och strategier för nästkommande år är det något vanligare att målen motiverades utifrån beskrivna utmaningar och uppmätta resultat. Av de 19 landsting som beskrev mål för kommande år är det bara 4 som beskriver kopplingen mellan de resultat som uppnåtts under det rapporterade året och de mål som sätts för nästkommande år.

Att formulerade mål och strategier i så låg utsträckning motiveras utifrån en problembeskrivning behöver inte betyda att behovsanalys inte har gjorts eller att målformuleringarna inte bottnar i aktuella utmaningar. Slutsatsen kan dock dras att PSB inte upprättas med utgångspunkten att tydliggöra en koppling mellan aktuella behov och mål respektive strategier.

Inom de utfallsområden där det finns tillgängliga mätetal beskrivs oftare ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i PSB

En central del av Socialstyrelsens analys av PSB var utvärderingen av i vilken mån som "systematiskt patientsäkerhetsarbete" beskrevs för respektive patientsäkerhetsområde. Med systematiskt patientsäkerhetsarbete avsåg vi i denna analys i vilken utsträckning som landstingen redovisat en struktur för behovsanalys, om uppmätta resultat analyserats och reflekterats kring, om de åtgärder som genomförts knyter an till dessa analyser, samt om genomförda åtgärder följts upp.

En generell slutsats från analysen är att landstingens arbete med patientsäkerhet – så som det beskrivs i PSB – sällan följer den systematik som beskrivs ovan. Få landsting beskriver alla delarna i arbetet, och koppling mellan de olika delarna görs också sällan. Ett mönster kan ses av att det i PSB ofta finns beskrivningar av hur landstingen identifierar och följer resultat, men att analys och resonemang kring resultaten samt beskrivningar av åtgärder som bygger på lärande från resultaten är mindre vanligt.

För några variabler är det relativt vanligt att landstingen redogör för alla steg i det systematiska patientsäkerhetsarbetet: arbete med *vårdrelaterade infektioner* (38 procent av landstingens PSB), arbete med *trycksår* (33 procent), och arbete med *antibiotikaförskrivning* (29 procent). Gemensamt för de variabler eller områden där alla steg beskrivs är att det är utfallsområden och att det finns både mätetal och metoder för uppföljning av dessa. De är samtliga även "väletablerade" som utfallsområden på patientsäkerhetsområdet och det finns en vana vid att arbeta med dem.

Ovanstående visar på vikten av att utveckla mätetal och metoder för uppföljning och analys för alla områden som anses vara relevanta ur patientsäkerhetssynpunkt, inklusive framgångs- och riskområden. En ambition kan vara att öka kunskapen och erfarenheten av patientsäkerhetsarbete inom de

tematiska områden där det inte finns en lika etablerad tradition av arbete med patientsäkerhet.

Det finns ingen tydlig koppling i PSB mellan formulerade mål och strategier och vilket arbete som genomförts

En övergripande slutsats är att det sällan finns en tydlig koppling mellan formulerade mål och strategier och de aktiviteter som sedan beskrivs i PSB.

Det finns flera exempel på att det tematiska området som har nämnts i mål och strategier saknar insatser som sedan omnämns i PSB. Ett exempel är *Vårdområden och specialiteter*: av de fyra landsting som har med det i avsnittet mål och strategier i sin PSB, nämner endast ett någon form av arbete inom området.

Tabell 2 illustrerar i vilken utsträckning PSB innehåller en analys respektive föreslagna åtgärder i de fall ett tematiskt område omnämns i det inledande mål- och strategiavsnittet. Bland annat kan konstateras att av de landsting som nämner infektioner som ett av sina mål och strategier (16 stycken), beskriver de allra flesta (14 stycken) någon form av analys. Samtliga 16 landsting beskriver åtgärder inom området. För området läkemedel beskriver 3 av 11 landsting någon analys, medan drygt hälften beskriver någon åtgärd. För omvårdnadsområdet är det något mer vanligt att beskriva analys (8 av 11 landsting gör detta). Omvårdnad är även det område, efter infektioner, som det är vanligast att landstingen beskriver åtgärder inom.

Förklaringar till resultaten kan sannolikt delvis hämtas ur resonemanget i förra avsnittet. De områden där landstingen är vana att genomföra insatser och redovisa resultat inom återkommer i högre utsträckning i analys och vid val av vilka åtgärder som ska genomföras. För samtliga områden kan Socialstyrelsen dock konstatera att det generellt saknas en tydlig koppling mellan vilka tematiska områden som landstingen valt ut i mål och strategier och vilka områden som de valt att beskriva ett resonemang eller analys och insatta åtgärder för.

En ytterligare observation gäller området patientsäkerhetskultur. Av de 11 landsting som har nämnt området i mål- och strategiavsnittet, inkluderar 10 stycken en analys av resultaten. En tänkbar förklaring till denna höga andel är att reflektion och dialog är en naturlig komponent i arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen, vilket avspeglas även vid upprättandet av PSB. Detta är även ett område där det finns möjlighet att få resultatunderlag för diskussion (i och med de patientsäkerhetskulturmätningar som genomförs). Arbetet inom området patientsäkerhetskultur kan i detta avseende sannolikt bidra med lärdomar till arbetet med andra områden, både utfalls-, framgångs- och riskområden.

Tabell 2. Antal landsting som beskriver arbete inom respektive område

Patientsäkerhetsområde	Antal landsting som beskriver mål	Andel som beskriver analys	Andel som beskriver åtgärd
Uffallsområden			
Diagnostik	1	0 %	0 %
Infektioner	16	14 (88 %)	16 (100 %)
Läkemedel	11	3 (27 %)	6 (55 %)
Omvårdnad	11	8 (72 %)	9 (82 %)
Vårdområden och specialiteter	4	*	*
Framgångsområden			
Informationssäkerhet	0	-	-
Kommunikation och samverkan med patienter	10	2 (20 %)	5 (50 %)
Kommunikation och samverkan mellan vårdpersonal och enheter	6	1 (17 %)	4 (67 %)
Patientsäkerhetskultur	11	10 (91 %)	7 (64 %)
Proaktivt patientsäkerhetsarbete	4	*	*
Riskområden			
Tillgänglighet	13	4 (31 %)	4 (31 %)
Kompetensförsörjning och arbetsmiljö	0	-	-

*Data saknas (analys av genomförd analys och åtgärder ej genomförd).

Källa: Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?, Socialstyrelsen; 2018.

PSB refererar i viss utsträckning till landstingens strategier och handlingsplaner

Socialstyrelsen har övergripande analyserat i vilken utsträckning som landstingen refererar till sina regionala strategier eller handlingsplaner i 2017 års PSB, för de tre landsting som togs upp som exempel i avsnittet om landstingens regionala strategier och handlingsplaner.

I Region Jönköpings läns PSB beskrivs hur *Säker vård – alla gånger* kopplar till regionens strategiska angreppssätt, och det ges även flera exempel på arbete som regionen har bedrivit inom några av de olika områdena. Det framgår dock inte tydligt hur regionen har prioriterat mellan de olika områdena och insatserna i ramverket.

I Region Östergötlands PSB nämns patientsäkerhetsstrategin i avsnittet för de övergripande målen för strategin. Däremot nämns inte handlingsplanerna och det beskrivs inte hur regionens patientsäkerhetsarbete kopplar till strategin.

I Västra Götalandsregionens PSB för år 2017 refereras till patientsäkerhetsplanen när de övergripande målen och strategierna och patientsäkerhetsarbete beskrivs. Det finns även en sammanfattning av i vilken utsträckning som patientsäkerhetsplanens mål har uppfyllts under det gångna året.

Sammanfattningsvis kan sägas att alla tre landsting tar upp strategin som en del i patientsäkerhetsarbetet, men att de skiljer sig åt i vilken utsträckning de redogör för hur strategin eller handlingsplanen levandegörs i det konkreta arbetet.

Resultatet från den internationella utblicken

I detta kapitel redovisas en summering av resultaten från den internationella utblicken, med fokus på lärdomar från arbetet med styrdokument. Strukturen för kapitlet följer analysramverkets struktur, och slutsatserna sorteras enligt det område som de berör: kontext, struktur, innehåll, process och resultat. För redovisning av respektive land och organisation, se separata sammanställningar.

Styrdokumentens kontext

Kontexten är viktig för att förstå patientsäkerhetsarbetet

I intervjuerna med företrädarna för de flesta länder och organisationer blir det tydligt att den rådande kontexten spelar en stor roll för patientsäkerhetsarbetets uppbyggnad, utformning och genomslag. Nedan följer några exempel på det.

Det nederländska försäkringsbaserade sjukvårdssystemet utmärker sig jämfört med andra undersökta länder, eftersom det präglas av ett stort antal olika fristående aktörer (sjukhus, vårdgivare, försäkringsbolag etcetera), vilket skapar en komplex styrkedja med en horisontell styrning. Detta ställer krav på hur ett nationellt patientsäkerhetsarbete kan bedrivas. Det anses till exempel inte vara möjligt att styra patientsäkerhetsarbetet ”uppifrån och ner”, utan istället har man valt en mer stöttande och motiverande (indirekt styrande) ansats, där arbetet utgår från de berörda sjukvårdsorganisationerna. Detta är en anledning till att det nationella patientsäkerhetsarbetet i Nederländerna fokuserar på att *stödja* vårdgivarorganisationer till att genomföra förbättringar snarare än att *styra* exakt vad de ska göra.

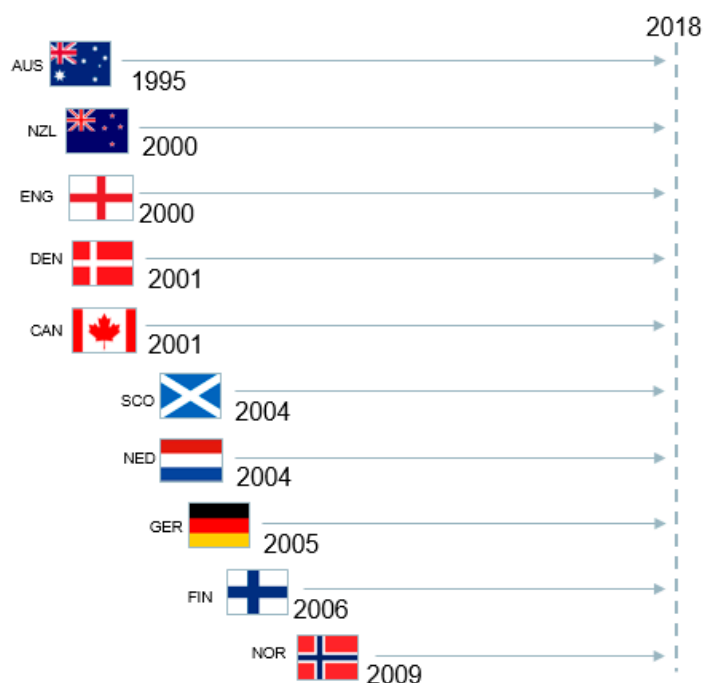
I Danmark var patientsäkerhet tidigare en viktig politisk fråga, och i och med detta blev patientsäkerhet ett område som man satsade mycket på. Under de senaste åren har patientsäkerhet fått lägre prioritet på den politiska dagordningen trots att viktiga utmaningar kvarstår. Den varierande uppmärksamheten från politiskt håll ses som en viktig anledning till att en fristående organisation behövs för att skapa kontinuitet och driva på det nationella patientsäkerhetsarbetet.

I Finland pågår för närvarande ett omfattande reformarbete som bland annat innefattar regionalisering av hälso- och sjukvårdssystemet. Omstrukturen påverkar patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom att roll- och ansvarsfördelningen mellan de olika nationella aktörerna är något oklar. Detta har resulterat i att patientsäkerhetsarbetet har bromsats upp.

Patientsäkerhetsarbetet i de undersökta länderna har varit aktivt under de senaste två decennierna

I de flesta länder påbörjades ett samlat patientsäkerhetsarbete under början på 2000-talet, se Figur 8. Detta är troligen ett resultat av att patientsäkerhet då började ses som ett angeläget utvecklingsområde inom hälso- och sjukvården. Publiceringen av boken *To Err is Human: Building a Safer Health System* (24) från den amerikanska organisationen Institute of Medicine lyfts av flertalet informanter som en starkt bidragande orsak till att patientsäkerhet hamnade i fokus och att många länder uppmärksammades på vikten av att arbeta fokuserat och systematiskt med patientsäkerhetsfrågor.

Figur 8. Översikt över hur länge de olika ländernas patientsäkerhetsarbete har pågått



I både Australien och Kanada blev uppmärksamheten runt patientfall där vårdavvikelse lett till skador eller till och med dödsfall startskottet för det nationella patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården. I Australien tillsattes en kommission för att leda patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet i sjukvården, medan det i Kanada skapades en nationell styrgrupp för att undersöka vad som behövde göras. Den kanadensiska styrgruppens arbete resulterade bland annat i bildandet av den fristående organisation som än idag driver det nationella patientsäkerhetsarbetet.

I Skottland påbörjades det nationella patientsäkerhetsarbetet som en följd av ett initiativ från den ideella brittiska organisationen The Health Foundation. Inom ramen för detta initiativ, som lanserades år 2004, genomfördes en rad olika förbättringsaktiviteter inom patientsäkerhetsområdet på olika sjukhus runt hela landet. Insatserna visade på goda resultat och intresset för pati-

entsäkerhet växte successivt. Initiativet blev grunden till det skotska patientsäkerhetsprogrammet Scottish Patient Safety Program, som fortfarande är aktivt.

Det varierar vilka aktörer som driver det nationella patientsäkerhetsarbetet

Det finns i den internationella utblicken exempel på både länder där statliga aktörer är drivande i det nationella patientsäkerhetsarbetet och länder där arbetet drivs av fristående organisationer.

I Australien och Nya Zeeland drivs patientsäkerhetsarbetet av statliga utskott, så kallade kommissioner. Dessa kommissioner har i uppdrag att bedriva förbättringsarbete inom kvalitet och patientsäkerhet, och har lagstadgade krav på att rapportera sitt arbete till regeringen.

I England och Skottland är det istället det nationella sjukvårdssystemet som lyder under regeringen (National Health Services, NHS) som är drivande för ökad kvalitet och patientsäkerhet inom sjukvården och delar av omsorgen. Specifika organ inom NHS har sedan fått till uppgift att genomföra och driva arbetet. I Skottland har stora delar av aktiviteterna inom det nationella patientsäkerhetsarbetet samlats i ett särskilt patientsäkerhetsprogram.

I flera länder, exempelvis Danmark, Kanada och Tyskland, är det fristående, icke-vinstdrivande organisationer som är drivande i det nationella patientsäkerhetsarbetet. Deras arbete går ofta ut på att koordinera patientsäkerhetsarbetet och samla olika hälso- och sjukvårdsaktörer för att gemensamt utforma aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet. Organisationernas ekonomiska koppling till staten ser olika ut i de undersökta länderna, vilket till viss del även påverkar arbetet. I Kanada finansieras den fristående patientsäkerhetsorganisationen till största del med statliga medel, vilket kan vara en förklaring till att organisationens mål till viss del ligger i linje med regeringens prioriteringar. I Tyskland är patientsäkerhetsorganisationen till största delen finansierad av medlemsavgifter och donationer, och har därför en lösare finansiell koppling till regeringen. Organisationen har dock ett formellt stöd från regeringen att bedriva patientsäkerhetsfrågor och samarbetar med regeringen i flera förbättringsprojekt.

Oavsett vilken typ av organisation som driver arbetet är det tydligt att patientsäkerhetsarbetet oftast grundar sig i en samverkan mellan olika aktörer, exempelvis genom gemensamma prioriteringar och mål för förbättrad patientsäkerhet.

Olika aktörer med olika mandat är avsändare av nationellt patientsäkerhetsarbete

Förutom att de undersökta länderna skiljer sig mellan varandra i vilken typ av aktör som är drivande inom patientsäkerhetsområdet, finns även skillnader i vilken typ av styrmedel som används.

I vissa av de undersökta länderna använder den drivande aktören ”hårda” styrningsverktyg, såsom regleringar, lagar, föreskrifter och andra krav. I andra länder tillämpas en mer ”mjukt” reglerande ansats, genom exempelvis

akkrediteringssystem. Det finns även exempel på länder där den drivande organisationen huvudsakligen har en stödjande och motiverande roll, och där ”styrningen” sker genom att organisationen tar fram bland annat verktyg, råd och stödprogram för att hjälpa vårdgivarna att genomföra patientsäkerhetsarbetet. Det senare ses främst i länder där en fristående organisation driver det nationella patientsäkerhetsarbetet. Se Figur 9 för en översikt över vilken typ av mandat som kännetecknar styrningen i de undersökta länderna.

Figur 9. Översikt över mandat för patientsäkerhetsarbete i de olika länderna

<u>Statlig aktör avsändare</u>		<u>Fristående aktör avsändare</u>	
Land	Mandat	Land	Mandat
• Finland	→ • "Hårt reglerande"	• Danmark	→ • "Stödjande"
• England	→ • "Hårt reglerande"	• Tyskland	→ • "Stödjande"
• Norge	→ • "Mjukt reglerande"	• Nederländerna	→ • "Stödjande"
• Australien	→ • "Mjukt reglerande"	• Kanada	→ • "Stödjande"
• Skottland	→ • "Stödjande"		
• Nya Zeeland	→ • "Stödjande"		

När det är en statlig avsändare av patientsäkerhetsarbetet tillämpas ibland de hårdare styrverktygen. Formerna för detta kan variera. I England ställs exempelvis ett antal krav på kvalitet och patientsäkerhet i de kontrakt som skrivs mellan NHS och de utförande vårdgivarna. I Finland finns istället ett lagstiftat krav på att verksamheter inom hälso- och sjukvården ska ta fram en plan för kvalitetsledning samt hur de ska säkerställa en hög patientsäkerhet. En statlig avsändare behöver samtidigt inte innebära att enbart hård styrning tillämpas. I Skottland, där patientsäkerhetsarbetet också drivs av NHS, är det statliga patientsäkerhetsprogrammet helt frivilligt för vårdgivarna att delta i. Här sker istället styrningen genom att vårdgivarna erbjuds att delta i olika projekt och på så vis få stöd och motivation till att förbättra patientsäkerheten.

I Australien saknar kommissionen som bedriver landets patientsäkerhet- och kvalitetsarbete reglerande befogenheter. Dock ansvarar kommissionen för att tillsammans med regeringen ta fram nationella föreskrifter inom kvalitet och patientsäkerhet. Eftersom föreskrifterna är bindande för vårdgivarna kan kommissionen sägas bedriva en indirekt styrning. Kommissionen har med andra ord ett stort inflytande över det nationella patientsäkerhetsarbetet.

Eftersom fristående icke-statliga organisationer inte har något styrande mandat, blir det naturligt att de använder sig av stödjande och motiverande verktyg. I Tyskland arbetar den fristående patientsäkerhetsorganisationen främst med att ta fram rekommendationer för hur patientsäkerheten kan förbättras inom vissa områden. Dessa fungerar sedan som ett stöd för vårdgivarna att förbättra patientsäkerheten inom verksamheterna. I Danmark arbetar den fristående patientsäkerhetsorganisationen tillsammans med vårdgivare med att genomföra förbättringsprojekt inom specifika områden.

I intervjuerna förespråkar i princip samtliga länder en blandning av de olika styrverktygen. Stöd och mjukare styrmedel som motiverar vårdgivare till att arbeta med patientsäkerhet bör därför kompletteras med hårdare reglering som säkerställer att arbetet genomförs.

Styrdokumentens struktur

I flera fall är handlingsplanen för patientsäkerhet en del av ett övergripande styrdokument

Vid analys av styrdokumentet och i intervjuer med företrädarna för de olika länderna blir det tydligt att patientsäkerhet är tätt sammanlänkat med det bredare kvalitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården. I flera fall ingår styrdokumentet för patientsäkerhet som en del i ett mer övergripande kvalitetsdokument.

I exempelvis England ingår patientsäkerhet som ett av nio fokusområden inom den nationella hälso- och sjukvårdsstrategin för landet. Dessa fokusområden innehåller ett antal prioriteringsområden med mål och förbättringsåtgärder. Alla fokusområden är kopplade till en övergripande vision, vilket skapar en tydlig koppling mellan fokusområdena och gör att patientsäkerheten länkas samman med de andra delarna för kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården.

Skottland är ett annat exempel där patientsäkerhetsstrategin ingår som en del i ett bredare nationellt styrdokument. Här har man i den nationella strategin för kvalitet inom hälso- och sjukvården valt att lyfta *Säker vård* som en av tre framgångsfaktorer för att förverkliga det övergripande målet för nationellt kvalitetsarbete. De övriga två är *Personcentrerad vård* och *Effektiv vård*. Var och en av framgångsfaktorerna kopplas i styrdokumentet till en så kallad kvalitetsambition, vilken fungerar som utgångspunkt för det nationella kvalitetsarbetet.

Även i strategidokumentet för Nya Zeeland beskrivs patientsäkerhet som ett av prioriteringsområdena för det kvalitetsutvecklande arbetet inom landets hälso- och sjukvård. Målen för respektive prioriteringsområde sammanlänkas här med ambitionerna i en nationell hälso- och sjukvårdsstrategi för landet, bland annat genom ramverket *Triple aim*. Ramverket illustrerar att kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bör ske på tre olika nivåer (individnivå, populationsnivå och systemnivå), vilket således även blir utgångspunkten för genomförandet av strategidokumentets fyra prioriteringsområden.

Även Australiens strategidokument har patientsäkerhet som ett av flera prioriteringsområden för kvalitetsförbättrande arbete inom hälso- och sjukvården. Patientsäkerhet sammanlänkas här med andra områden inom kvalitet, till exempel samarbete med patienter, stöd till vårdpersonal och kostnadseffektivitet. Patientsäkerhet betraktas med andra ord som en av flera faktorer som behövs för att förverkliga visionen av en högkvalitativ och säker vård.

Ofta har styrdokumentet inslag av både strategi och handlingsplan – följer inte alltid en tydlig eller logisk struktur

I flertalet av de undersökta styrdokumentet finns ingen tydlig gräns mellan strategi och handlingsplan. De flesta dokumenten har långsiktiga delar som exempelvis vision, mission och prioriteringsområden (som i regel utgör delar av en strategi) i kombination med mer kortsiktiga delar som åtgärdsförslag och aktiviteter (som är mer klassiska beståndsdelar i en handlingsplan).

I många av styrdokumentet är de olika delarna även otydligt strukturerade, vilket gör att det krävs en egen tolkning för att förstå vilka delar som avses utgöra strategi respektive handlingsplan.

Ett exempel är det danska styrdokumentet, som innehåller flera delar och har inslag av både strategi och handlingsplan. Det är dock inte tydligt hur de olika beståndsdelarna i strategin hänger samman och förhåller sig till varandra; exempelvis framgår det inte hur den beskrivna missionen relaterar till den övergripande visionen eller till strategin. Även fyra olika rollbeskrivningar framkommer. Dessa är svåra att tydligt relatera till övriga delar i strategin och det är svårt att placera de olika delarna som bygger upp styrdokumentet i någon form av hierarkisk struktur.

Ett annat exempel där strukturen blir svår att följa är Tysklands styrdokument. Likt det danska innehåller det olika beståndsdelar som inte är tydligt länkade till varandra. Dokumentet består av tre ledord, en vision och en mission samt sju olika arbetsområden. De tre ledorden tolkas som fristående delar av strategin, utan någon tydlig koppling till visionen, missionen eller de arbetsområden som beskrivs i strategidokumentet. Utöver det övergripande styrdokumentet finns 17 kompletterande dokument som innehåller konkreta åtgärdsförslag inom olika teman och därför kan betraktas som handlingsplaner. Dessa är separata dokument som omfattar ett stort antal olika områden men utan en tydlig koppling till det övergripande strategidokumentet.

Mottagare för styrdokumentet finns på olika nivåer

Ofta saknar styrdokumentet en tydlig beskrivning av vem som är primär mottagare av strategin eller handlingsplanen. I analysen har det därför gjorts en tolkning av vem eller vilka som är mottagare. Tolkningen har främst baserats på vilken typ av åtgärder som föreslås i styrdokumentet.

Figur 10 ger en översikt över vilken mottagnivå som de olika ländernas styrdokument vänder sig till. I den svenska kontexten avser ”mikronivån” patienter och hälso- och sjukvårdspersonal, ”mesonivån” ledning på vårdgivar-nivå och ”makronivån” den högsta strategiska ledningen (regeringen eller hälsodepartementet).

Figur 10. Avsedd mottagnivå för styrdokumentet i respektive land

Avsedd mottagnivå				
SCO		Mikro	Meso	Makro
FIN		Mikro	Meso	Makro
NZL		Mikro	Meso	Makro
AUS		Mikro	Meso	Makro
CAN		Mikro	Meso	Makro
ENG			Meso	Makro
DAN			Meso	Makro
GER			Meso	
NOR			Meso	
NED			Meso	

Alla de styrdokument som har analyserats vänder sig – enbart eller bland annat – till mesonivån. För flertalet länder vänder sig innehållet i styrdokumentet relativt brett till alla tre nivåer, det vill säga till mikro-, meso- och makro-nivåerna.

Det australienska styrdokumentet har exempelvis ett innehåll som berör alla tre mottagnivåer. Företrädaren för Australien motiverar detta breda angreppssätt med att de mål och ambitioner som finns beskrivna i den strategiska planen endast kan realiseras genom att alla nyckelaktörer – patienter, vårdpersonal, vårdgivare och beslutsfattare – involveras i arbetet.

I Nederländerna riktas istället styrdokumentet uteslutande till vårdgivarorganisationer, det vill säga mesonivån. Detta eftersom denna nivå ses som självstyrande i utformning och genomförande av patientsäkerhetsarbetet. Innehållet i strategin tar därför sin utgångspunkt i det ansvar som vårdgivarna har och vilken typ av aktiviteter som bör genomföras på denna nivå för att förbättra patientsäkerheten.

I flera av länderna, exempelvis Kanada och Tyskland, har styrdokumentet tagits fram av en fristående organisation, och i dessa fall är det organisationens egna medlemmar som är den primära mottagaren. I både Kanada och Tyskland har de strategiska prioriteringarna och aktiviteterna i styrdokumentet utvecklats i samarbete med nyckelaktörer inom hälso- och sjukvården. Innehållet har således förankrats och fått acceptans hos tongivande vårdaktörer, vilket har gjort att dokumenten har fått en trovärdighet och nått spridning i likhet med ett nationellt styrande dokument. En nackdel är att detta kan skapa en viss otydlighet, exempelvis kring styrdokumentets mandat. I Kanada och Tyskland har till exempel avsändarna till dokumenten inte något formellt eller reglerande mandat.

Stora variationer ses i omfattning och utformning av styrdokument

De analyserade styrdokumenterna skiljer sig mellan varandra i både omfattning och format, se sammanfattning i Figur 11.

Figur 11. Överblick över styrdokumentens omfattning och utformning

Styrdokumentets omfattning och utformning

AUS		Mycket kortfattad (2 A4). Slagkraftigt paketerad. Ändamålsenlig kommunikation ses som en avgörande faktor för att nå önskade resultat
GER		Mycket kortfattad (2 A4). Saknar visuella inslag. Tematiska handlingsplanerna varierar i format och omfattning
NOR		Kort-medellång (20 A4). Texttung men överblickbar. Kompletteras med användarvänlig hemsida
DAN		Kort-medellång (20 A4). Texttung men har vissa visuella inslag.
FIN		Medellång (28 A4). Texttung. Saknar visuella inslag. Har förklarande bilagor.
CAN		Medellång (30 A4). Texttung men överblickbar
NZL		Medellång (30 A4). Texttung men vissa visuella element
SCO		Lång (58 A4). Blandning av text och visuella element.
ENG		Lång (75 A4). Texttung. Förenklad version för allmänheten har tagits fram
NED		Hemsida som är användarvänlig, men endast tillgänglig på nederländska.

Vanligast är att styrdokumentet utgörs av en relativt tung löpande text på ungefär 30 A4-sidor. Vissa dokument är endast 2 sidor långa och det finns även exempel på sådana som är upp till 75 sidor. I en del av dokumenten finns visualiserande inslag som diagram, strukturträd och ramverk, vilket gör innehållet mer lättillgängligt.

Australiens styrdokument sticker ut något. Innehållet i den strategiska planen har paketerats till en mycket kortfattad men slagkraftig presentation på 2 A4-sidor med ett uttalat syfte att vara visuellt tilltalande för läsaren och ändamålsenlig ur ett kommunikativt perspektiv. Samtidigt innebär det koncentrerade formatet att innehållet i dokumentet är relativt övergripande. Mer detaljerande beskrivningar kring exempelvis framtagning, genomförande och uppföljning för strategin måste därför inhämtas från andra kompletterande dokument.

Även Norges format skiljer sig något från övriga. Det norska strategidokumentet (cirka 20 sidor) kompletteras med en användarvänlig webbplats som innehåller konkreta åtgärder och därmed kan betraktas som en form av handlingsplan. På webbplatsen kan exempelvis vårdgivare enkelt klicka sig fram till olika prioriteringsområden och föreslagna åtgärder för förbättrad patientsäkerhet. I intervjun med företrädaren för Patientsäkerhetsprogrammet förklaras detta format utifrån en ambition att göra innehållet mer tillgängligt och

användarvänligt för vårdgivare och på så vis underlätta implementeringen av förbättringsåtgärderna.

Den vanligaste tidsramen är fyra till fem år

Merparten av styrdokumentet har en tidsram på fyra till fem år. Tysklands styrdokument sticker ut i detta avseende; den övergripande strategin från år 2012 sträcker sig över totalt åtta år. Det enda exemplet på styrdokument med ett kortare perspektiv än fyra år är Englands, som gäller i endast två år. Dokumentet är dock en påbyggnad av en tidigare femårsplan.

I de allra flesta fall framgår inte anledningen till tidsramen för styrdokumentet, och i intervjuerna blir det tydligt att beslutet om tidsram oftast inte baserats på någon djupare analys.

Det finns några exempel på där styrdokumentets tidsram motiveras utifrån dess innehåll eller rådande kontext. I Nederländerna grundades beslutet om tidsramen (fyra år) på bedömningen att detta är en tillräcklig lång tid för att de förbättringsåtgärder som styrdokumentet innehåller ska hinna implementeras, generera resultat och utvärderas på ett lämpligt sätt. Tidsramen för den finska patientsäkerhetsstrategin (fyra år) valdes utifrån att strategin skulle kunna löpa över hela den tidsperiod som reformer och omorganisering av hälso- och sjukvården sker i landet.

Flera länder och organisationer har en medveten kommunikationsstrategi kopplad till styrdokumentet

Företrädarna för de flesta länder säger att en ändamålsenlig kommunikation av såväl strategier som handlingsplaner är en avgörande faktor för att styrdokumentet ska få genomslag och nå önskade resultat. Det är dock endast hälften av länderna som uppger att de har eller använder specifika kommunikationsstrategier.

I flera intervjuer betonas att kommunikationen måste anpassas till mottagarna och kulturen i landet för att få genomslag. I Australien finns en uttalad kommunikationsstrategi som bygger på att redovisa fakta och komplex information på ett enkelt och kortfattat sätt i syfte att skapa uppmärksamhet kring patientsäkerhetsfrågorna. Detta baserat på att faktabaserade budskap bedöms fungera bättre än slogans och logotyper i den australienska kontexten. Stor kraft läggs även på att sprida information genom digitala kanaler och sociala medier, till både berörda aktörer och allmänheten.

I Norge har stort fokus lagts på att bygga upp ett varumärke kring patientsäkerhetsarbetet. Inom ramen för det norska patientsäkerhetsprogrammet har både en logotyp och en slogan tagits fram, liksom ikoner för olika prioriteringsområden. Informationsmaterialet är tillgängligt för alla att skriva ut och kan användas av enskilda vårdgivare i kommunikationssyfte. Detta skapar en igenkänning för patientsäkerhetsprogrammet hos både vårdpersonal och patienter, och förväntas bidra till att patientsäkerhet uppmärksammas i högre utsträckning.

Se figur 12 för exempel på olika logotyper och slogans som de undersökta länderna har tagit fram i syfte att kommunicera kring patientsäkerhetsarbetet.

Figur 12. Logotyper, slogans och andra exempel på kommunikationsmaterial

Exempel på kommunikationsmaterial som används i de olika länderna

	Det norska patientsäkerhetsprogrammets logotyp och slogan "I trygge hender 24/7". Dessa används för att skapa igenkänning av programmet i vårdverksamheterna.
	Det skotska patientsäkerhetsprogrammets logotyp och slogan "Every person, every time". Dessa används för att skapa igenkänning av programmet i vårdverksamheterna.
	Logotypen för ett patientsäkerhetsprojekt som drivs av NHS i England. Denna används på hemsidan och all informationsmaterial som delas ut under projektet.
	Logotypen för det tidigare patientsäkerhetsprogrammet i Nederländerna. Denna användes för att skapa igenkänning för programmet på sjukhusen.
	Ett ramverk som visualiserar visionen för den Australienska Kommissionen för Kvalitet- och Patientsäkerhet. Ramverket används för att sammanfatta ambitionerna av kommissionens arbete och göra detta mer tillgängligt för allmänheten.

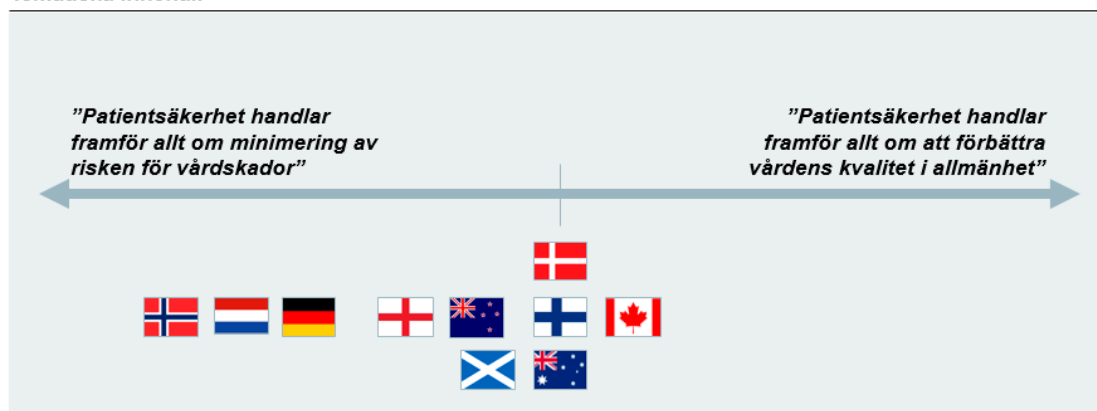
Styrdokumentens innehåll

De flesta styrdokument utgår från en snäv definition av patientsäkerhet men kvalitetsperspektivet lyfts in. Generellt kan sägas att merparten av de undersökta ländernas styrdokument utgår från en snäv definition av patientsäkerhet – med målformuleringar som är inriktade på minskad risk för vårdrelaterade skador. I vissa av styrdokumenten finns dock ett större inslag av generell kvalitetsutveckling.

I Figur 13 visualiseras en skala, i vars ena ände en "snäv" definition av patientsäkerhet formuleras (att patientsäkerhet främst handlar om att minska risken för vårdskador) och vars andra ände representerar en bredare definition (att patientsäkerhet är en del av vårdens kvalitetsarbete). Länderna har placerats på denna skala utifrån en samlad bedömning av hur patientsäkerhet definieras i styrdokumenten. Analysen baserar sig främst på hur målbeskrivningarna i dokumenten har formulerats, och vilka aktiviteter och åtgärder som beskrivs.

Figur 13. Fördelning av länder utifrån fokus på patientsäkerhet respektive övergripande kvalitet

Tematiska innehåll



I Norge har målbeskrivningen för hela patientsäkerhetsprogrammet ett fokus på att minska vårdrelaterade skador, och programmets prioriteringsområden präglas av att minska och förebygga vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallolyckor.

Kanadas styrdokument är å andra sidan ett exempel på där innehållet utgår från en relativt bred definition av patientsäkerhet. Bland annat är både vision och mission kopplade till en säker hälso- och sjukvård snarare än enbart minskning av vårdrelaterade skador. Företrädarna för Kanada bekräftar denna bild genom att betona att patientsäkerhet inte bara är frånvaron av skador utan också närvaron av säkerhet.

Det finns även exempel på där styrdokumentet utgår från en snäv definition, men att det genom kopplingar till en övergripande vision blir tydligt att patientsäkerhet betraktas som nära sammanlänkat med en god vårdkvalitet. Exempel på detta är England och Skottland, där patientsäkerhet är en del av ett övergripande styrdokument för kvalitetsförbättring. När det kommer till beskrivningar av vad som ska göras inom patientsäkerhetsområdet, relaterar dock prioriteringsområdena och åtgärderna främst till att minimera vårdrelaterade skador.

Tematiskt utgår många styrdokument från framgångsområden och traditionella utfallsområden. Socialstyrelsen gjorde en tematisk indelning av patientsäkerhetsområden som de undersökta ländernas styrdokument beskriver arbetet utifrån: utfalls-, framgångs- och riskområden⁴. Aktiviteter inom utfallsområdet berör exempelvis minskning av vårdrelaterade infektioner och läkemedelsrelaterade avvikelser. Den vanligaste aktiviteten inom det som betecknas som framgångsområden är att utbilda ledare och vårdpersonal inom förbättringsarbete. För riskområden finns enstaka exempel på aktiviteter, såsom säker användning av digitala hjälpmedel och medicinteknisk utrustning.

⁴Den tematiska uppdelningen är förklarad i metodavsnittet.

Figur 14. Översikt över det tematiska innehållet i styrdokumenterna för de olika länderna

										
Vision										• Framgång
Mål/fokus-områden	• Framgång	• Framgång • Risk	• Framgång • Utfall	• Framgång	• Framgång • Utfall	• Framgång • Utfall	• Framgång • Utfall	• Framgång	• Utfall	• Framgång
Aktiviteter	• Framgång • Utfall • Risk	• Framgång • Utfall	• Utfall	• Framgång • Utfall	• Framgång • Utfall		• Framgång • Utfall	• Utfall	• Utfall	

										
Utfalls-områden	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Framgångs-områden	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Risk-områden	✓	✓								

I figur 14 visualiseras det tematiska innehållet i ländernas styrdokument. I den övre delen av figuren redogörs för vilka teman styrdokumentens vision, fokusområden och aktiviteter innehåller. I den nedre delen av tabellen summeras vilka tematiska områden som ingår i respektive lands styrdokument. En generell slutsats är att i princip alla analyserade styrdokument innehåller utfalls- och framgångsområden. Ett fåtal länder inkluderar även riskområden.

I Finlands strategidokument har man valt att fokusera på framgångsområden. En anledning till detta är, enligt företrädaren, att strategidokumentet har en bred, övergripande ansats. Den mer detaljerade handlingsplan som ska komplettera strategidokumentet planeras innehålla konkreta utfallsområden i högre utsträckning.

Vid analys och genomgång av styrdokumentens innehåll observerar vi att det finns skillnader i hur länderna beskriver arbetet inom respektive tematiskt område. Norges styrdokument innehåller till exempel ett stort antal aktiviteter inom klassiska utfallsområden, som vårdrelaterade infektioner, läkemedelsbehandling, trycksår etcetera. Dessa relaterar alla till det delmål i strategin som handlar om att minska vårdrelaterade skador. För de två delmålen som belyser framgångsområden i form av att förbättra patientsäkerhetskulturen och skapa varaktiga strukturer för patientsäkerhet, finns dock endast ett fåtal aktiviteter beskrivna.

Företrädarna för de internationella organisationerna reflekterar kring att många länder hittills har varit fokuserade på utfallsområden, men att framgångsområden nu börjar utgöra en större del i arbetet med patientsäkerhet. De förespråkar ett fokus på framgångsområden, eftersom det anses bidra till att skapa mer hållbara system för långsiktigt patientsäkerhetsarbete genom att bygga kapacitet för förbättringsarbete i hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt anser företrädarna för ett antal länder att utfallsområden också är viktiga

att inkludera i styrdokumentet, eftersom resultat inom dessa områden är mätbara och därför skapar goda förutsättningar för uppföljning. Möjligheten till uppföljning anses vara en faktor som starkt motiverar vårdgivarna till att arbeta med patientsäkerhet. Metoder för att mäta både utfallsområden och framgångsområden förespråkas därför av företrädaren för IHI.

Det finns flera exempel där innehållet i handlingsplanen baseras på en nulägesanalys

Företrädarna för både länder och organisationer betonar vikten av att framtående och uppdatering av en handlingsplan bör föregås av en nulägesanalys. Syftet är att identifiera var de största utmaningarna och behoven finns och vilka områden som behöver prioriteras.

I Nya Zeeland genomförs kontinuerliga analyser av variationer inom kvalitet och patientsäkerhet. Enligt företrädaren är resultatet från dessa analyser en bidragande del i arbetet med att formulera prioriteringsområden och aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet. Resultatet från analyserna kan därmed anses ligga till grund för identifieringen av högprioriterade områden som exempelvis vårdrelaterade infektioner, fallolyckor och läkemedelsrelaterade avvikelser, som nämns inom prioriteringsområdet för patientsäkerhet i styrdokumentet.

Ett annat exempel är Norge, där gapanalyser inom patientsäkerhetsområdet genomfördes för att identifiera områden med stor potential för klinisk förbättring. Resultaten från dessa analyser fungerade sedan som utgångspunkt för att välja ut de prioriteringsområden som beskrivs i strategin.

Företrädaren för OECD betonar värdet av att genomföra en nulägesanalys, eftersom det är viktigt att ha kunskap om vilka aktiviteter som pågår i landet för att säkerställa att innehållet i det nationella styrdokumentet kompletterar de aktiviteter som redan görs på regional nivå. Om aktiviteterna på nationell och regional nivå är samstämmiga skapas förutsättningar för en bättre strategisk styrning, och möjligheten att uppnå goda resultat förstärks.

Styrdokumentens processer

De flesta dokument har tagits fram med ett inslag av förankring hos berörda aktörer

Samtliga länder beskriver någon form av involvering av berörda aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet i processen med att ta fram styrdokumentet. Företrädarna för alla länder och de internationella organisationerna lyfter en bred och inkluderande process som en framgångsfaktor för att strategin eller handlingsplanen ska få genomslag. Hur denna förankringsprocess har sett ut varierar dock mellan länderna och styrdokumentet, och olika metoder för att inkludera nyckelaktörer har använts.

I Skottland har diskussionsforum anordnats för att inhämta perspektiv från både vårdgivare, vårdpersonal, patienter och medborgare. Medborgarnas syn och prioriteringar inom ramen för kvalitet och patientsäkerhet har därefter beaktats särskilt vid utformningen av styrdokumentets innehåll, bland annat

genom att synpunkterna har sammanfattats till sex olika prioriterade teman som knyter an till det övergripande målet.

I Australien genomfördes två kvalitativa studier för att inhämta perspektiv från vårdpersonal och vårdkonsumenter (exempelvis patienter och anhöriga) inför framtagningen av styrdokumentet. I den ena studien genomfördes intervjuer med 34 fokusgrupper bestående av patienter med olika bakgrund och profil. I den andra studien genomfördes flera fokusgrupper som bestod av vårdpersonalsföreträdare från hela landet. Syftet med studierna var att identifiera respondenternas perspektiv på patientsäkerhet – vilka områden som bör prioriteras och vilka åtgärder som efterfrågas från en nationell aktör. I studierna framkom bland annat vikten av anpassad kommunikation och lättillgänglig information, och att kommissionen för kvalitet och patientsäkerhet bör bistå med relevant kunskap, utbildningsinsatser samt verktyg och resurser för förbättringsarbete. Utöver att förmedla ett förankringssyfte, fungerade studierna även som en gapanalys för att identifiera utmaningar inom förbättringsarbetet. Utmaningar som lyftes var personalbrist och brister i samarbete över organisations- och verksamhetsgränser.

Detaljeringsgrad av hur genomförandet ska gå till varierar mellan olika styrdokument

Styrdokumentet har även analyserats med avseende på hur detaljerad beskrivningen av genomförande och förverkligande av styrdokumentet är, se Figur 15. De flesta dokument har en detaljeringsgrad som bedöms som ”medelhög”. Det betyder att det finns en övergripande beskrivning av föreslagna förbättringsåtgärder eller förbättringsprojekt, men att det saknas en tydlig beskrivning av hur eller när dessa ska genomföras. I dessa fall behövs många gånger en egen tolkning för att få en konkret bild av processen. I ett antal styrdokument framkommer endast övergripande målbeskrivningar utan någon beskrivning av genomförandet. Här bedöms detaljeringsgraden som ”låg”. I några fall kompletteras ett ”huvuddokument” med andra dokument som närmare beskriver genomförandet.

Figur 15. Översikt över mottagnivå samt detaljeringsgrad för beskrivningen av genomförande i styrdokument

Mottagnivå		Detaljeringsgrad för beskrivning av genomförande		
		Låg/ beskrivning saknas	Medel	Hög
GER 	Meso	☒	☐	☐
FIN 	Makro; Meso; Mikro	☒	☐	☐
NED 	Meso	☒	☐	☐
SCO 	Makro; Meso ;Mikro	☐	☒	☐
ENG 	Makro; Meso	☐	☒	☐
AUS 	Makro; Meso; Mikro	☐	☒	☐
DAN 	Makro; Meso	☐	☒	☐
NOR 	Meso	☐	☐	☒
NZL 	Makro; Meso; Mikro	☐	☐	☒
CAN 	Makro; Meso; Mikro	☐	☐	☒

Finlands strategidokument innehåller en övergripande beskrivning av ett antal delmål och vad måloppfyllelse innebär. Det saknas en konkret beskrivning av vilka aktiviteter som ska genomföras för att uppnå dessa mål. I intervjun framkommer att styrdokumentet medvetet har utformats på detta sätt; en kompletterande handlingsplan håller på att tas fram, som kommer att beskriva genomförandet i detalj.

Även i det danska styrdokumentet är beskrivningen av genomförandet sparsam. Beskrivningen ges främst i form av tabeller där man listar ett antal olika förbättringsprojekt som ska genomföras. Dock saknas beskrivning av vad projekten innefattar eller hur de ska genomföras.

I Kanadas styrdokument är beskrivningen av genomförandet relativt detaljerad. Den bedömningen grundar sig på en utförlig beskrivning av ett flertal verksamhetsgrenar, hur aktiviteter inom dessa ska genomföras och hur dessa bidrar till att uppfylla målen.

Som det går att se i figur 15 finns det ingen tydlig korrelation mellan mottagnivå och detaljeringsgrad. Styrdokument med såväl hög som låg detaljeringsgrad bedöms kunna vända sig till en nivå såväl som till alla tre nivåer.

Uppföljning lyfts ofta fram som en viktig del men det är svårt att få en bild av hur systemet och processen för detta ser ut

Företrädarna för de internationella organisationerna lyfter behovet av att utveckla bättre och mer ändamålsenliga metoder för uppföljning inom patientsäkerhet. Genom uppföljning kan utvecklingen inom området följas och det bidrar även till ett lärande kring vilka insatser som har effekt. Behov av utveckling finns av både standardiserade mätmetoder och relevanta indikatorer.

Företrädaren för OECD betonar behovet av utvecklade standardiserade mätmetoder som kan användas av alla vårdverksamheter i landet och som även har förutsättningar att generera resultat som är jämförbara mellan länderna.

När det gäller utveckling av relevanta uppföljningsindikatorer efterlyses indikatorer för uppföljning inom framgångs- och riskområden. Ökade möjligheter för uppföljning inom framgångsområden anses kunna bidra både till ökade kunskaper om resultat och till att vårdgivare motiveras att i högre utsträckning arbeta med framgångsområden. Prediktiva eller proaktiva indikatorer inom riskområden ger möjlighet att mäta risken för vårdrelaterade skador istället för att bara mäta skador som redan har skett. Detta skulle stärka ett proaktivt patientsäkerhetsarbete.

Behov av utveckling av patientrapporterade mått i uppföljningen lyfts också. Nya Zeeland är ett gott exempel; här används enkätundersökningar för att inhämta patienternas syn på och upplevelser av vården, och på så sätt identifieras patientsäkerhetsbrister utifrån patienternas perspektiv.

Företrädarna för länder och internationella organisationer framhåller generellt att uppföljning är en central komponent inom patientsäkerhetsarbetet. Trots detta är det endast ett fåtal länder som har en utförlig beskrivning av uppföljningsprocessen i sina styrdokument för patientsäkerhet.

I Skottland inkluderas ett ramverk för uppföljning i styrdokumentet. Ramverket innehåller bland annat tolv olika indikatorer för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet, vilka sedan kan länkas till önskade utfall och kvalitetsambitioner. Ramverket visar även hur kvalitetsambitioner i sin tur leder till uppfyllelse av den övergripande visionen.

Ett annat exempel är Kanada, där det analyserade styrdokumentet kompletteras med ett dokument som innehåller en beskrivning för uppföljningsprocessen. I det senare redovisas en programteori (logic model) för hur aktiviteter som bedrivs av patientsäkerhetsorganisationen leder till olika typer av förväntade utfall inom patientsäkerhet och hur dessa i slutändan bidrar till regeringens ultimata mål för hälso- och sjukvården i landet.

Styrdokumentens effekt

Det finns begränsad information om vilka effekter styrdokumentet har skapat

För samtliga länder gäller att det har varit svårt att koppla någon form av resultat direkt till styrdokumentet i fråga. Flertalet av företrädarna påpekar att det sällan går att fastställa kausalitet mellan en strategi eller handlingsplan och förändrade patientsäkerhetsutfall. Utfallen påverkas av ett stort antal faktorer, av flera aktörer och parallella aktiviteter. Resultaten som presenteras inom patientsäkerhetsområdet i de olika länderna baseras därför oftast på uppföljning av enskilda aktiviteter snarare än på en utvärdering av själva strategin eller handlingsplanen.

I vissa länder har arbetet utvärderats strukturerat. Ett exempel är Norge, där patientsäkerhetsprogrammet utvärderades efter att ha varit aktivt i tre år. Syftet var att kartlägga hur medarbetare inom hälso- och sjukvården upplever

att programmet har påverkat förbättringsarbetet inom patientsäkerhet. Utvärderingen genomfördes med hjälp av intervjuer och enkäter, och respondenterna var hälso- och sjukvårdspersonal från både sjukhus och öppen vård. Resultaten från utvärderingen visade att en majoritet upplevde att programmet bidrog till en förbättrad patientsäkerhet.

Den fristående organisation som bedriver det kanadensiska nationella patientsäkerhetsarbetet utvärderas med jämna mellanrum av en extern part. Utvärderingen bygger på en analys av hur väl organisationen har uppfyllt sina leveransmål, och om arbetet som utförts är relevant i relation till behovet hos medborgarna. I den senaste utvärderingen konstaterades att organisationen bidrar till en bättre patientsäkerhet i Kanada, och att det finns ett fortsatt behov av organisationen i det nationellt samordnade patientsäkerhetsarbetet.

Lärdomar från den internationella utblicken inför framtagande av en nationell handlingsplan

Avslutningsvis summeras några förslag på vad som är viktigt att tänka på vid framtagningen av en nationell handlingsplan. Förslagen baseras på lärdomar och insikter från den internationella utblicken och med hänsyn tagen till den svenska kontexten. Kapitlet är uppdelat i vad som är viktigt att tänka på vid (i) förberedelser, (ii) utformning och (iii) implementering av handlingsplanen.

Vad blir viktigt att tänka på vid förberedelser för framtagning av handlingsplanen?

Utse en nationell aktör, exempelvis Socialstyrelsen⁵, för att hålla ihop och driva patientsäkerhetsarbetet och skapa tydlighet på alla nivåer

Utifrån analysen av patientsäkerhetsarbetet i de olika länderna blir det tydligt att arbetet behöver samordnas på nationell nivå, samt att roller och uppdrag för olika aktörer behöver tydliggöras och renodlas. Hur ser ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna ut på olika nivåer? Hur påverkar denna ansvarsfördelning genomslaget för det nationella patientsäkerhetsarbetet? Hur kan dessa aktörer samverka på bästa sätt? Denna typ av frågor bör analyseras och undersökas inför framtagandet av ett nationellt styrdokument i en svensk kontext.

En tydlig och renodlad fördelning av roller och uppdrag på nationell nivå handlar om att skapa hållbara förutsättningar för vägledning, stöd och styrning inom patientsäkerhetsområdet, inte minst vad gäller koordinering av fristående aktörer, i syfte att främja utvecklingen och minimera hinder för att uppnå framgångsrika resultat.

Utforma den nationella handlingsplanen så att pågående regionalt patientsäkerhetsarbete tas tillvara och stöds på bästa sätt

Ett stort antal olika aktiviteter för förbättrad patientsäkerhet utförs på regional och lokal nivå. En slutsats från den internationella utblicken är att en nationell handlingsplan behöver göras utifrån det arbete som redan pågår och fungerar väl på regional och lokal nivå. Ambitionen att samordna dessa aktiviteter på bästa sätt behöver också finnas i planen. Annars finns risk för att vårdgivarna får svårt att relatera till den nationella handlingsplanen, vilket i sin tur riskerar att minska genomslaget för den.

⁵ Så som det är beskrivet i regeringsuppdraget (1).

En kartläggning av de regionala handlingsplaner som finns idag kan bidra till att den nationella handlingsplanen blir relevant för den regionala nivån (och i förlängningen den lokala nivån). Vad är fokus och innehåll för de regionala handlingsplanerna som finns idag? Hur ser processen för framtagning av dessa ut? Hur sker tillämpningen av dessa? Utifrån kartläggningen kan en gapanalys göras av hur handlingsplanen bäst kan stödja det regionala arbetet.

Kartläggningen bör även inkludera det arbete som görs regionalt kopplat till regionernas patientsäkerhetsberättelser. En analys kan göras kring lämpliga metodstöd som stödjer framtagning av patientsäkerhetsberättelsen som en integrerad del av ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

En annan värdefull lärdom från den internationella utblicken är att det är viktigt med en tydlig, öppen och löpande kommunikation mellan den nationellt ansvariga aktören och de regionala mottagarna.

En blandning av styrformer förespråkas

En generell insikt från den internationella utblicken är att en blandning av både hårda, mjuka och stödjande styrverktyg oftast kan komplettera varandra och därmed skapa goda förutsättningar för önskat genomslag. Därför förespråkar Socialstyrelsen en blandning av styrformer.

Styrningen av patientsäkerhetsarbetet skiljer sig mellan länderna och både hårda, mjuka och stödjande styrmodeller kan observeras. Skillnaderna kan ofta förklaras utifrån den rådande kontexten. En slutsats är därför att den valda styrmodellen måste vara anpassad till hälso- och sjukvårdssystemets struktur. För en strategisk styrmodell som präglas av en logisk helhet bör man därför analysera hur olika styrverktyg – hårda och mjuka – påverkar och kompletterar varandra i ett svenskt sammanhang. Som en del i detta är det viktigt att klargöra bilden av vilka styrmedel som redan finns, vilka styrdokument som behövs, och hur dessa ska samspela med varandra och med andra styrverktyg (exempelvis lagar och författningar).

Mot bakgrund av detta kan en nationell handlingsplan fungera som en kapp för befintlig styrning, till exempel genom föreskrifter. En handlingsplan kan också fungera som ett nationellt samlande system för patientsäkerhet inklusive uppföljning och utvärdering, och tydliggöra vilket stöd som staten ansvarar för att ge till huvudmännen och vårdgivarna.

Vad blir viktigt att tänka på när handlingsplanen utformas och innehållet bestäms?

Tillämpa en bred och inkluderande process för framtagning av handlingsplanen

En central lärdom från analysen av styrdokument är att det krävs en bred förankring hos involverade aktörer, inklusive beslutsfattare, när en nationell handlingsplan tas fram. Detta för att säkerställa att det finns en samsyn hos aktörerna vad gäller ambitionerna som beskrivs i handlingsplanen och prioriteringen av det som ska göras. Om samsyn saknas finns risk för att handlingsplanen förlorar i genomslag.

För att säkerställa förankring av handlingsplanen behöver det skapas en inkluderande process som involverar relevanta aktörer inklusive patienter. Detta kan genomföras på olika sätt, till exempel nationella diskussionsforum,

workshoppar och enkätstudier. Ett fokus under framtagningsprocessen bör vara att formulera gemensamma och konkreta mål för patientsäkerhetsarbetet, eftersom detta skapar en tydlig bild hos alla aktörer för vad som ska uppnås vid genomförandet av handlingsplanen.

Sammanlänka handlingsplanen för patientsäkerhet med mål och strategier för övrigt kvalitetsarbete

Utifrån den internationella utblicken blir det tydligt att patientsäkerhet är tätt sammanlänkat med övrigt kvalitetsarbete. Patientsäkerheten påverkas av och påverkar således de övriga beståndsdelarna inom hälso- och sjukvårdens kvalitet, såsom effektivitet, personcentrering och jämlikhet.

Den nationella handlingsplanen behöver kopplas till det övriga kvalitetsarbetet, exempelvis genom att säkerställa att målen inom patientsäkerhetsområdet sammanfaller med de övergripande kvalitetsmålen för hälso- och sjukvården. Ett förslag är därför att den nationella handlingsplanen sammanlänkas med andra styrdokument för kvalitetsarbete. Detta kan göras med hjälp av en övergripande vision eller avsiktsförklaring, exempelvis med hjälp av det redan etablerade god vård-begreppet.

Säkerställ en tydlig koppling mellan handlingsplanens olika delar

En annan central lärdom från den internationella utblicken är att det finns stora fördelar med att etablera en strategisk styrning som bygger på en helhetsbild där alla delar hänger samman på ett tydligt sätt.

Uppdelningen behöver tydliggöras mellan de delar som är mer långsiktiga och vägledande och de delar som mer direkt och konkret beskriver vad som ska uppnås. När den svenska handlingsplanen tas fram blir det därför viktigt att skapa en tydlig och logisk koppling mellan de olika delarna i handlingsplanen – med vision, mål och prioriteringsområden som hänger ihop med mer konkreta aktiviteter. Denna typ av ansats öppnar även upp för mer helhetsbildande uppföljning, där man kan dra slutsatser av om insatserna bidrar till övergripande måluppfyllelse genom att undersöka utfallet på verksamhetsnivå.

Primär mottagare för handlingsplanen bör tydliggöras – förslagsvis nationell och regional nivå

Baserat på iakttagelser och resultat från den internationella utblicken behöver det tydligt framgå vem som är primär mottagare för handlingsplanen. Annars är det risk för att ansvar och roller blir otydliga. I den svenska kontexten lyfts ofta det nationella ramverket för patientsäkerhet fram som ett gott exempel på där mottagarna och det kopplade ansvaret har tydliggjorts.

Eftersom högre beslutsfattande nivåer måste involveras för att man ska kunna skapa rätt förutsättningar för att genomföra handlingsplanen, bör den förslagsvis rikta sig till den nationella och regionala nivån. Åtgärder på denna nivå kan anses lägga grunden för ett mer hållbart och långsiktigt patientsäkerhetsarbete genom hela systemet och ökar således genomslaget för handlingsplanen.

Innehållet i handlingsplanen måste fokusera på de mest angelägna utmaningarna och där behoven är störst

En analys av behov och utmaningar hjälper till att fokusera innehållet i handlingsplanen till de mål och aktiviteter som kan bidra till att förbättra de mest utsatta delarna inom patientsäkerhetsområdet. Analysen kan också hjälpa till att kartlägga vad som redan görs inom patientsäkerhetsområdet och därmed även ses som en del i förankringsprocessen med de regionala aktörerna. Utifrån detta kan den nationella handlingsplanen utformas på ett sätt som kompletterar de regionala aktiviteterna.

Fördjupade nulägesanalyser av utvalda områden är således centralt för att säkerställa att innehållet blir relevant och att dokumentet får legitimitet, och för att öka möjligheterna för ett framgångsrikt resultat. Fokus och innehåll i en svensk handlingsplan kan baseras på resultatet från analyser av behov, utmaningar och gap.

Kombinera olika tematiska områden i handlingsplanen

Företrädarna för länder och organisationer betonar genomgående vikten av att i högre utsträckning belysa framgångsområden som ledarskap, lärande och säkerhetskultur. Bedömningen är att dessa förbättringsområden skapar rätt förutsättningar för ett hållbart patientsäkerhetsarbete som på lång sikt resulterar i att patientsäkerhetsutfall så som till exempel vårdrelaterade infektioner också sjunker.

Ett större fokus på framgångsområden ska dock inte tolkas som att arbete inom utfallsområden är oviktigt. Utfallsområden som vårdrelaterade infektioner och fallolyckor är fortfarande viktiga arbetsområden. Eftersom de är konkreta och mätbara kan resultaten även följas upp på ett enklare sätt. Mätbara resultat är motiverande för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal, och därför är sådana utfallsområden en viktig del i att behålla patientsäkerhetsarbetet på agendan.

Man bör därför eftersträva en kombination av olika tematiska utgångspunkter (till exempel olika framgångsområden och utfallsområden) när man formulerar vision och mål respektive prioriteringsområden och aktiviteter i den nationella handlingsplanen.

Säkerställ att tidsramen för handlingsplanen utgår från de aktiviteter och åtgärder som ska genomföras

I många av de undersökta länderna är tidsramen för strategin eller handlingsplanen inte förankrad i någon beslutsprocess som baseras på analys, vilket gör det svårare att veta när och hur ofta resultaten ska följas upp.

Om tidsramen för handlingsplanen är för kort finns det risk för att föreslagna aktiviteter inte hinner genomföras eller att resultat inte hinner genereras. Om tidsramen är för lång är risken istället att handlingsplanen inte kan anpassas till förändrade förutsättningar. Ett förslag är därför att välja tidsramen utifrån en bedömning av hur lång tid som behövs för att genomföra förbättringsarbetet samt kunna mäta resultat av det.

Vad blir viktigt att tänka på vid introduktion, genomförande och uppföljning av handlingsplanen?

En medveten och anpassad kommunikationsstrategi för handlingsplanen behöver finnas

Kommunikation av handlingsplanen anses vara centralt för att sprida planens innehåll och därmed nå önskat genomslag.

En genomtänkt kommunikationsstrategi ska vara anpassad till de tänkta mottagarna och baseras på vilken typ av kommunikation dessa är mottagliga för. En målgruppsanpassad och skräddarsydd kommunikation är därför viktig för att förankra och genomföra innehållet och sprida kunskaper från den svenska handlingsplanen.

Säkerställ en tydlig beskrivning och stöd för genomförandet av handlingsplanen

För att kunna förverkliga handlingsplanens innehåll behövs en tydlig beskrivning av hur arbetet ska genomföras och vilken aktör som ansvarar för vilka aktiviteter. Annars finns risk för att målen inte uppfylls eftersom rätt vägledning saknas. Om en sådan beskrivning inte framgår i själva styrdokumentet bör det finnas tillgängligt i andra underlag, helst på ett pedagogiskt och målgruppsanpassat sätt.

En tydlig beskrivning av genomförandet bör också kompletteras med stöd, till exempel process-, kunskaps- eller metodstöd. Utifrån observationerna i den internationella utblicken bedöms det att en nationellt samordnande organisation för att kontinuerligt stödja genomförandet av patientsäkerhetsarbetet är en viktig faktor för att få ett större genomslag av handlingsplanen.

Beskriv uppföljningsprocess för handlingsplanen genom en logisk struktur mellan de olika delarna

En säker koppling mellan styrdokument och utfall kan sällan fastställas, eftersom många olika aktiviteter och faktorer påverkar patientsäkerheten.

Det är därför viktigt att säkerställa möjligheten att följa upp hur aktiviteterna i handlingsplanen bidrar till de uppsatta målen, som i sin tur bidrar till att uppfylla den övergripande målbilden. Ett sätt att säkerställa möjligheten till denna typ av uppföljning är att skapa en logisk koppling mellan aktiviteter, mål och vision. Det är även viktigt att länka aktiviteterna till mål- och processindikatorer så att kontinuerlig uppföljning kan ske.

Utveckla relevanta indikatorer för uppföljning

Uppföljningen av patientsäkerhetsutfall behöver göras med standardiserade mätmetoder (som kan säkerställa jämförbara resultat mellan olika typer av verksamheter och olika delar av landet) och baseras på relevanta patientsäkerhetsindikatorer. Ett utvecklingsområde inom uppföljning är indikatorer inom framgångsområden samt prediktiva indikatorer som mäter risken för vårdskador. Detta framkommer både vid intervjuerna i den internationella utblicken och när svenska experter tillfrågats.

Utvecklade uppföljningsmöjligheter möjliggör att resultat inom patientsäkerhetsområdet kan återkopplas till vårdgivarna. Detta ökar kunskaper och

skapar motivation till att fortsätta utvecklas. Därtill möjliggörs kartläggning av områden som behöver förbättras, vilket bland annat kan ligga till grund för gapanalyser och löpande anpassning av handlingsplanen.

Referenser

1. Regeringsbeslut I:3, 2018-07-12 S2018/04111/FS.
2. Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet? Socialstyrelsen; 2018.
3. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens ansvar. Hämtad 2019-06-11 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-en-patient-drabbas/rapportera-och-anmala/halso-och-sjukvardens-ansvar>.
4. Wennergren, G. Fyra dödande injektioner ledde fram till Lex Maria. Läkartidningen 2005;102(4):242-43
5. Socialstyrelsen. Lex Sarah. Hämtad 2019-11-15 från <https://www.socialstyrelsen.se/lexsarah>.
6. Patientsäkerhetslag (2010:659).
7. Patientsäkerhet - Vad har gjorts? Vad behöver göras? (SOU 2008:117).
8. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).
9. Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11).
10. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
11. Socialstyrelsen. Hämtad 2018-11-07 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.
12. Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen; 2009.
13. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.
14. Patientsäkerhetssatsning 2014 - överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Regioner, Regeringen; 2013. <https://www.regeringen.se/contentassets/628124e30c044e7f8798902cce15fcbc/godkannande-av-en-overenskommelse-om-forbatttrad-patientsakerhet-2014>.
15. På väg mot en säkrare vård - Patientsäkerhetssatsningen 2011-2014. Sveriges Kommuner och Regioner; 2015.

16. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Socialstyrelsen; 2014.
17. Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen; 2012. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>.
18. Nationellt ramverk för patientsäkerhet. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
19. Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning - hälso- och sjukvård. Sveriges Kommuner och Regioner; 2017.
20. Region Jönköpings län. Patientsäkerhet. Hämtad 2018-10-10 från <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=43116>.
21. Region Östergötland. Patientsäkerhet - strategi och styrande dokument. Hämtad 2020-01-08 från <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Regiondirektor/Ledningsstaben/Patientsakerhet/Strategi-och-styrande-dokument/>.
22. Västra Götalandsregionen. Patientsäkerhetsplan 2018. Hämtad 2020-01-08 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/6278e560-9740-4831-9b01-7c5324fa1d9c/Patients%C3%A4kerhetsplan%202018%20fastst%C3%A4lld%20av%20HSS%20170927.pdf?a=false&guest=true>.
23. Västra Götalandsregionen. Riktlinjer för Patientsäkerhet 2018. Hämtad 2020-01-08 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/331fb302-4c4e-44cf-8227-d226ec8465b5/Riktlinjer%20f%C3%B6r%20patients%C3%A4kerhet%202018.pdf?a=false&guest=true>.
24. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: The National Academic Press; 2000.
25. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME: Sweden. Hämtad 2020-01-08 från <http://www.healthdata.org/sweden>.
26. World Health Organization. Countries: Sweden. Hämtad 2020-01-08 från <https://www.who.int/countries/swe/en/>.
27. OECD. OECD.Stat: Health care quality indicators. Hämtad 2020-01-08 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.

Bilaga 1. Intervjuade företrädare för undersökta länder och organisationer

Land/organisation	Namn på informant	Funktion
Norge	Anne-Grete Skjellanger	Chef för sekretariatet, Pasientsikkerhetsprogrammet
Danmark	Inge Kristensen	Direktör, Danske Selskab for Patientsikkerhed
Danmark	Lena Gravensen	Enhetschef, Styrelsen for patientsikkerhed
Finland	Taina Mäntyranta	Generalsekreterare vid social- och hälsovårdsministeriet
Finland	Outi Lyytikäinen	Professor, Institutet för Hälsa och Välfärd (THL)
Tyskland	Ilona Köster-Steinebach	Manager, Aktionsbündnis Patientensicherheit
Australien	Nonnie Oldham	CEO, Australian Commission on Safety and Quality
Nya Zeeland	Janice Wilson	Chief executive, Health Quality and Safety Commission
Kanada	Sandi Kossey och Markirit Armutlu	Senior director respektive Senior program manager, Canadian Patient Safety Institute
England	Mike Durkin	Senior Adviser on Patient Safety Policy and Leadership, Institute of Global Health Innovation, Imperial College London
Skottland	Joanne Matthews	Head of Safety, IHUB
Nederländerna	Cordula Wagner	Executive director/Professor of patient safety, NIVEL
WHO	Simon Feldbaek Peitersen	Consultant on patient safety
OECD	Ane Aaraaen	Health Policy Analyst
IHI	Tejal K. Gandhi	Chief Clinical and Safety Officer

Bilaga 2. Intervjuguide

– internationell utblick med fokus på strategier och handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet

Short background

The Swedish government has assigned the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) a task to develop a national action plan for increased patient safety. In preparation of this, the agency is conducting a worldwide analysis focusing on strategies/action plans regarding patient safety from other countries and organizations. An important part of this work is to conduct interviews. The interviews aim, among other things, to increase our understanding of the current context, the background to why the strategy or action plan was presented, the focus and content of the strategy/action plan etc.

We have tentatively identified your [INSERT NAME OF STRATEGY/ACTIONPLAN] as the most central strategy/action-plan-document, and the interview will thus mainly focus on this.

[Ask if the respondent has any questions about the project, process or interview before we begin]

Initial questions

- 1. Please tell us briefly about your background, current function and the organization that you represent**

Questions about context (patient safety work in general, motives and background to the strategy etc.)

- 2. Can you please describe the ongoing patient safety work in your country and how this relates to the strategy/action plan that we are analyzing** (for example, how long has the work been a national matter, Would you describe the work as successful)?
- 3. What was the background to why the strategy/action plan was developed? Can you describe the motive/motives** (For example was it developed as a part of a broad national initiative? Was it developed because of a certain analysis focused on needs, challenges etc.)?

4. **Do you know if any specific economic management is linked to the national patient safety work (including the strategy/action plan)? In that case, how would you describe it** (has any financial resources been earmarked for this matter for example, is the management effective and so on)?

Questions about structure

5. **Do you have any reflections regarding the structure of the strategy/action plan** (for example thoughts about its structural focus such as the balance between high-level strategy and more operational action/plan, the chosen timeline etc.)?

Questions about content

6. **Do you have any reflections regarding the content of the strategy/action plan** (for example the selection of and focus on certain thematic areas, the level of detail and so on)?

Questions about processes

7. **What can you tell us about the process underlying the strategy/action plan** (would you describe it as inclusive? Was it formulated based on any prior strategies or action plans etc.)?
8. **Can you describe key processes linked to the strategy/action plan** (for example regarding implementation, monitoring/evaluation or communication)?

Questions about results

9. **Do you know if the strategy/action plan has been evaluated? If so, can you tell us anything about the conclusions?**
10. **How would you describe the impact of the strategy/action plan? Has it led to increased patient safety? If so, what explanation factors would you emphasize?**

Questions about lessons learned

11. **Based on your overall knowledge and experience, what lessons have you learned when it comes to developing a strategy/action plan for improved patient safety** (If you could redo the entire process what would you do differently, and what recommendations would you give the Swedish National Board of Health and Welfare in this matter)?

[Ask if the respondent has any other thoughts or reflections that he/she wants to present]

Bilaga 3. Samverkansmöte den 19 november 2018: nationell handlingsplan för patientsäkerhet

Deltagare i mötet

Namn	Myndighet/organisation
Fanny Bergman	Folkhälsomyndigheten
Charlotte Asker Hagelberg	Läkemedelsverket
Ewa Sunneborn	IVO
Axel Ros	Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet (NSG)
Charlotta Nelsson	NSG
Marga Brisman	NSG
Maria Omberg	NSG
Lilian Carlessen	MAS/MAR
Rikard Johansson	Almega
Mona Ahlberg	Patientnämnd
Gunilla K Nordström	Patientnämnd
Hans Rutberg	Svenska läkaresällskapet
Marion Lindh	Svenskt forum för vårdkvalitet
Michael Soop	f.d. Socialstyrelsen
Anna Dahlgren	Karolinska institutet
Rita Fernholm	Karolinska institutet
Marita Danielsson	Linköpings universitet
Mirjam Ekstedt	Linnéuniversitetet
Jonas Wrigstad	Lunds universitet
Charlotta George	Socialstyrelsen
Carina Skoglund	Socialstyrelsen
Louise Djurberg	Socialstyrelsen
Urban Nylén	Socialstyrelsen
Jonas Lundberg	Lumell
Fahim Sharan	Lumell
Anna Alassaad	Lumell

Bakgrund, syfte och genomförande av mötet

En viktig del i det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har i att utarbeta en nationell handlingsplan för patientsäkerhet är att samråda med myndigheter, huvudmän och andra berörda aktörer inom patientsäkerhetsområdet. Mot bakgrund av detta anordnar Socialstyrelsen ett antal nationella träffar dit intressenter från ett stort antal organisationer bjuds in.

Syftet med mötet den 19 november var att förmedla preliminära resultat från den internationella utblick som genomförts under hösten 2018 för att generera lärdomar i arbetet med att ta fram en svensk nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Ett annat viktigt syfte var att lyssna in deltagarnas perspektiv på vad de preliminära insikterna från analysen betyder för det fortsatta arbetet med handlingsplanen.

Mötet genomfördes i form av en workshop där deltagarna fick ta del av resultat och insikter från den internationella utblicken och därefter i grupper diskutera vad som är viktigt vid utveckling av en svensk handlingsplan.

Bilaga 4. Landfakta Sverige

Översiktliga landfakta – Sverige

Figur 16. Sammanställning av landfakta (25), (26)

Landfakta	
Befolkning (miljoner)	10 (2017)
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	80,8/84,2 (2017)
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	2,7 (2017)
Sjukvårdskostnad (%GDP)	11,9 (2014)



Ingen tydlig trend kan ses inom undersökta patientsäkerhetsindikatorer i Sverige

Analyser av tillgängliga data från OECD (se Figur 17 nedan) uppvisar ingen tydlig trend kring Sveriges utfall inom patientsäkerhetsområdet över tid.

Figur 17. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD-data) över tid i Sverige (27)



För några indikatorer kan en viss variation noteras. Exempelvis har antalet kvarlämnade främmande kroppar under operation svängt upp och ner under perioden 2009 till 2015. För indikatorerna post-op lungemboli och post-op djup ventrombos minskar antalet fall fram till 2012 respektive 2013, men därefter började antalet fall att öka igen.

De övriga indikatorerna har legat på en relativ stabil nivå de senaste fem åren utan tecken till några större förändringar.

Bilaga 5. Land- och organisationsrapporter

Tre internationella organisationer (OECD, WHO, IHI) – samlade lärdomar	67
Australien.....	87
Danmark.....	115
England	137
Finland	163
Kanada.....	185
Nederländerna	219
Norge	241
Nya Zeeland	261
Skottland.....	285
Tyskland	307

Tre internationella organisationer – samlade lärdomar

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av de undersökta organisationerna.....	4
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).....	4
World Health Organisation (WHO)	5
Institute for Healthcare Improvement (IHI)	9
Samlade observationer och inspel – vilket innehåll bör ett styrdokument fokusera på?	12
Observationer och inspel från OECD.....	12
Observationer och inspel från WHO	12
Observationer och inspel från IHI.....	13
Samlade observationer och inspel – hur bör centrala processer för genomförande se ut?	14
Observationer och inspel från OECD.....	14
Observationer och inspel från WHO	15
Observationer och inspel från IHI.....	16
Samlade observationer och inspel – hur bör centrala processer för uppföljning se ut?	17
Observationer och inspel från OECD.....	17
Observationer och inspel från WHO	18
Observationer och inspel från IHI.....	18
Referenser	19

Introduktion

De internationella organisationerna Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organisation (WHO) och Institute for Healthcare Improvement (IHI) är alla viktiga aktörer i det globala patientsäkerhetsarbetet.

I första delen av denna rapport har vi fokuserat på att kort beskriva det arbete som organisationerna genomför samt gjort nedslag i några exempel på aktiviteter som de bedriver inom patientsäkerhetsområdet. Därefter följer ett avsnitt där vi beskriver observationer från intervjuade företrädare från organisationerna, gällande vad de anser är viktiga förbättringsfaktorer inom patientsäkerhetsområdet. Dessa medskick berör främst de delar i analysramverket som handlar om innehåll och process.

Sammanfattningsvis syftar vår analys av de internationella organisationerna till att dels få en samlad bild av vad som görs inom patientsäkerhetsområdet på global nivå, dels få en ökad förståelse för vad som kan vara bra att tänka på vid framtagandet av nationell handlingsplan för patientsäkerhet i Sverige.

Figur 1. De tre internationella organisationerna som har analyserats i denna rapport



Beskrivning av de undersökta organisationerna

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

OECD främjar policyutveckling för ekonomisk och social utveckling på global nivå

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) bildades år 1961 av 18 europeiska länder samt USA och Kanada. Syftet var att stärka ett globalt samarbete för ekonomisk och social utveckling (1). Idag består OECD av totalt 36 medlemsländer. Organisationen samarbetar även med icke-medlemsländer – däribland snabbt växande ekonomier så som Kina, Indien, Indonesien, Sydafrika och Brasilien. Tillsammans står dessa länder för 80 procent av världshandeln, vilket ger OECD en betydande roll i att bedriva frågor kring utmaningar som berör världsekonomin.

En av organisationens kärnverksamheter är att samla in och analysera data som rapporteras in av medlemsländerna inom en rad olika ämnesområden, bland annat inom utbildning, migration, klimat och hälsa. Analyserna presenteras för OECD:s kommittéer, vilka består av representanter från medlemsländerna. Detta utmynnar i sin tur i förslag till åtgärder, överenskommelser och riktlinjer som medlemsländerna använder för att guida och informera om beslutsprocesser för policies.

OECD:s insamling av data inom hälso- och sjukvårdsområdet syftar till att stödja länder att utveckla välfungerande hälso- och sjukvårdssystem med god tillgänglighet, effektivitet och kvalitet inom områden som folkhälsa, jämlik vård, sjukvårdsutgifter, läkemedel och medicintekniska produkter samt kvalitet och utfall i vården. Resultaten från arbetet samlas i publikationer, som ofta innehåller dels statistiska jämförelser mellan länder, dels policyrekommendationer för hur specifika problemområden kan adresseras och utvecklas.

Inom patientsäkerhetsområdet fokuserar OECD på internationell uppföljning, jämförelser och policyanalys

Patientsäkerhet är en viktig del av OECD:s arbete med kvalitet och utfall i hälso- och sjukvården. I samarbete med WHO och världsbanken tog OECD 2018 fram en rapport som belyser det stora behovet av säkerhet och kvalitet i arbetet mot allmän sjukförsäkring för alla (2). OECD:s arbete med att utveckla kvalitetsindikatorer för patientsäkerhet har bedrivits i över tio år, och har resulterat i en uppsättning patientsäkerhetsindikatorer (3) som täcker akut och primärvård och är utformade för att gå i linje med WHO:s Global Challenges on Patient Safety. Resultat rapporteras in av många av medlemsländerna och baseras på respektive lands datakällor. Med tanke på att det finns skillnader mellan länderna i vilket sätt data för dessa indikatorer samlas in och rapporteras, bör dock jämförelser mellan länderna göras med försiktighet. Den intervjuade företrädaren från OECD betonar därför att indikatorerna

bör ses som ett sätt att väcka uppmärksamhet kring patientsäkerhet, snarare än ett medel för jämförelser och benchmarking (4). Pågående arbete fokuseras nu enligt företrädaren på att förbättra möjligheterna till handling baserad på nuvarande indikatorer, att undersöka nya datakällor och att utveckla nya indikatorer längs hela vårdkedjan (5).

Utöver arbetet med utvecklingen av indikatorer har OECD även under de senaste åren ökat fokus på patientsäkerhetspolicy och publicerat ett antal rapporter som berör patientsäkerhet till mötena Global Ministerial Summits i Bonn och Tokyo (6; 7). Ett exempel är rapporten *"The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level"* från år 2017 (7). I denna redogörs för resultaten från en utredning av de ekonomiska konsekvenserna av vårdrelaterade skador. Av rapporten framgår att behandlingen av vårdrelaterade skador står för ungefär 15 procent av de totala sjukhuskostnaderna i OECD:s medlemsländer. Majoriteten av kostnaderna är konsekvenser av vårdrelaterade infektioner, blodproppar (djup ventrombos), trycksår, avvikelser vid läkemedelsbehandling och felaktig eller försenad diagnos. Eftersom många av dessa skador är undvikbara innebär detta ett enormt slöseri av resurser. Rapporten lyfter även ett antal viktiga komponenter för en ökad patientsäkerhet såsom förebyggande arbete, ett aktivt engagemang hos vårdgivare och patienter och en positiv patientsäkerhetskultur samt en tydlig vision och ledarskap på den högsta nationella nivån för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som omfattar hela vårdkedjan.

World Health Organisation (WHO)

WHO verkar för att skapa en mer hälsosam framtid för människor runtom i världen

World Health Organisation (WHO) bildades 1948 av diplomater från olika länder, i syfte att skapa en organisation för ökat samarbete kring övervakning och spridning av farliga sjukdomar i världen (8). I dagsläget har WHO 194 medlemsländer och mer än 7 000 anställda som arbetar över hela världen.

På organisationens hemsida beskrivs den övergripande målsättningen: *"Building a better, healthier future for people all over the world"* (*"Att skapa en bättre och mer hälsosam framtid för människor runt om i världen"*). För att uppnå detta mål koordinerar WHO internationellt hälsoarbete, bland annat genom att bidra med ledarskap inom hälsofrågor, utforma en forskningsagenda för hälsa och sjukdomar, formulera normer och standarder, utveckla etiska och evidensbaserade riktlinjer och policys, bidra med tekniskt stöd samt övervaka hälsostatus och hälsotrender i omvärlden.

WHO:s arbete fokuserar på ett antal huvudområden:

- Hälso- och sjukvårdssystem i olika länder
- Icke smittsamma sjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes
- Smittsamma sjukdomar som HIV, tuberkulos och malaria
- Hälsosamma levnadsvanor
- Beredskap, övervakning och agerande vid katastrofer och nödsituationer i länder som utgör en fara för hälsan hos befolkningen

- Process- och metodstöd, exempelvis juridiskt stöd vid utvecklingen av internationella överenskommelser eller kommunikationsstöd för spridning av viss hälsorelaterad information.

I en rapport som beskriver WHO:s arbetsprogram för åren 2019–2023, redovisas tre olika prioriteringar för organisationen (9):

- Uppnå allmän sjukförsäkring för alla – med målet att en miljard människor ska ha tillgång till allmän sjukförsäkring.
- Ta itu med hälsorelaterade nödsituationer – med målet att en miljard människor ska skyddas från hälsorelaterade nödsituationer.
- Verka för en bättre hälsa hos befolkningen – med målet att en miljard människor ska uppleva bättre hälsa och välbefinnande.

WHO arbetar med att stötta uppbyggnaden av globalt patientsäkerhetsarbete

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv har WHO en viktig global roll, främst genom sammanställning av kunskapsunderlag samt genom att bidra med ledarskap, expertis och innovativa lösningar. Samordning av internationella ledare, experter, patienter, samhällsorganisationer, industrin och andra nyckelintressenter möjliggör ett globalt samarbete för att förbättra patientsäkerhet och hantera risker inom hälso- och sjukvården.

WHO har formulerat en vision, en mission och en ansats för patientsäkerhetsarbetet (10). Visionen är *”En värld där varje patient erhåller säker sjukvård utan risk för att drabbas av skador. Varje gång, överallt.”* och missionen formuleras som *”Möjliggöra hållbara förbättringar för patientsäkerhet och hantering av risker, i syfte att undvika patientskador”*. Ansatsen för arbetet är att koordinera, sprida och accelerera förbättringsåtgärder för patientsäkerhet och riskhantering inom sjukvården.

Fyra olika strategiska angreppssätt för förbättringsarbete inom patientsäkerhet nämns:

- att bidra med globalt ledarskap och fostra samarbeten,
- att utveckla riktlinjer och verktyg samt bygga kapacitet,
- att engagera patienter och deras familjer i att skapa en säkrare sjukvård,
- att mäta och övervaka förbättringar inom patientsäkerhetsområdet.

Genom att arbeta utifrån dessa strategiska angreppssätt vill WHO uppnå förbättrad patientsäkerhet med reduktion av risker och skador i sjukvården, bättre hälsoutfall, förbättrad patientupplevelse och minskade kostnader.

De strategiska angreppssätten konkretiseras i sin tur genom ett antal definierade aktiviteter. Nedan redovisas några exempel på aktiviteter inom varje strategiskt angreppssätt.

Att bidra med globalt ledarskap och främja samarbeten

- **Global Patient Safety Challenge.** Syftet med detta projekt är att få länder att arbeta med ett specifikt temaområde som anses utgöra stor risk för patientsäkerheten. WHO bidrar här med ledarskap och vägledning för att – tillsammans med medlemsländer, experter och andra nyckelintressenter –

utveckla och genomföra åtgärder som skapar förbättring inom det specificerade temaområdet. Exempel på temaområden för genomförda "Patient Safety Challenges" är vårdrelaterade infektioner och patientsäkerhetsrisker i samband med kirurgi. 2018 startade ett tredje projekt, vilket har fokus på läkemedelsrelaterade vårdskador. Målsättningen är att på fem år minska allvarliga, undvikbara läkemedelsrelaterade skador med 50 procent globalt.

- **Global Ministerial Summits on Patient Safety.** Tillsammans med Tyskland och Storbritannien organiserar WHO årliga internationella samlingar, där hälsoministrar, politiker, experter och representanter från andra organisationer kan samlas och diskutera prioriteringar inom patientsäkerhetsområdet. Dessa möten syftar till att sätta patientsäkerhet på den politiska agendan samt skapa en gemensam bild kring vilka områden som arbete behöver bedrivas för en förbättrad patientsäkerhet.

Att utveckla riktlinjer och verktyg samt bygga kapacitet

- **Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide.** WHO har utvecklat en guide för att stödja universitet, högskolor och institutioner runt om i världen att inkorporera patientsäkerhet som ett ämne i utbildningar av vårdpersonal (till exempel tandläkare, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och farmaceuter).
- **The WHO Surgical Safety Checklist.** En checklista inför kirurgiska ingrepp har tagits fram i syfte att öka patientsäkerheten i samband med kirurgi. Checklistan ska underlätta kommunikation och samarbete mellan vårdpersonalen under operationer. I dagsläget används checklistan i hela världen och har visat sig bidra till att markant sänka morbiditet och mortalitet i samband med kirurgi.

Engagera patienter och närstående i att skapa en säkrare sjukvård

- **Patient for Patient Safety.** Detta är ett program med syftet att öka patienters involvering i arbetet med att skapa en säkrare vård. Projektet startade med att ett antal patienter, som själva hade drabbats av en vårdrelaterad skada, samlades i workshop tillsammans med företrädare från professionerna för att dela med sig av sina erfarenheter. Detta gjordes i syfte att öka uppmärksamheten kring patientsäkerhet och skapa en bättre förståelse för hur patienter upplever säkerheten inom sjukvården. Det anordnas regelbundna workshops, där patientrepresentanter, vårdpersonal, chefer/ledare och representanter från sjukvårdsorganisationer och politiken samlas och utbyter erfarenheter och kunskap kring patientsäkerhet. Förutom att öka kunskap kring patientsäkerhet bidrar programmet till att göra patienterna till medaktörer vid utformning av åtgärder för ökad patientsäkerheten inom sjukvården.

Mäta och följa förändringar av resultat inom patientsäkerhetsområdet

- **Utveckling av mätning och uppföljning.** WHO samarbetar med andra internationella organisationer, så som OECD, World Bank Group och Health Data Collaborative, i utvecklandet av verktyg för mätning av patientsäkerhet och vägledande underlag till hur resultat inom patientsäkerhetsområdet kan följas och utvärderas. WHO:s främsta mål är att utveckla metoder för att bygga infrastruktur för informationsinsamling och spridning, i syfte att möjliggöra monitorering och uppföljning.

Global Action on Patient Safety

WHO har i en nyligen publicerad rapport beskrivit ett antal prioriterade områden inom den globala patientsäkerhetsagendan (11). Dessa inkluderar:

- Implementering av förbättringsåtgärder inom patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdssystemets alla delar.
- Stärka patientsäkerheten inom primärvården.
- Använda evidens och kunskap från aktuell forskning vid utformningen av policy och åtgärder inom patientsäkerhetsområdet.
- Ökad involvering av patienter, anhöriga och andra samhällsaktörer i patientsäkerhetsarbetet.
- Säkerställa ett effektivt ledarskap samt att vårdpersonal har rätt kompetenser inom patientsäkerhet.
- Tillgängliggöra information kring avvikelser och patientsäkerhetsbrister genom ändamålsenliga rapporterings- och lärandesystem.
- Använda digitala hjälpmedel för att förbättra patientsäkerhetsarbetet, exempelvis vid rapportering av avvikelser, analys av inrapporterade data, uppföljning av förbättringsåtgärder och utbildning av vårdpersonal.
- Arbeta med patientsäkerhetskultur i hälso- och sjukvårdssystemet för att skapa förbättringar på systemnivå.
- Koordinera patientsäkerhetsarbetet på global nivå, vilket skapar förutsättningar för att länder kan dela med sig av information och lära sig från varandra inom patientsäkerhetsområdet.

I rapporten beskrivs även vilka roller de olika nyckelintressenterna har inom det globala patientsäkerhetsarbetet. Det nämns exempelvis att regeringar bör bidra med politiskt stöd och resurser för att implementera nödvändiga åtgärder inom patientsäkerhetsområdet i hälso- och sjukvårdssystemet. Regeringar har även en viktig uppgift i att skapa förutsättningar för samordning och samarbete mellan olika aktörer i det nationella patientsäkerhetsarbetet. WHO:s roll är att arbeta tillsammans med länder, internationella organisationer och andra experter och bidra med kunskap och stöd i utvecklingen av patientsäkerheten i länderna.

Utifrån rapporten pågår ett arbete att utarbeta resolutioner på patientsäkerhetsområdet. Nyligen publicerades ett utkast på resolution som tagits fram av ett flertal länder (12).

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

IHI driver förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård världen över

Den amerikanska organisationen Institute for Healthcare Improvement (IHI) bildades 1991 med syftet att arbeta med förbättring av hälso- och sjukvårdssystemet för att minimera avvikelser, resursslöseri, försenade diagnoser och onödiga kostnader (13). Till en början låg fokus på den amerikanska sjukvården, men efter hand har organisationen växt i storlek och fått stort inflytande över det globala förbättringsarbetet.

IHI arbetar tillsammans med sjukvårdsorganisationer och representanter från andra länder för att förbättra kvalitet, patientsäkerhet och utfall inom hälso- och sjukvården – främst genom implementering av förbättringsvetenskap. Vägledande för IHI:s arbete är deras vision: *"Alla har den bästa möjliga vården och hälsan"* och deras mission *"Förbättra hälsa och sjukvård över hela världen"* (14).

Enligt intervjuade företrädare för IHI har organisationen en unik position när det kommer till att bygga kunskap och kompetens inom förbättringsarbete, till exempel genom utbildningar och forum för kunskapsutbyte. Under åren har IHI även utvecklat ett antal olika verktyg för att driva och genomföra förbättringsarbete för ökad kvalitet inom sjukvården. Ett exempel är det teoretiska ramverket *"Triple Aim"* (15). Ramverket beskriver tre huvudsakliga mål för förbättringsarbete: att förbättra patienters upplevelse, att förbättra hälsan hos befolkningen och att sänka sjukvårdskostnaden per person. Ett flertal sjukvårdsorganisationer och länder har använt sig av detta ramverk vid utformningen av sina egna kvalitetsstrategier för sjukvården.

IHI arbetar med kapacitetsuppbyggnad med fokus på patientsäkerhet

IHI:s arbete koncentreras på fem nyckelområden, varav patientsäkerhet är ett. Den formulerade målsättningen inom patientsäkerhet lyder *"Att främja ett systemövergripande förhållningssätt för säkerhet i världen. Tillsammans med likasinnade hälso- och sjukvårdsledare, organisationer, utförare och patienter driver IHI innovativt tänkande och stora framsteg som ingen av oss ensamma hade kunnat uppnå"* (16).

Det patientsäkerhetsarbete som IHI bedriver har främst fokus på:

- Stärka och befästa patientsäkerhetsagendan. I USA leder IHI ett brett initiativ med flera organisationer för att ta fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet. IHI stödjer också patientsäkerhetsprojekt i central- och Sydamerika, Mellanöstern, Afrika och Europa.
- Engagera ledare i förändringsarbetet. IHI bidrar med strategisk vägledning och innovativt tänkande för att hjälpa ledare på alla nivåer att ta till sig, skapa och implementera verktyg och strategier som driver förändring.
- Stärka patientsäkerhetskultur. IHI tillhandahåller verktyg och ramverk för att mäta patientsäkerhetskultur, identifiera utvecklingsområden och för implementering.

- Utveckla kunskap och färdigheter. IHI erbjuder olika program (till olika nivåer från studenter till högsta ledning) som lär ut patientsäkerhets- och förändringsledningskunskap.

IHI har utvecklat en rad olika verktyg för att stödja förbättringsarbetet inom patientsäkerhet som kan användas av aktörer inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är ramverket för förbättrad patientsäkerhet på systemnivå (Figur 2) (17). Ramverket bygger på två grundpelare: kultur och system för lärande. Grundpelarna utgörs i sin tur av nio olika arbetsområden för förbättrad patientsäkerhet. Ramverket publicerades i rapporten *"A Framework for Safe, Reliable and Effective Care"* där en närmare beskrivning av beståndsdelarna i ramverket även redovisas.

Figur 2. Visualisering av IHI:s ramverk för att förbättra patientsäkerhet på systemnivå (17)



Ett annat verktyg är metoden Global Trigger Tool för att hitta och mäta vårdrelaterade avvikelser (18). Metoden bygger på journalgranskning och användningen har spridits internationellt. I Sverige har metoden etablerats i sjukhusvården och utvecklats också för psykiatri och hemsjukvård.

Förutom framtagandet av verktyg och resurser för förbättring inom patientsäkerhetsområdet har IHI aktivt deltagit i att driva fram specifika patientsäkerhetsprogram runt om i världen (19). Exempelvis samarbetade IHI med den brittiska välgörenhetsorganisationen "The Health Foundation" för att lansera projektet "Safer Patients Initiative". Detta var ett fyraårigt program med fokus på implementeringen av en rad olika kvalitetsförbättrande åtgärder inom slutenvården runt om i Storbritannien. Ett annat exempel var det samarbete, som inleddes med den skotska regeringen 2008, med syfte att utforma det skotska patientsäkerhetsprogrammet "Scottish Patient Safety Program". Detta program är internationellt erkänt för att ha uppnått goda resultat inom patientsäkerheten i Skottland.

Enligt företrädare för IHI, driver organisationen just nu ett arbete för att ta fram en nationell handlingsplan för patientsäkerhet i USA. IHI:s roll i detta

arbete är att samordna hälso- och sjukvårdens olika aktörer med målet att utveckla en handlingsplan som kan koordinera landets patientsäkerhetsarbete. Målet är att färdigställa handlingsplanen under 2019.

Samlade observationer och inspel – vilket innehåll bör ett styrdokument fokusera på?

I detta avsnitt redovisas intervjuade företrädare för respektive organisations egna observationer, inspel och synpunkter.

Observationer och inspel från OECD

Patientsäkerhet bör vara del i en övergripande strategi för kvalitet

Det är svårt att dra en distinkt gräns mellan patientsäkerhet och kvalitet. Det är, enligt företrädaren, viktigt att patientsäkerhet sammanlänkas med andra aspekter inom kvalitet i vården i ett övergripande strategiskt nationellt angreppssätt. En ökad patientsäkerhet har ett självändamål, men de involverade systemen och processerna kan även bidra till en högre vårdkvalitet generellt, inklusive att öka effektiviteten i vården.

Patientsäkerhetsarbetet bör utvidgas till att omfatta hela vårdkedjan

Historiskt har det varit ett stort fokus på förebyggande av vårdrelaterade skador på sjukhus – detta eftersom det är här som skador oftast har mätts och upptäckts. Informanten menar dock att ansatsen bör utvidgas till att omfatta hela vårdkedjan; vårdavvikelse kan uppstå genom hela vårdförloppet och även förflytta sig genom vårdkedjan. Ett exempel är trycksår som kan uppstå hos patienter som befinner sig på vård- och omsorgsboenden och resultera i att patienten behöver läggas in inom slutenvården. Trycksår som å andra sidan uppstår då patienten ligger inlagd på sjukhus, kan ge konsekvenser i form av behov av längre vårdtid och långvariga konsekvenser efter utskrivning.

I intervjun lyfts även några utmaningar som är förknippade med identifiering av vårdrelaterade skador utanför sjukhus. Bland annat är tillgången till data begränsad, vilket minskar möjligheter till mätning. Som ett positivt exempel, lyfts att vissa länder har påbörjat ett arbete för att på nationell nivå samla in data från exempelvis vård- och omsorgsboende och primärvården.

Observationer och inspel från WHO

Patientsäkerhet bör i högre utsträckning integreras i verksamheterna

Det är viktigt att försöka sträva efter att integrera patientsäkerhet som en del i hela verksamheten. Patientsäkerhet borde således inte betraktas som en egen entitet utan som en naturlig del av kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Ambitionen bör vara att ha ett ”patientsäkerhetstänk” i alla de aktiviteter som utförs inom hälso- och sjukvården, snarare än att driva patientsäkerhet i

form av specifika aktiviteter. Byggandet av en patientsäkerhetskultur ses således som centralt.

Framgångsområden bör fungera som tematisk utgångspunkt

Patientsäkerhetskultur främjas genom att låta patientsäkerhetsarbetet utgå från framgångsområden, bland annat genom att utveckla rätt kompetenser, främja ett gott ledarskap och säkerställa transparens i systemet som kan bidra till lärande från avvikelser i vården. WHO som organisation försöker stödja andra länder i att bygga kapacitet och lärandesystem genom att bistå med råd, verktyg och kunskap inom patientsäkerhetsområdet.

Observationer och inspel från IHI

Patientsäkerhet bör ses som en viktig del av kvaliteten

Den intervjuade företrädaren från IHI betonar, liksom OECD-respondenten, att patientsäkerhet bör ses som en del av det större kvalitetsbegreppet och är kopplat till alla de andra komponenter som ingår inom kvalitet – till exempel jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet. Patientsäkerhet bör i och med detta ses som en grundläggande del i allt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsarbetet har hittills haft fokus på att förebygga fysiska vårdrelaterade skador. Begreppet vårdrelaterade skador bör dock utvidgas från att bara innefatta fysiska skador till att även inkludera emotionella och finansiella skador (till exempel kostnader för patienters vårdrelaterade skador).

Framgångsområden ("foundational areas") lägger en god grund för förbättringsarbete

Som tidigare nämnt, driver IHI ett arbete med att ta fram en ny nationell handlingsplan i USA. Enligt respondenten för IHI, har organisationen i detta arbete valt att fokusera på "foundational areas", vilket på svenska kan översättas till framgångsområden. Fyra framgångsområden har definierats för den nya handlingsplanen:

1. ledarskap och kultur
2. lärandesystem
3. patientinvolvering
4. arbetskraft och säkerhet bland personal.

Genom att arbeta med dessa framgångsområden menar den intervjuade företrädaren att förbättringar kommer kunna ske i flera av patientsäkerhetsutfallen.

Det förväntas dock bli en utmaning att få verksamheter att skifta fokus från att bedriva specifika projekt inom utfallsområden, t ex. infektioner och fallolyckor, till att arbeta med framgångsområden ur ett mer långsiktigt perspektiv. Som en del i detta arbete, försöker IHI samla alla aktörer inom den amerikanska hälso- och sjukvården för att skapa en gemensam förståelse för och samsyn kring fördelarna med att arbeta med framgångsområden.

Samlade observationer och inspel – hur bör centrala processer för genomförande se ut?

I detta avsnitt redovisas intervjuade företrädare för respektive organisations egna observationer, inspel och synpunkter.

Observationer och inspel från OECD

Viktigt att säkerställa strategisk enhetlighet i styrningen för patientsäkerhet på nationell och regional nivå

I många hälso- och sjukvårdssystem finns ett gap mellan aktiviteter på nationell och på regional nivå. Detta beror ofta på att den nationella nivån inte är sammanlänkad med den regionala och/eller att den nationella strategin är svår att följa för de som arbetar på regional och lokal nivå.

Genom att länka samman de olika nivåerna, skapas bättre förutsättningar för att uppnå goda resultat på regional nivå och samtidigt förutsättningar för nationell styrning. Ett medskick från företrädaren från OECD är därför, att en ny nationell handlingsplan för patientsäkerhet bör komplettera de aktiviteter som redan utförs på regional/lokal nivå.

Balans mellan olika styrsignaler förespråkas

Utifrån OECD:s observationer noteras, att styrningen av patientsäkerhetsarbetet skiljer sig betydligt åt mellan länder. Exempelvis har Storbritannien en hårdare form av styrning med stort ansvarsutkrävande från vårdgivarna medan Skottland har ett mjukare och mer stöttande förhållningssätt till vårdgivarna gällande patientsäkerhetsarbetet.

Intervjuade företrädare förespråkar en balans mellan en stöttande (formativa) funktion och en mer uppföljningsorienterad (summativa) styrning för att uppnå bättre resultat. Länder måste därför arbeta med att bygga bort en kultur som baserar sig på skuldbeläggande och istället bygga upp trovärdighet och transparens och ömsesidigt lärande i hela systemet.

Strukturer och processer för ömsesidigt lärande

Det finns en stor potential i att skapa forum eller andra strukturer som tillåter aktörer från olika delar av landet att lära av varandra. Det finns många exempel på där lyckade projekt och goda initiativ bedrivs inom en region där andra regioner också skulle kunna tillämpa erfarenheterna för att slippa ”uppfinna hjulet på nytt”. Respondentens uppfattning är, att verksamheter oftast vill dela med sig av sina erfarenheter, men att det inte alltid finns tillräckligt bra förutsättningar för att göra detta.

Patientinvolvering behövs för identifiering av förbättringsområden

Patienters perspektiv är en viktig utgångspunkt för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet i högre grad utgår från vad som är viktigt för patienterna.

Respondenten menar att uppföljning och användning av vad patienter upplever som patientsäkerhetsbrister kan stärkas. Patienternas åsikter borde därför i högre utsträckning användas som komplement till de indikatorer som används idag för att ge djupare insikter i patientsäkerhetsfrågor. Vidare borde involvering av patienter vid utformningen av de aktiviteter som ska göras inom området uppmuntras.

Observationer och inspel från WHO

Patientsäkerhetsarbete kräver såväl kunskap om systemet som en systematisk ansats

De som ska bedriva patientsäkerhetsarbete måste ha god kännedom om den egna verksamhetens struktur, processer och kultur. Utifrån denna kunskap, kan sedan patientsäkerhet byggas in i hela systemet. Genomförandet måste, enligt intervjuade företrädare, sedan ske systematiskt för att uppnå bästa resultat.

Mjukare styrning är oftast att föredra; när hårdare styrning krävs bör denna ha en konstruktiv ansats

WHO har som fokus i sitt arbete att stötta och motivera andra länder, organisationer eller verksamheter till att bedriva förbättringsarbete. Den intervjuade företrädaren ser många fördelar med denna typ av mjukare styrning av patientsäkerhetsarbetet – där verksamheter uppmuntras till förbättring och utveckling.

Ett bra tillvägagångssätt är, enligt respondenten, att fokusera på strukturer för lärande, där individer och verksamheter får möjlighet att dra lärdomar från misstagen och förbättra vården utifrån detta. En av WHO:s aktiviteter inom patientsäkerhet bygger på att hjälpa länder till att skapa rapporterings- och lärandesystem för avvikelser i vården.

Respondenten betonar dock att det även måste finnas system för tillsyn och övergripande lagstiftning för att säkerställa patientsäkerheten. Ansatsen för detta bör dock vara transparent och konstruktiv, snarare än att bygga på skuldbeläggande och bestraffningar.

Patienter bör ge sin syn på vad patientsäkerhet innebär

Den intervjuade företrädaren från WHO, liksom företrädaren från OECD, lyfter fram patientinvolvering som en mycket viktig aspekt i patientsäkerhetsarbetet. Vidare, menar respondenten att det är många som pratar om patientinvolvering, men att det inte sker så mycket i praktiken.

Patienter bör involveras i patientsäkerhetsarbetet i samma utsträckning som andra nyckelintressenter – både genom att vara med och definiera vad som är viktigt inom patientsäkerhetsområdet, och för att få en förståelse för vad som förväntas av dem i arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Såväl patientorganisationer som individuella patienter bör involveras i arbetet, och detta bör göras inom alla nivåer i sjukvården.

Ett exempel för hur WHO verkar för mer patientinvolvering är organisationens projekt ”Patient for Patient Safety” som är beskrivet tidigare i rapporten.

Observationer och inspel från IHI

Gemensamma mål behövs – särskilt viktigt i komplexa system

Den amerikanska kontexten anges som ett exempel på ett system där det finns en rad olika aktörer på olika nivåer och inom olika verksamheter, som alla arbetar individuellt med sina egna prioriteringsområden. I ett komplext system som detta, blir det viktigt med gemensamma mål för koordinering av patientsäkerhetsarbetet.

Enligt respondenten kan en nationell handlingsplan skapa möjlighet för alla aktörer att gemensamt samlas kring vilka områden som man behöver fokusera på och enas kring hur aktiviteterna bör samordnas för att bästa möjliga resultat ska uppnås.

Ändamålsenlig balans i styrningen behövs

Den intervjuade företrädaren för IHI menar, att det finns vissa fördelar med ett system med direkt styrning – så länge denna ligger i linje med rätt prioriteringar.

I många fall kan styrningsmekanismer, såsom ekonomiska incitament eller bestraffningar (till exempel vitesföreläggande), få vårdgivare att fokusera på viktiga och prioriterade områden. Samtidigt riskerar en sådan styrning få konsekvensen att andra viktiga områden försummas. Respondenten anser därför, att det måste enas om en balans i hur mycket man styr vårdgivarna.

Kapacitetsbyggande är en förutsättning för hållbar förändring

Ett fokus för IHI:s arbete är att bygga kapacitet för förbättringsarbete inom olika organisationer och verksamheter. Enligt den intervjuade företrädaren lägger kapacitetsbyggande grunden för ett långsiktigt förbättringsarbete, och att detta är viktigt inom alla olika nivåer (mikro, meso, makro) inom hälso- och sjukvården.

Kapacitetsbyggande kan exempelvis göras genom att investera i utbildning och träning av vårdpersonal inom förbättringsarbete. IHI övervakar ett certifieringsprogram för vårdpersonal, där personal som uppfyller ett antal olika kunskapskrav kan bli certifierade som ett bevis på tillräcklig kompetens inom patientsäkerhetsområdet. Ett annat sätt är de nationella och internationella konferenser och möten för kunskapsutbyte som IHI anordnar.

Samlade observationer och inspel – hur bör centrala processer för uppföljning se ut?

I detta avsnitt redovisas intervjuade företrädare för respektive organisations egna observationer, inspel och synpunkter.

Observationer och inspel från OECD

Mätning och uppföljning är ett centralt fokusområde för organisationens patientsäkerhetsarbete

Som tidigare nämnt är mätning och uppföljning ett stort fokus för OECD:s arbete då detta anses centralt för att kunna förbättra patientsäkerheten. Det bedrivs ett kontinuerligt arbete för att identifiera indikatorer som kan reflektera patientsäkerhet på ett adekvat sätt.

Enligt den intervjuade företrädaren från OECD är en utmaning kopplad till uppföljning av att olika länder mäter och rapporterar data på olika sätt. Detta försvårar jämförelser. Mot denna bakgrund ser företrädarna från OECD att det är angeläget att utveckla standardiserade metoder för att samla in och mäta data, så att alla sjukvårdsverksamheter kan mäta data på ett konsekvent sätt. I OECD:s rapport *"Measuring Patient Safety - Opening the Black Box"* sammanfattar organisationen tre nödvändiga komponenter för ett system som mäter patientsäkerhet (20):

1. Rapportering av avvikelser i vården
2. Rutinmässig datainsamling
3. Patientrapporterade data.

Patientrapporterade mått behövs för att få en helhetsbild av uppnådda resultat

Intervjuade företrädare från OECD anser att "objektiv" data behöver kompletteras med patientrapporterade mått i syfte att få en bättre helhetsbild av patientsäkerhetsarbetet. Det bedrivs just nu ett projekt inom OECD för att utveckla metoder för patientrapporterade data bestående av enkäter med specifika frågor.

Mer proaktiva/prediktiva analyser behövs inom patientsäkerhetsområdet

Hittills har mycket av mätningen inom patientsäkerhetsområdet baserats på retroaktiv uppföljning av olika utfall. Intervjuade företrädare från OECD upplever att större tyngdpunkt borde läggas på prediktiva indikatorer, som kan användas för att identifiera risker, än på att bara mäta vårdrelaterade skador som redan har skett. Som ett gott exempel lyfts patientsäkerhetsorganisationer i USA, vilka har börjat tänka i dessa banor.

Observationer och inspel från WHO

Uppföljning kan bidra till lärande

Målet med uppföljning ska vara att skapa underlag för lärande kring problemområden som berör patientsäkerhet. Insamling och analys av data bidrar till att skapa en bild av de områden som är i behov av förbättring. Därmed ges möjlighet att kunna fokusera arbetet.

WHO använder sig av data från studier och utredningar för att definiera vilka temaområden organisationen ska arbeta inom. Den intervjuade personen menar att på samma vis bör data med koppling till patientsäkerhet användas som underlag för att förstå vilka temaområden som patientsäkerhetsarbetet bör fokuseras på.

Patientsäkerhetsutfall måste följas upp på flera nivåer för att en helhetsbild ska kunna etableras

Det är viktigt att följa upp utfall kring patientsäkerhet inom alla olika nivåer – verksamhetsnivå, regional nivå och nationell nivå. Detta för att kunna få en helhetsbild av utvecklingen.

Förutom värdet av att få en helhetsbild av alla nivåer betonas också vikten av att få en uppfattning av eventuella regionala variationer samt en förståelse för varför dessa variationer uppstår. Resultat av denna typ av uppföljning kan sedan användas för att få politiskt stöd till förbättrande aktiviteter.

Observationer och inspel från IHI

Mätmetoderna behöver generellt förbättras, exempelvis för att kunna följa framgångsområden

Mätmetoder för uppföljning av patientsäkerhet behöver förbättras generellt. IHI samarbetar i det här avseendet med andra internationella organisationer, som OECD och WHO, för att utveckla bättre metoder för mätning inom patientsäkerhetsområdet.

Idag finns möjligheter för uppföljning främst inom utfallsområden. Behov av att hitta sätt att mäta och följa utvecklingen inom framgångsområden, så som ledarskap och patientsäkerhetskultur, nämns. Den intervjuade företrädaren menar även att prediktiva indikatorer, som mäter risk snarare än retrospektiva utfall inom patientsäkerhetsområdet, behöver tas fram.

Uppföljning kan bidra till ökad motivation eftersom det öppnar upp för jämförelser mellan olika aktörer

Att kunna mäta och följa upp resultat är en stark motiverande faktor för vårdgivare att arbeta med vissa förbättringsområden. Detta eftersom resultaten öppnar upp för jämförelser mellan vårdgivare, vilket i sin tur driver på viljan att prestera bättre (i synnerhet i en amerikansk kontext).

Mot bakgrund av detta ser den intervjuade företrädaren det som särskilt viktigt att utveckla bra mätmetoder för framgångsområden, i syfte att uppmuntra vårdgivarna till att vilja arbeta med dessa områden.

Referenser

1. OECD. About the OECD. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.oecd.org/about/>.
2. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative. Geneva: OECD/WHO/World Bank Group; 2018.
3. Drösler S, Romano R, Wei L. Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009. Paris: OECD; 2009.
4. Health at a Glance 2017, OECD Indicators. Paris: OECD; 2017.
5. Measuring patient safety. Opening the black box. Paris: OECD; 2018.
6. Auraaen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care. Paris: OECD; 2018.
7. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD Health Working Papers; 2017(96).
8. The Global Guardian of Public Health. World Health Organization; 2016.
9. Draft thirteenth general programme of work, 2019-2023. World Health Organization; 2018.
10. Patient Safety: Making health care safer. World Health Organization; 2017.
11. Patient Safety: Global action on patient safety. 144th Session, provisional agenda item 6.6. World Health Organization; 2018.
12. Global action on patient safety, Draft resolution. 144th Session, Agenda item 6.6. World Health Organization; 2019.
13. Institute for Healthcare Improvement. History. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.ihl.org/about/Pages/History.aspx>.
14. Institute for Healthcare Improvement. Vision, Mission and Values. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.ihl.org/about/pages/ihivisionandvalues.aspx>.
15. Institute for Healthcare Improvement. The IHI Triple Aim. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>.
16. Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety - Overview. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.ihl.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx>.

17. Frankel A, et al. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.
18. Griffin F, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition), IHI Innovation Series white paper. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
19. Institute for Healthcare Improvement. IHI Timeline 2018. Hämtad 2020-01-20 från http://www.ihi.org/about/Documents/IHI_Timeline_2018.pdf.
20. Measuring Patient Safety - Opening the Black Box. OECD; 2018. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>.
21. Global Action on Patient Safety EXECUTIVE BOARD 144th session Agenda item 6.6. World Health Organization; 2019. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_CONF8Rev1-en.pdf.

Landrapport Australien

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta – Australien	4
Det australiensiska hälso- och sjukvårdssystemet är universellt men kan kompletteras med privata försäkringar	4
Små förändringar i patientsäkerhetsutfallen över tid	5
Det nationella patientsäkerhetsarbetet sträcker sig tillbaka till år 1995	5
Styrdokumentets struktur	9
Den strategiska planen kan i första hand beskrivas som en strategi....	9
Den strategiska planen verkar rikta sig brett i enlighet med kommissionens arbete	9
Den strategiska planen kan beskrivas som kortfattad slagkraftig och paketerad i ett tillgängligt format	10
Kommunikation ses som ett viktigt redskap för att uppnå ökad patientsäkerhet	10
Den valda strategiperioden baseras inte på grundlig analys	11
Styrdokumentets innehåll.....	12
Fyra tematiska prioriteringsområden utgör grunden för den strategiska planens innehåll.....	12
Tänkbara aktiviteter redovisas indirekt och på en övergripande nivå genom beskrivningen av framgångsrika utfall	14
Den använda definitionen av patientsäkerhet indikerar på samma gång en smal och bred ansats	15
Den tematiska betoningen ligger framför allt på framgångs- och utfallsområden	15
Styrdokumentets processer	17
Styrdokumentet har tagits fram genom en bred konsultativ process	17
Beskrivningen av genomförandet är begränsad i själva styrdokumentet men framkommer i kommissionens "Work plan"	18
Styrdokumentets resultat.....	22
Årsrapporterna pekar på att goda resultat uppnåtts	22
Kommissionsföreträdare pekar på att den strategiska planen sannolikt haft begränsad effekt på utfall.....	24
Nyckelintressenters syn på styrdokumentet inväntas	25
Referenser	26

Introduktion

I analysen av Australien fokuserar vi på den nationella organisationen *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (hädanefter benämnd som kommissionen) och deras framtagna styrdokument. Kommissionen är en så kallad federal samväldesenhet (Commonwealth entity), vilket i detta sammanhang och i korthet innebär att den ansvarar för det federala arbetet för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. År 2014 publicerade kommissionen ett övergripande strategidokument, ”Strategic Plan 2014–2019”, för arbetets inriktning och fokus. Detta dokument utgör utgångspunkten för våra analyser.

Analyserna har kompletterats med information som framkommit i intervju med företrädare från kommissionen samt annan relevant information, bland annat från andra interna styrdokument samt från kommissionens hemsida.

Nedan redovisas våra slutsatser från genomförda analyser utifrån det tillämpade analysramverket.

Figur 1. Strategic Plan 2014–2019



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Australien

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta	
Befolkning (miljoner)	24,1 (2016)
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	80,5/84,6 (2016)
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	3,9 (2016)
Sjukvårdskostnad (%GDP)	9,45 (2015)



Det australiensiska hälso- och sjukvårdssystemet är universellt men kan kompletteras med privata försäkringar

Det australiensiska hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som relativt komplext och det styrs på tre olika nivåer: federal nivå, delstatlig nivå (delstater och territorier) samt lokal nivå (3). Den federala nivån ansvarar bland annat för fördelning av ekonomiska medel till delstaterna för drift av hälso- och sjukvården. Den federala nivån ansvarar även för att tillhandahålla såväl primärvård som apotek. Den största delen av ansvaret för utförandet av sjukvården ligger emellertid på den delstatliga nivån. Delstaterna och territorierna tillhandahåller specialistvård, barntandvård och äldreomsorg. Denna vård finansieras både av federala och delstatliga medel. På den lokala nivån drivs olika typer av förebyggande folkhälsoinsatser (public health programs) såsom vaccinationsprogram.

Australien har likt Sverige ett universellt sjukvårdssystem, men detta kompletteras av privata försäkringsalternativ. Den skattefinansierade delen – som kallas för Medicare – ger alla medborgare tillgång till primärvård och specialiserad sjukhusbaserad vård. Därutöver finns möjlighet för enskilda att teckna

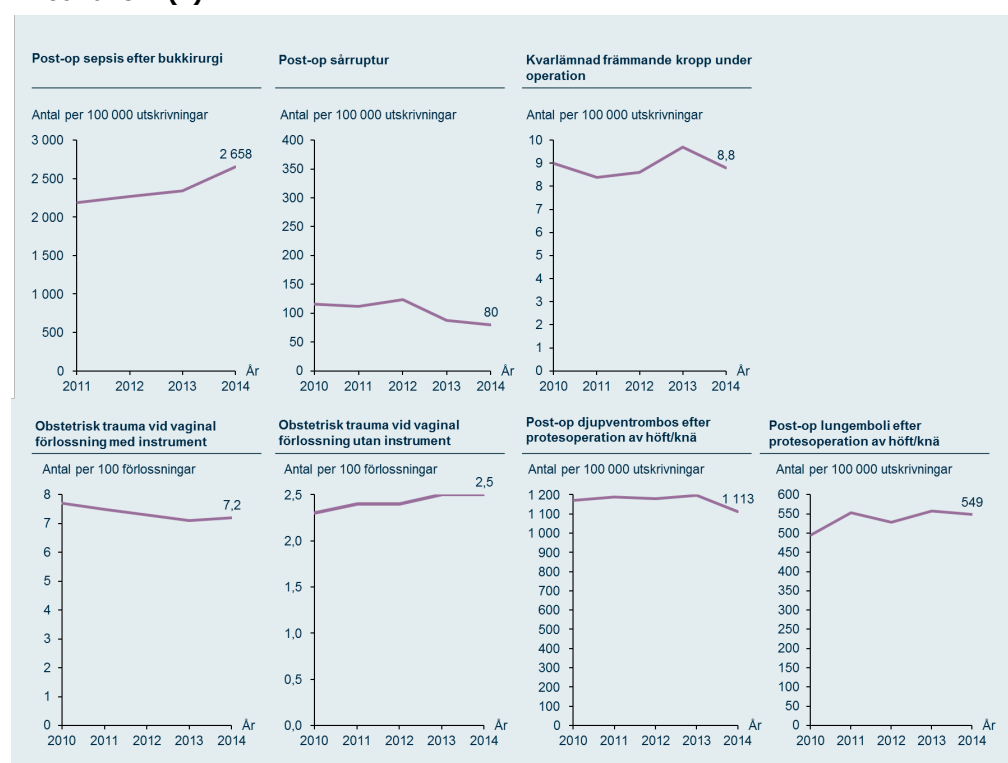
kompletterande privata sjukförsäkringar. Försäkringarna innebär en större valfrihet för patienten vad gäller utförare och ger en snabbare tillgång till icke-akut vård. År 2016 hade nästan hälften av befolkningen tecknat en privat sjukförsäkring. Enligt intervjuade företrädare från kommissionen är den privata vårdsektorn framför allt inriktad på elektiv kirurgisk behandling samt behandling av psykisk ohälsa.

Små förändringar i patientsäkerhetsutfallen över tid

Analysen av tillgängliga data från OECD (se Figur 3 nedan) visar att Australiens utfall inom patientsäkerhetsområdet har varit relativt konstant över de undersökta åren.

För några indikatorer kan en viss förändring noteras. Exempelvis har antalet fall av post-operativ sepsis efter bukkirurgi ökat något mellan år 2011 och 2014. För indikatorn post-op sårruptur har det istället skett en viss minskning (det vill säga förbättring); år 2010 var det nästan 120 stycken fall med ruptur per 100 000 utskrivningar och år 2014 hade detta sjunkit till 80 stycken.

Figur 3. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD data) över tid i Australien (4)



Det nationella patientsäkerhetsarbetet sträcker sig tillbaka till år 1995

En vetenskaplig studie lade grunden till det nationella förbättringsarbetet med fokus på patientsäkerhet

År 1995 publicerades en australiensisk studie som visade att vårdavvikelser (adverse events) skedde i samband med nära 17 procent av samtliga sjukhus-

inskrivningar (5). Resultatet uppmärksammades brett och redan år 1999 fattades det på federal och delstatlig nivå beslut om att ett nationellt samordnat förbättringsarbete, bland annat med fokus på patientsäkerhet, skulle införas (6).

Mot denna bakgrund tillsattes år 2000 ett särskilt nationellt råd för säkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården (Australian Council for Safety and Quality in Health Care). Rådet ägnade sig åt att ta fram verktyg och riktlinjer samt organisera det nationella kvalitets- och säkerhetsarbetet inom sjukvården. Ett av rådets första uppdrag var att identifiera prioriteringsområden. Uppdraget rapporterades till Hälsoministeriet genom en nationell handlingsplan ("National Action Plan") år 2000. Områdena som här lyftes fram var att verka för: 1) mer ändamålsenlig dataanvändning i syfte att identifiera och förebygga systemfel, 2) bättre styrsystem på klinisk nivå och 3) tydlig säkerhetskultur inom sjukvården. Sammanfattningsvis låg prioriteringsområdena till grund för rådets fortsatta förbättringsarbete och en rad olika program respektive projekt initierades med målet att förbättra vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

År 2006 omvandlades rådet till den nationella kommissionen för säkerhet och kvalitet

Rådet för säkerhet och kvalitet var aktivt i sin ursprungliga form fram till år 2006. Därefter fattade regeringen beslut om att arbetet skulle fördjupas och vidareutvecklas. Rådet omvandlades då till den Australiensiska Kommissionen för Säkerhet och Kvalitet i sjukvården ("Australian Commission on Safety and Quality in Health Care") (6). Kommissionen, som är verksam än i dag, har som huvudsaklig uppgift att driva samt arbeta med angelägna säkerhets- och kvalitetsfrågor på en övergripande nationell nivå (7). Den samarbetar med en rad olika aktörer såsom patienter, brukare, vårdpersonal, chefer, vårdgivare, organisationer och politiska ledningar.

År 2010 tog exempelvis kommissionen fram ett nationellt ramverk för säkerhets- och kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården och de publicerar löpande rapporter som ger en bild av det rådande läget samt hur det övergripande förbättringsarbetet går. Kommissionens arbete har inte fokus på förbättrad kvalitet och patientsäkerhet inom tandvården och när det gäller socialtjänsten omfattas enbart äldreomsorg samt vård av personer med funktionsnedsättning.

Ny lagstiftning ändrade kommissionens roll år 2011

År 2011 trädde ny lagstiftning, i form av "The National Health Reform Act" i kraft (8). Denna lag syftade till att öka samarbetet mellan den federala regeringen och delstaterna/territorierna. I och med lagändringen blev kommissionen en så kallad federal samväldesenhet ("Commonwealth entity") och denna rapporterar till regeringen, bland annat genom att ansvarig minister godkänner en treårig arbetsplan. Intervjuade företrädare beskriver kommissionen som ett ovanligt organ vars verksamhet utgår från en harmonierad syn på kvalitet och säkerhet.

*"Vi är ett ovanligt organ och det kan uttryckas som att vi är **hjärtat av regeringens ansats** [...] Vi tillämpar ett harmoniserat förhållningssätt med fokus på både **kvalitet och säkerhet**"*

- Företrädare Kommissionen

Kommissionen saknar reglerande befogenheter, men ansvarar för framtagande och utfärdande av motsvarigheten till nationella föreskrifter inom kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ("National Safety and Quality Health Service Standards" NSQHS Standards (9). Föreskrifterna, som är bindande, togs fram av kommissionen i samverkan med den federala regeringen, delstatliga samarbetsaktörer, patienter (konsumenter) och företrädare från den privata sektorn. Föreskrifterna syftar till att skydda allmänheten från skada inom vården samt förbättra sjukvårdens kvalitet. I tillägg till de bindande föreskrifterna finns även sedan 2013 ett ackrediteringssystem som bygger på de kvalitetsmål som stipuleras i NSQGS. Samtliga vårdgivare – såväl offentliga som privata – måste i korthet uppfylla ackrediteringsvillkoren för att kunna bli ackrediterade. Om vårdgivaren inte svarar upp mot villkoren får de 90 dagar på sig att försöka uppnå kvalitetsmålen. Om de inte lyckas inom denna tidsram kan det regionala hälsodepartementet vidta särskilda åtgärder för att säkerställa att fundamentala patientsäkerhetskrav uppfylls (10). Kommissionens ansvar för föreskrifter och ackrediteringssystem gör att de, trots att de saknar uttalade regulativa befogenheter, ändå har ett relativt sett långtgående mandat att styra och påverka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården.

Kommissionen har tagit fram en nationell strategisk plan för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet

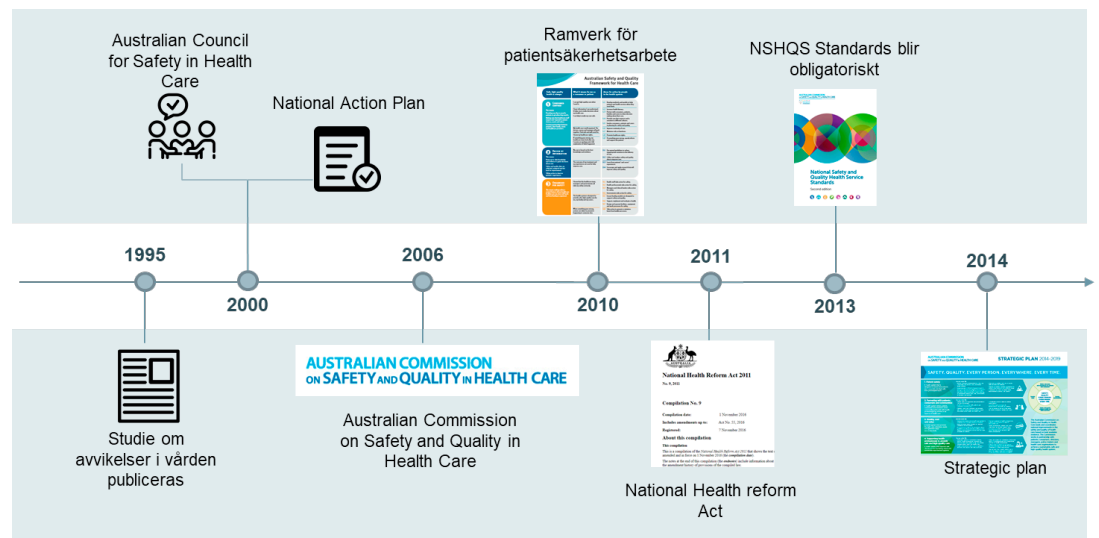
År 2014 publicerade kommissionen en så kallad strategisk plan för perioden 2014–2019 (11). Den strategiska planen anger riktning för det nationella förbättringsarbetet med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Planen, som i korthet bland annat beskriver idealtillstånd och centrala fokusområden, är det huvudsakliga föremålet för analys i denna landrapport. Analysen har även, på inrådan av intervjuade kommissionsföreträdare kompletterats med information från kommissionens hemsida och andra interna årliga styrdokument, såsom kommissionens arbetsplan (work plan) och respektive verksamhetsplan (corporate plan) (12). Dessa dokument beskriver nästan enbart kommissionens interna aktiviteter. Detta snarare än att ange riktning för hur förbättrings- och förändringsarbete ska ske på lägre, mer verksamhetsnära, nivåer.

Mot denna bakgrund gjordes bedömningen att fördjupad analys av dessa dokument inte skulle bidra till relevanta insikter inom ramen för denna omvärldsanalys. Då arbets- respektive verksamhetsplanen till stora delar beskriver vissa centrala processer, såsom genomförande och uppföljning, belyser vi istället delar av dess innehåll under rubrikerna "*Beskrivningen av genomfö-*

randet är begränsad i själva styrdokumentet men framkommer i kommissionens Work plan” samt ”Uppföljningsprocessen beskrivs i kommissionens Corporate plan”.

I Figur 4 sammanfattas patientsäkerhetsarbetets utveckling över tid i Australien.

Figur 4. Tidslinje över patientsäkerhetsarbetet i Australien



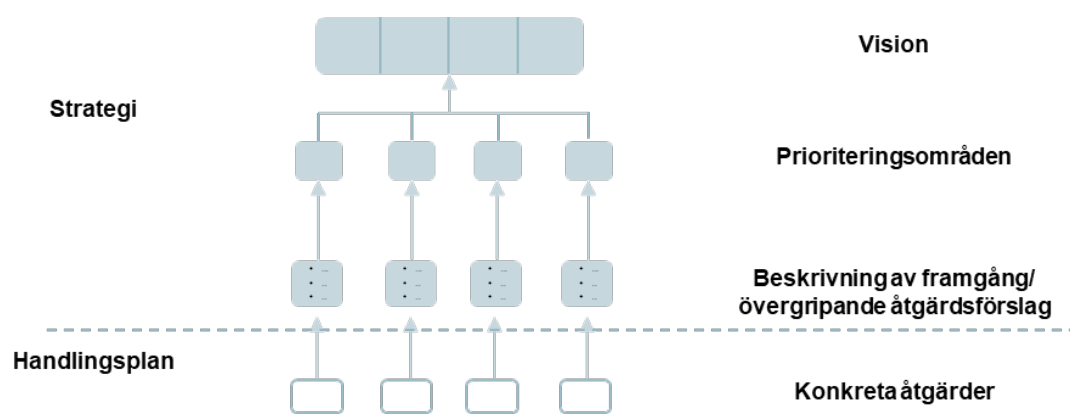
Styrdokumentets struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentets struktur. Här besvaras bland annat frågor om vilka delar den strategiska planen består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategic Plan 2014–2019" (11).

Den strategiska planen kan i första hand beskrivas som en strategi

Sammantaget består den strategiska planen av tre delar: 1) en övergripande vision inklusive beskrivning av avsedda långsiktiga effekter (som en följd av visionen och kommissionens arbete), 2) fyra tematiska prioriteringsområden inklusive målbeskrivning utifrån definitioner av idealtillstånd samt 3) definitioner av framgång inom respektive prioriteringsområde vilka indirekt ger en bild av planerade övergripande aktiviteter. Se visualisering av styrdokumentets struktur nedan i Figur 5.

Figur 5. Visualisering av styrdokumentets struktur



Utifrån ovanstående kan det undersökta styrdokumentet framför allt beskrivas som en strategi. Samtidigt innehåller den övergripande beskrivningar av planerade aktiviteter, kopplade till definitioner av framgång. Baserat på detta kan dokumentet i viss mån ses som en strategi med vissa inslag som kan relateras till en övergripande handlingsplan.

Den strategiska planen verkar rikta sig brett i enlighet med kommissionens arbete

Det framgår inte explicit i den strategiska planen vem eller vilka som är huvudsakliga tilltänkta mottagare. Samtidigt lyfts det uttryckligen fram att kommissionen leder och koordinerar det nationella förbättringsarbetet med fokus på säkerhet och kvalitet. Den strategiska planen kan därmed också, som tidigare nämnts, ses som landets nationella styrdokument för förbättrad

patientsäkerhet. Det framgår också av den strategiska planen att kommissionen arbetar i partnerskap med en rad olika aktörer och intressenter såsom patienter, konsumenter, professioner, ledningar, beslutsfattare och vårdgivare. Vidare är den strategiska planens innehåll (för närmare genomgång av styrdokumentets innehåll, se rubrik "Styrdokumentets innehåll") uppdelat på fyra olika områden som delvis indirekt kan skäras utifrån ett nivåperspektiv – från individ till system (mikro/meso/makro). Utifrån denna samlade bild bedömer vi att den strategiska planen riktar sig till samtliga individer, funktioner och organisationer som direkt eller indirekt påverkas eller berörs av det nationella förbättringsarbetet med fokus på säkerhet och kvalitet. Att den strategiska planen riktar sig brett till flera nivåer bekräftas även i genomförda intervjuer med kommissionsföreträdare. De förtydligar att planens ambitioner endast kan uppnås i samarbete och genom gemensamma ansträngningar med andra nyckelaktörer och instanser. Patienter, vårdpersonal, vårdgivare, sjukvårdsorganisationer och regeringen måste också bidra till arbetet för att mål och prioriteringar ska kunna uppfyllas.

*"Ambitionerna i den strategiska planen **kan inte uppnås enbart av kommissionen**, utan måluppfyllelse är även **beroende av att andra aktörer inom hälso- och sjukvården bidrar till förbättringsarbetet**"*

- Företrädare Kommissionen

Den strategiska planen kan beskrivas som kortfattad slagkraftig och paketerad i ett tillgängligt format

I jämförelse med traditionella styrdokument av detta slag är den undersökta strategiska planen kortfattad. Den består sammantaget av totalt två A4-sidor där bild- och textspråk samspelar på ett strategiskt sätt. Upplägget bidrar till att kort och koncist tydliggöra dokumentets huvudsakliga budskap, det vill säga utan en stor mängd brödtext.

Kommunikation ses som ett viktigt redskap för att uppnå ökad patientsäkerhet

Enligt intervjuade kommissionsföreträdare är ändamålsenlig kommunikation en avgörande faktor för att nå önskade resultat. Det finns en genomtänkt ansats i syfte att säkerställa att relevant information sprids och kommuniceras på ett sätt som når fram till den tilltänkta mottagaren. De intervjuade företrädarna betonar även att kommunikation och informationsspridning inom det aktuella området är utmanande. Detta inte minst då mottagargruppen är både bred och varierad, vilket gör det svårt att till fullo skraddarsy budskapet och kommunikationssätten utifrån gruppens behov och förutsättningar. En uttalad kommunikationsstrategi som nämns av de intervjuade företrädarna är att förmedla komplex information på ett enkelt och kortfattat sätt, exempelvis på en sida. Kommissionen uppges även lägga relativt stor kraft på att i olika kana-

ler kommunicera sina principer, exempelvis via sociala medier. Man beskriver även faktabaserade budskap som en framgångsfaktor för att nå önskat kommunikativt genomslag. Som exempel lyfter företrädarna fram värdet av att synliggöra skillnader mellan olika vårdgivare. Ansatsen uppges bidra till ökade incitament för berörda aktörer för att driva igenom förbättringsarbete. Kommissionen uppges överlag arbeta kontinuerligt med att utveckla sitt kommunikationsarbete, till exempel genom att analysera och utvärdera valda metoder.

De intervjuade företrädarna pekar också på värdet av att genomgående anpassa kommunikationssätten till den rådande kulturella kontexten. Det betonas exempelvis att mer traditionell marknadsföring i termer av slogans, logos eller dylikt inte skulle leda till goda resultat i Australien då ansatsen upplevs strida mot den nationella kulturen.

*"Det är alldeles för amerikanskt att använda sig av **slogans och dylikt**. Det skulle **inte fungera för oss** eftersom australiensare inte skulle reagera positivt på det. De vill snarare ta del av **faktabaserade budskap**"*

- Företrädare Kommissionen

Den valda strategiperioden baseras inte på grundlig analys

Styrdokumentet löper från 2014–2019 och har med andra ord en tidsram på fem år. Enligt intervjuade företrädare valdes inte tidsramen på basis av en grundlig analys, utan fem år ansågs vara en rimlig tidsperiod för att kunna planera och genomföra aktiviteter kopplade till den strategiska planens innehåll.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentets innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategic Plan 2014–2019" (11).

Fyra tematiska prioriteringsområden utgör grunden för den strategiska planens innehåll

I den strategiska planen definieras den övergripande visionen som: "Säkerhet. Kvalitet. Varje person. Överallt. Alltid." ("Safety. Quality. Every person. Everywhere. Every time."). Inom ramen för visionen beskrivs även vad som kan tolkas som fyra önskvärda långsiktiga effekter (som en följd av visionen och kommissionens arbete). Dessa är:

- Ökad hållbarhet
- Säkerhets- och kvalitetssystem som möjliggör en säker klinisk verksamhet
- Större värde
- Bättre patient- samt konsumentutfall och upplevelser.

I den strategiska planen synliggörs visionen genom ett ramverk, se Figur 6.

Figur 6. Kommissionens visionsramverk



Som tidigare nämnts redovisas fyra tematiska prioriteringsområden i den strategiska planen. Inom ramen för respektive område beskrivs även idealtillstånd, vilket även i viss mån indirekt kan tolkas som en målbeskrivning. Samtidigt speglar formuleringarna ett *önskat statiskt tillstånd* snarare än ett

önskat förändrat tillstånd vilket gör att de inte fullt ut kan ses som kompletta målformuleringar som är möjliga att följa upp.

De fyra tematiska prioriteringsområdena är:

1. **Patientsäkerhet** – ett hälso- och sjukvårdssystem som är utformat på ett sätt som garanterar patienter och konsumenter att de skyddas från undvikbara skador.
2. **Samarbete/partnerskap med patienter, konsumenter och samhället (communities)** – ett hälso- och sjukvårdssystem där patienter, konsumenter och andra samhällsmedlemmar, tillsammans med vårdprofessionen, genomgående deltar som partners i vården.
3. **Kvalitet, kostnad och värde** – ett hälso- och sjukvårdssystem som tillhandahåller rätt typ av vård, minimerar slöseri av resurser samt optimerar värdet och produktiviteten.
4. **Stöd till vårdpersonal vad gäller tillhandahållandet av säker och högkvalitativ vård** – ett hälso- och sjukvårdssystem som stödjer en säker klinisk verksamhet genom att ha robusta och hållbara förbättringssystem.

Inom ramen för respektive prioriteringsområde beskrivs, som tidigare nämnts, definitionen av framgång.

När det kommer till området **patientsäkerhet** definieras framgång som:

- Att de kvalitetsmål som framkommer i de bindande forskrifterna (eller motsvarande) National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS Standards) ska införas och följas inom akut sjukvård, primärvård och vård och behandling av psykisk ohälsa.
- Att införandet av NSQHS Standards leder till förbättrade utfall för patienter och konsumenter inom områdena vårdrelaterade infektioner, avvikelser i läkemedelsbehandling, undvikbar klinisk försämring av inneliggande patienter, fallolyckor och incidenter inom psykiatri i form av att patienten hålls avskild eller spänns fast.
- Ökad uppmärksamhet för vård av personer med demens eller förvirring.
- Införande av övervakningssystem för antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens.
- Överenskommelse kring ett ramverk för förbättringsarbete inom patientsäkerhet i primärvården.

Inom området **samarbete/partnerskap med patienter, konsumenter och samhället (communities)** definieras framgång som:

- Patienternas rättigheter respekteras och samarbete/partnerskap inom vården uppmuntras.
- Hälso- och sjukvården ser patienter och konsumenter som partners i styrningen av vården.
- Patienter, konsumenter och vårdpersonal ges tillgång till tydlig, anpassad och evidensbaserad information om hälsa och vård.
- Samlade ansträngningar görs för att bemöta utmaningar kopplade till hälsolitteracitet.
- Samtliga vårdprocesser inom hela området präglas av öppenhet.

- Vård i livets slutskede svarar upp mot patienters, familjers och vårdgi-
vares/vårdpersonalens behov.

Inom området **kvalitet, kostnad och värde** definieras framgång som:

- Tillgängliga uppgifter om variationer i vården inom olika kliniska områ-
den från ”Australian Atlases of Variation”
- Minskning av omotiverade/obefogade variationer, både vad gäller behand-
ling och förekomsten av vissa sjukdomstillstånd.
- Ökad användning av kliniska kunskapsunderlag såsom standarder, riktlin-
jer och verktyg för så kallat delat beslutsfattande (”Shared decision ma-
king”) för att öka graden av ändamålsenlighet samt vårdens värde.
- Att verktyg som kan användas av vårdprofessionen, personal och konsu-
menter tillgängliggörs för att stödja en mer ändamålsenlig vård.
- Att såväl vårdprofessionen som patienter och konsumenter använder sam-
lat olika typer av beslutsstöd.
- En ökad andel av befolkningen uppger att de är delaktiga i vårdpersona-
lens beslutsfattande.

Inom området **stöd till vårdpersonal vad gäller tillhandahållandet av sä-
ker och högkvalitativ vård** definieras framgång som:

- Integrerade styrsystem finns på plats – system som både stöttar vårdperso-
nal i att mäta samt bedriva förbättringsarbete inom patientsäkerhet på lokal
nivå, och hantera olika typer av säkerhets- och kvalitetsrisker.
- Vårdprofessionen har tillgång till vägledande underlag och verktyg som
bidrar till ett säkert kliniskt arbete.
- Säkerhet och kvalitet ses och lyfts fram som centrala aspekter i vårdpro-
fessionens universitetsutbildningar (såväl inom grund- som mer avancerad
utbildning).
- Patientsäkerhetsrelaterade incidenter uppmärksammas, rapporteras samt
analyseras och denna information bidrar till kontinuerliga systemförbät-
tringar.
- Säkra och effektiva e-hälsosystem finns och dessa används för att förbättra
samordningen i vården i syfte att generera bättre utfall för patienterna.

Tänkbara aktiviteter redovisas indirekt och på en
övergripande nivå genom beskrivningen av
framgångsrika utfall

Som tidigare nämnts påminner den strategiska planen i första hand om en
strategi. Detta då den framför allt lyfter fram mer långsiktiga och generella
riktningar för det nationella patientsäkerhets- och kvalitetssäkerhetsarbetet.

Samtidigt beskrivs definitioner av framgång på ett tydligt sätt inom respek-
tive prioriteringsområde. Dessa beskrivningar ger i viss mån en bild av tänk-
bara aktiviteter. Inom ramen för framgångsbeskrivningarna inom priorite-
ringsområdet ”patientsäkerhet” hänvisar man till införandet av Australiens
motsvarighet till de nationella föreskrifterna (det vill säga NSQHS). Före-
skrifterna innehåller bland annat tydliga kvalitetsmål och beskrivningar av

aktiviteter för att nå dessa. Även om föreskrifter utifrån ett styrningsperspektiv inte kan jämföras med en nationell handlingsplan, presenteras genom den valda ansatsen en indirekt bild av vilka förbättringsåtgärder som kan vidtas för att uppnå den strategiska planens målsättningar och ambitioner.

Den använda definitionen av patientsäkerhet indikerar på samma gång en smal och bred ansats

Inom ramen för det första prioriteringsområdet, det vill säga "patientsäkerhet" definieras begreppet indirekt genom en beskrivning av önskat idealtillstånd. Patientsäkerhet relateras här till skydd mot undvikbara vårdrelaterade skador. Definitionen är med andra ord relativt snäv och liknar ansatsen i den svenska patientsäkerhetslagen.

Att planen och kommissionens arbete till stor del fokuserar på säkerhet bekräftas även i genomförda intervjuer. Samtidigt blir det genom planens beskrivningar av vision samt övriga prioriteringsområden tydligt att patientsäkerhet ses som nära sammanlänkat med en god vårdkvalitet i vid mening. Vår tolkning är därför att dokumentet parallellt präglas av såväl en snäv som en bred syn på patientsäkerhet.

Den tematiska betoningen ligger framför allt på framgångs- och utfallsområden

Den strategiska planen kan överlag sägas vara präglad av en kombination av framgångs- och utfallsområden, framför allt på den övergripande mål- och fokusområdesnivån.

Inom prioriteringsområdet "patientsäkerhet" syns ett tydligt fokus på traditionella utfallsområden – både på den mer övergripande och på den något mer specifika nivån (som beskriver framgångsrika utfall). Exempel på utfall som lyfts fram är "vårdrelaterade infektioner", "fel i läkemedelsbehandling" och "fallolyckor".

För övriga prioriteringsområden ses i stället genomgående en tydligare betoning på framgångsområden såsom "partnerskap mellan patienter och profession", "god tillgång till ändamålsenlig information" samt "öppna och transparenta processer". I en begränsad utsträckning lyfts även aspekter som (i alla fall mer indirekt) kan relateras till vissa riskfaktorer fram, exempelvis "omotiverade variationer i behandling".

Planens innehåll baseras på en analys av utmaningar

Enligt intervjuade företrädare baseras planens fokus och kommissionens arbete på en analys av var de största utmaningarna finns.

*"Vi fokuserar mycket på **säkerhetsaspekter**, och svaret på varför vi gör detta är enkelt – det är för att vi ser de **största gapen här**. Vi **analyserar** var de **största problemen** finns och **fokuserar** på dessa områden tills vi vänder på den negativa utvecklingen"*

- Företrädare kommissionen

Exempelvis ses, tack vara gjorda analyser, prevalensen av sepsis inom vården som ett stort problem och nu görs ansträngningar för att minska omfattningen. Det poängteras i intervjun att tillgång till relevant och tillförlitlig data är särskilt viktig för att kunna dra slutsatser om vilka områden som bör prioriteras i det nationella patientsäkerhetsarbetet.

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategic Plan 2014–2019" (11).

Styrdokumentet har tagits fram genom en bred konsultativ process

Processen för framtagandet av den strategiska planen framkommer inte i det aktuella dokumentet. Däremot finns relevant information angående framtagandeprocessen på kommissionens hemsida (13).

Sammanfattningsvis har den strategiska planen tagits fram utifrån en bred och inkluderande process, där en mängd olika relevanta företrädare och aktörer har fått chans att förmedla ingångsvärden och synpunkter. Exempel på organ, funktioner och personer som involverats i arbetet är nationella hälso- och sjukvårdsorganisationer, företrädare från vårdprofessionen, medborgare, patient- och konsumentföreträdare samt kommissionens egna medarbetare. Beskrivningar av konsultationsprocesserna finns i två olika rapporter: "Research Report: Consumer Research Regarding Safety and Quality in Health Care" och "Strategic Planning: Report of focus groups and interviews with healthcare providers" (14) (15).

Den första rapporten redovisar resultaten från en kvalitativ undersökning med fokus på vårdkonsumenternas kunskap om och inställning till säkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården (14). Undersökningen genomfördes i syfte att ge ett beslutsunderlag inför framtagandet av den strategiska planen, med särskilt fokus på prioriteringsområden och dess innehåll. Totalt 34 fokusgruppsintervjuer genomfördes. Grupperna fördelades utifrån olika bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder, civil status, socioekonomisk status etcetera. Därutöver tillsattes särskilda grupper, bland annat bestående av företrädare från ursprungsbefolkningen. Utifrån undersökningens resultat fick kommissionen en bild av konsumenternas och patienternas perspektiv på centrala prioriteringsområden. Delar som inkorporerades i den strategiska planen utifrån den gjorda undersökningen är vikten av ändamålsenlig och anpassad kommunikation, lättillgänglig information, och en ren miljö.

Intervjuade företrädare bekräftar bilden av att patientperspektivet generellt är en central del inom allt patientsäkerhetsarbete. De beskriver även att kommissionen arbetar med fokusgrupper i flera olika sammanhang i syfte att inhämta patienternas perspektiv på förbättringsområden och att detta fungerar som ett underlag vid förändringsarbeten. Respondenterna lyfter även fram att utformning av vården utifrån patienternas perspektiv är ett av de bindande

kvalitetsmålen inom de nationella föreskrifterna (NSQHS), vilket har gjort reellt avtryck på vårdgivarnivå.

Den andra nämnda rapporten, det vill säga ”Strategic Planning: Report of focus Groups and interviews with healthcare providers” syftade till att undersöka vårdgivares och vårdpersonals syn på patientsäkerhet och kvalitet i sjukvården (15). Även denna undersökning användes som ett underlag i samband med att den strategiska planen togs fram. Totalt genomfördes 52 fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 350 vårdpersonalsföreträdare från hela landet. Resultatet visade sammanfattningsvis att kvalitet i allmänhet ses som en viktig aspekt bland vårdpersonal, men att det finns vissa utmaningar som hämmar förbättringsarbetet med fokus på kvalitet och säkerhet. Exempel som lyftes fram var personalbrist, kommunikationsbrister, begränsat engagemang och samarbetssvårigheter tvärs organisations- och verksamhetsgränser. Det fanns stor enighet bland deltagarna att kopplingen mellan hälso- och sjukvårdens olika delar respektive sjukvårdens koppling till övriga samhällsinsatser behöver förstärkas. Deltagarna poängterade att kommissionen bland annat kan bidra genom att tillhandahålla relevant information och kunskap, bistå med utbildningsinsatser samt med verktyg och resurser.

Beskrivningen av genomförandet är begränsad i själva styrdokumentet men framkommer i kommissionens ”Work plan”

Prioriteringsområden och aktiviteter beskrivs i kommissionens ”Work plan”

Som tidigare nämnts framkommer en viss men relativt begränsad beskrivning av tänkbara aktiviteter inom ramen för den strategiska planens prioriteringsområden. Genom att enbart ta del av den strategiska planens innehåll är det emellertid svårt att få en uppfattning om konkreta insatser, program eller projekt som planeras. Kommissionen måste däremot, som tidigare nämnts, ta fram en årlig arbetsplan (work plan). Arbetsplanen fungerar som ett centralt verktyg för kommissionens interna mer kortsiktig planering, och denna ligger till grund för regelbunden rapportering av kommissionens arbete till regeringen. Enligt intervjuade kommissionsföreträdare utformas denna på basis av den strategiska planens struktur och innehåll. Kommissionen ska, i enlighet med krav från regeringen, redovisa aktiviteter och leveransmål för de kommande tre åren i arbetsplanen.

I den senaste versionen av arbetsplanen för perioden 2018–2021 (16) beskrivs sex olika aktivitetsgrupper inom prioriteringsområdet ”patientsäkerhet”. Dessa är:

- **NSQHS Standards:** Inom detta område ska kommissionen sammanfattningsvis fortsätta arbeta med och stötta vårdgivare i arbetet med att följa motsvarigheten till nationella föreskrifter för förbättrad kvalitet och patientsäkerhet.
- **Koordinera ackrediteringssystemet för hälso-och sjukvården på nationell nivå:** Kommissionen ska fortsätta bistå i att koordinera olika berörda aktörer såsom tillsynsmyndigheter och ackrediteringsfirmor för att

underlätta ackreditering av vårdgivare. En reformering av ackrediterings-systemet ska också påbörjas under 2018–19.

- **Nationellt koordinerade insatser för att bekämpa vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens:** Kommissionen ska på nationell nivå fortsätta arbeta för att förebygga antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner samt förbättra antibiotikaförskrivningen. Kommissionen har ett pågående projekt med namnet ”Antimicrobial Resistance and Anti-microbial Utilisation Surveillance Project (AURA)” som på nationell nivå kartlägger antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens. Detta i syfte att identifiera risker samt förebygga resistensutveckling. Utifrån informationen som samlas in från AURA ska kommissionen tillsammans med stater och territorier samt den privata sektorn ta fram förbättrade riktlinjer inom området.
- **Säkerhet inom digital hälsa:** Kommissionen ska arbeta för att digitala hjälpmedel inom sjukvården, exempelvis patientjournaler, på olika sätt används för att öka patientsäkerheten. De digitala hjälpmedlen kan förbättras i syfte att exempelvis öka patientsäkerheten vid läkemedelsbehandling eller när patienter flyttas mellan olika delar inom vårdkedjan.
- **Patientsäkerhet i primärvården:** Ett arbete för att förbättra patientsäkerhet inom primärvården har bedrivits sedan 2016. Kommissionen ska fortsätta detta arbete genom att exempelvis utveckla NSQHS Standards för primärvården, stöd för att implementera dessa föreskrifter samt verktyg för fortsatt kvalitetsförbättring.
- **Patientsäkerhet inom akutsjukvård:** Kommissionen ska fortsätta utvärdera patientsäkerheten inom akutsjukvården och försöka identifiera områden där åtgärder behöver vidtas på nationell nivå.

Varje aktivitetsgrupp innehåller ett flertal leveransmål

Inom respektive aktivitetsgrupp listas ett flertal leveransmål för de kommande tre åren (2018–2021). Målen är till exempel formulerade som att kommissionen ska ta fram handböcker för hur de nationella föreskrifterna (NSQHS Standards) ska tillämpas inom psykiatrin, publicera rapporter baserat på data från AURA-projektet (Antimicrobial Resistance and Anti-microbial Utilisation Surveillance Project) eller ta fram ett första utkast för motsvarigheten till nationella säkerhets- och kvalitetsföreskrifter för primärvården etcetera. Leveransmålen redovisas i tabeller per varje aktivitetsgrupp enligt exemplet nedan.

Figur 7. Exempel på tabell som innehåller leveransmål för aktivitetsgruppen "NSQHS Standards".

Deliverables 2018-19	Deliverables 2019-20	Deliverables 2020-21
National Safety and Quality Health Service Standards		
18.1.1.1 Provide support for the implementation of the NSQHS Standards in health service organisations	19.1.1.1 Provide support for the implementation of the NSQHS Standards in health service organisations	20.1.1.1 Use metrics from the interactive resources and other data sources to maintain the effectiveness of NSQHS Standards implementation resources
18.1.1.2 Use metrics from the interactive resources to improve access and effectiveness of resources for the NSQHS Standards	19.1.1.2 Use metrics from the interactive resources and other data sources to continually review the existing resources and need for further implementation support for the NSQHS Standards	20.1.1.2 Monitor and update content of the interactive resource to ensure its currency and completeness
18.1.1.3 Expand content of the interactive resource to ensure its currency and completeness	19.1.1.3 Review and update content of the interactive resource to ensure its currency and completeness	20.1.1.3 Provide ongoing support for issues management of the NSQHS Standards via the Advice Centre and mediation services
18.1.1.4 Develop specialist resources and guidance for implementation of the NSQHS Standards including:		

Uppföljningsprocessen beskrivs i kommissionens "Corporate plan"

Det saknas i den strategiska planen beskrivningar av hur kommissionens uppföljningsprocesser ser ut. Dessa processer beskrivs emellertid i andra interna styrdokument såsom i kommissionens årliga verksamhetsplan (Corporate plan) (12). Här framgår exempelvis att kommissionen genomför regelbunden måluppfyllelseanalys utifrån de uppsatta leveransmålen (som finns i den årliga arbetsplanen (work plan). Därutöver följs enskilda projekt och insatser upp separat. I maj år 2018 publicerades till exempel en effektivitetsvärdering med fokus på införandet av motsvarigheten till nationella föreskrifter inom området kvalitet och patientsäkerhet (NSQHS Standards) (17). Kommissionen undersöker även på regelbunden basis i vilken utsträckning deras arbete motsvarar olika nyckelaktörers behov. Denna analys görs genom konsultationer med berörda aktörer samt återkoppling från kommissionens rådgivande grupper.

Utöver ovanstående är kommissionen enligt lag skyldiga att publicera årliga utfallsrapporter riktade till hälsoministern. Utfallsrapporterna sammanfattar graden av måluppfyllelse inom respektive prioriteringsområde som finns i den strategiska planen (18). Beskrivningen ger med andra ord en bild av hur väl kommissionen levt upp till sina åtaganden under året som gått. Inom ramen för det första prioriteringsområdet, det vill säga "patientsäkerhet" lyfts exempelvis vilka framsteg som gjorts vad gäller införandet av och följsamheten till de nationella föreskrifterna.

Kommissionen arbetar även med att ta fram nationella indikatorer inom olika områden som berör patientsäkerhet och kvalitet (19). Exempel på tillgängliga indikatorer är undvikbara återinskrivningar samt vårdrelaterade komplikationer som infektioner i samband med kirurgi samt trycksår och fallolyckor som resulterar i frakturer. Det finns även definierade indikatorer för att mäta övergripande kvalitet och säkerhet på sjukhus (Core, Hospital-based Outcome Indicators) (20). I dessa ingår:

- Standardiserad sjukhusdödlighet (HSMR)
- Dödlighet i diagnosgrupper med låg mortalitet (DRG)
- Sjukhusdödlighet för akut hjärtinfarkt, stroke, lårbenhalsfraktur och lunginflammation.
- Oplanerad återinläggning av patienter som har skrivits ut efter akut hjärtinfarkt, knäprotesoperation, höftprotesoperation och barn som genomgått operation för att ta bort halsmandlar och körtlar.
- Vårdrelaterad infektion orsakad av bakterien *Staphylococcus aureus*.
- Infektion orsakad av bakterien *Clostridium Difficile*

Det framgår även av hemsidan att kommissionen har tagit fram formulär/enkäter för att kunna kartlägga patientupplevelser inom sjukvården (21).

Styrdokumentets resultat

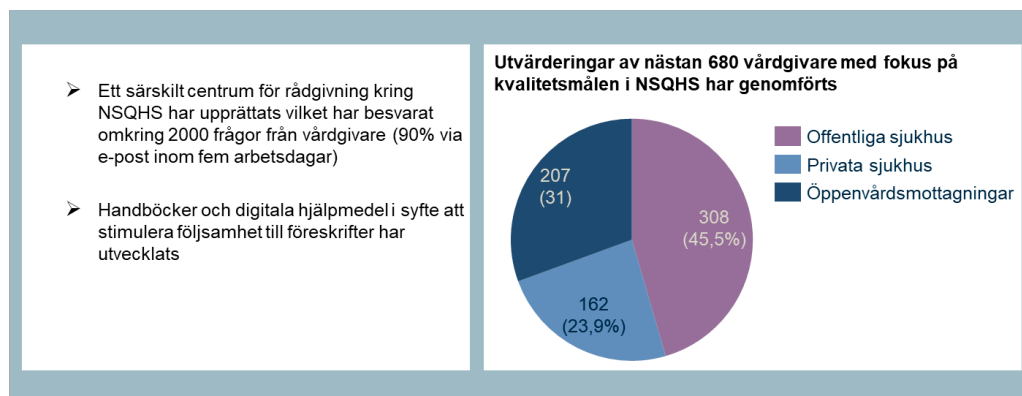
Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategic Plan 2014–2019" (11).

Årsrapporterna pekar på att goda resultat uppnåtts. Resultat som speglar hur väl kommissionen har uppfyllt de leveransmålen från den senaste arbetsplanen har ännu inte publicerats. Däremot beskrivs i den senaste årsrapporten (2017–2018) till hälsoministeriet en del resultat av det arbete som gjorts för att nå målen i strategiplanen (18). Inom patientsäkerhetsområdet framkommer att framsteg gjorts – framsteg som kan kopplas till aktiviteter inom ramen för de framgångsdefinitioner som lyfts i den strategiska planen. Nedan redovisas exempel på goda resultat som åstadkommit inom respektive framgångsbeskrivning.

Figur 8. Resultat gällande införandet av NSQHS Standards

"Kvalitetsmålen som framkommer i de bindande föreskrifterna (NSQHS) ska införas och följas i inom akutsjukvård, primärvård och vård/behandling för psykisk ohälsa"

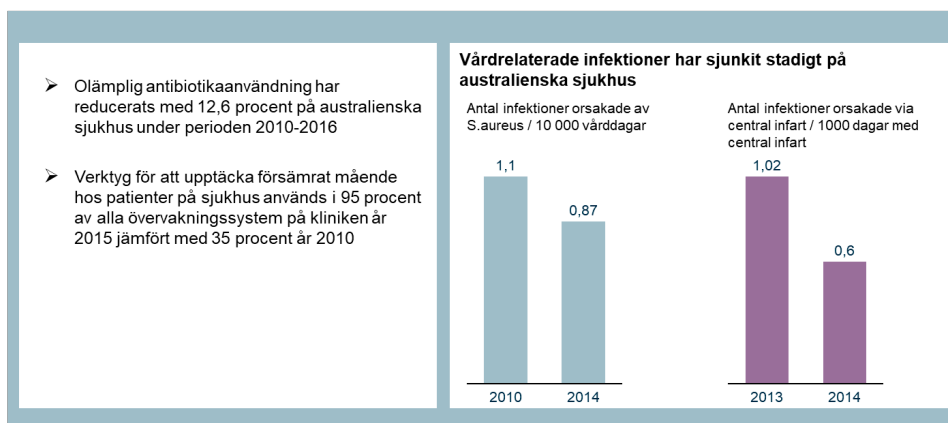
Sammanfattning av uppnådda resultat utifrån framgångsbeskrivning i den strategiska planen



Figur 9. Resultat gällande effekten av införandet av NSHQS Standards

”Införandet av NSHQS Standards leder till förbättrade utfall för patienter och konsumenter ”

Sammanfattning av uppnådda resultat utifrån framgångsbeskrivning i den strategiska planen



Figur 10. Resultat gällande arbetet med vård av personer med demens eller förvirring

”Ökad uppmärksamhet kring samt vård av personer med demens eller förvirring”

Sammanfattning av uppnådda resultat utifrån framgångsbeskrivning i den strategiska planen



Figur 11. Resultat gällande arbetet med antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens

"Införande av övervakningssystem för antibiotikaförskrivning och antibiotikaresistens"

Sammanfattning av uppnådda resultat utifrån framgångsbeskrivning i den strategiska planen

- Kommissionen har publicerat en rapport ("The Antimicrobial Use and Resistance in Australia (AURA) Surveillance System") baserat på data från AURA-projektet där områden med förbättringspotential vad gäller antibiotikaförskrivning har resistens kartlagts.
- Kommissionen har publicerat informationsmaterial för att hjälpa vårdgivare att arbeta med kvalitetsförbättring inom området "vårdrelaterade infektioner".

Figur 12. Resultat gällande patientsäkerhetsarbete i primärvården

"Samförstånd angående ett ramverk med åtgärder för patientsäkerhetsarbete i primärvården"

Sammanfattning av uppnådda resultat utifrån framgångsbeskrivning i den strategiska planen

- Kommissionen har publicerat en rapport (Patient Safety and Quality Improvement in Primary Care) som beskriver nyckelaktörers syn på hur kvalitet och säkerhet i primärvården ska förbättras

Kommissionsföreträdare pekar på att den strategiska planen sannolikt haft begränsad effekt på utfall

I genomförda intervjuer lyfter kommissionsföreträdare fram att det överlag är svårt att uttala sig om vilket genomslag den strategiska planen har haft, det vill säga huruvida styrdokumentet i sig har genererat goda effekter inom patientsäkerhetsområdet. Samtidigt resonerar man kring att den strategiska planen sannolikt inte har bidragit till de goda resultat som i dag kan ses på området. Respondenterna betonar i stället värdet av andra styrverktyg och dokument, såsom motsvarigheten till bindande nationella föreskrifter (NSQHS) samt ackrediteringssystemet som avgörande i detta sammanhang.

*"De nationella föreskrifterna och ackrediteringsvillkoren för utförarna är de faktorer som bidragit till förändringar inom patientsäkerhetsområdet för vår del, **det handlar inte särskilt mycket om den strategiska planen**"*

- Företrädare Kommissionen

I korthet innebär ovanstående att hänsyn måste tas till den omgivande kontexten när det kommer till att analysera styrdokumentets genomslag.

Nyckelintressenters syn på styrdokumentet inväntas

Enligt intervjuade företrädare planeras en formell utvärdering av strategidokumentet under år 2019 och då ska även åsikter från nyckelintressenter samlas in. Den generella och mer informella återkopplingen från andra aktörer har dock enligt intervjuade företrädare mestadels varit positiv.

Referenser

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME Australia. Hämtad 2020-01-15 från <http://www.healthdata.org/australia>.
2. The World Bank. Hämtad 2020-01-15 från <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS%20/>.
3. The Commonwealth Fund. The Australian Health Care System. Hämtad 2020-01-15 från <https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/>.
4. OECD.Stat: Health Care Quality Indicators. Hämtad 2020-01-15 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.
5. Wilson R, Runciman W, Gibbered R, Harrison B, Newby L, Hamilton J. The Quality in Australian Health Care Study. The Med J Australia. 1995; 6;163(9):458-71.
6. Barraclough B, Birch J. Health care safety and quality: where have we been and where are we going? The Med J Australia. 2006;184(10): 48-50
7. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-15 från <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance/>.
8. Commonwealth Consolidated Acts. National Health Reform Act 2011. Hämtad 2019-07-03 från http://www6.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdb/au/legis/cth/consol_act/nhra2011216/.
9. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Standards and Accreditation. Hämtad 2019-07-03 från <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/national-standards-and-accreditation/>.
10. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-15 från <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/assessment-to-the-nsqhs-standards/information-for-health-service-organisations/steps-for-implementing-the-nsqhs-standards/>.
11. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/12/Australian-Commission-on-Safety-and-Quality-in-Health-Care-Strategic-Plan.pdf>.

12. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2018/08/ACSQHC-Corporate-Plan-2018-19.pdf>.
13. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/strategic-plan/>.
14. Consumer Research Regarding Safety and Quality in Health Care; Prepared for The Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Woolcott Research; 2014.
15. Strategic Planning: Report on focus groups and interviews with healthcare providers. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2014.
16. Work plan 2018-21. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare; 2018.
17. Creating Safer, Better Health Care - The Impact of the National Safety and Quality Health Service Standards. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2018.
18. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Annual Report 2017-2018. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2018.
19. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/core-hospital-based-outcome-indicators>.
20. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/core-hospital-based-outcome-indicators/>.
21. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators/patient-reported-outcome-measures/>.

Landrapport Danmark

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta – Danmark	4
Det danska hälso- och sjukvårdssystemet liknar på många sätt det svenska.....	4
Ett nationellt patientsäkerhetsarbete påbörjades redan 2001	5
Analysen baseras på det styrdokument som utvecklats av dansk förening för patientsäkerhet	7
Styrdokumentets struktur	8
Styrdokumentet kan beskrivas som både en övergripande strategi och en mer konkret handlingsplan	8
Styrdokumentet riktar sig i första hand till föreningens medarbetare ..	9
Dokumentet är lättillgängligt.....	9
Kommunikation är en viktig del av föreningens strategi.....	9
Styrdokumentet löper över en fyraårsperiod	10
Styrdokumentets innehåll.....	11
Strategiplanens innehåll är brett och omfattande men till viss del överlappande	11
Fokusområdena lägger grunden för de projekt som föreningen ska genomföra	12
Specifika projekt beskrivs inom respektive fokusområde.....	13
Styrdokumentet fokuserar främst på framgångs-områden men även utfalls- och riskområden lyfts.....	14
Styrdokumentet utgår från en relativt bred syn på patientsäkerhet..	14
Dokumentet konkretiserar förbättringsåtgärder genom att lyfta olika projekt	15
Styrdokumentets processer	16
Den strategiska planen har tagits fram utifrån avstämningar med olika aktörer	16
Föreningens arbete förankras kontinuerligt i patientsäkerhetsrådet..	16
Planen beskriver i viss mån genomförandet.....	16
Beskrivningar saknas om hur arbetet ska följas upp	16
Styrdokumentets resultat.....	18
Separata projektutvärderingar görs löpande men det finns ingen utvärdering av strategin som helhet	18
Nyckelintressenter verkar överlag stå bakom den strategiska planens innehåll.....	19
Referenser	20

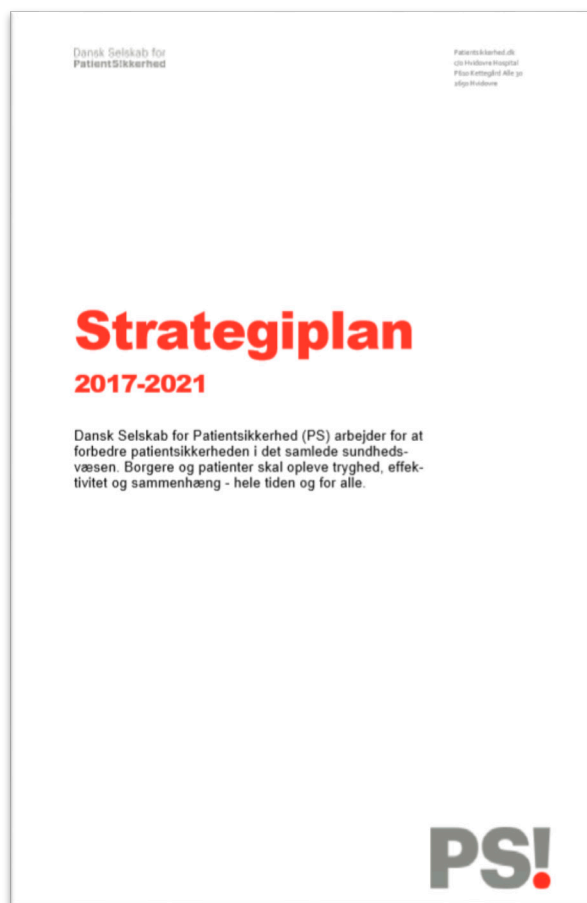
Introduktion

I analysen av Danmark fokuserar vi på organisationen: Dansk Selskab for Patientsikkerhed och deras strategi ("Strategiplan 2017–2021"). Föreningen är en fristående organisation utan statligt mandat som på nationell nivå arbetar för en ökad patientsäkerhet. Organisationen har arbetat under lång tid och anses vara en drivande och central aktör inom området. Någon motsvarande strategi på statlig nivå (det vill säga som tagits fram av parlamentet, regeringen eller någon statlig förvaltningsmyndighet) saknas.

Analyserna har kompletterats med information som framkommit i intervjuer med företrädare från Dansk Selskab for Patientsikkerhed samt med företrädare från Styrelsen for patientsikkerhed.

Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. Dansk Selskab for Patientsikkerheds Strategiplan 2017–2021



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som sannolikt på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Danmark

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta	
Befolkning (miljoner)	5,7 (2016)
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	78,8/82,8 (2016)
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	4,1 (2016)
Sjukvårdskostnad (%GDP)	10,8 (2014)



Det danska hälso- och sjukvårdssystemet liknar på många sätt det svenska

Precis som i Sverige finansieras den danska sjukvården till stora delar av skattemedel. Det danska hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som relativt decentraliserat, men ansvarsfördelningen för styrningen av vården sträcker sig från statlig till regional och kommunal nivå. Ansvaret för lagstiftning och tillsyn på området ligger på statlig nivå. Det statliga arbetet är till stora delar koncentrerat till ministeriet för hälsa och sociala frågor (Sundheds- og ældreministeriet) (3).

Det finns totalt fem regioner som ansvarar för och tillhandahåller specialiserad vård och primärvård. De danska kommunerna – totalt 98 stycken – ansvarar främst för drift av äldreomsorgen, rehabilitering samt olika sociala tjänster.

Ett nationellt patientsäkerhetsarbete påbörjades redan 2001

År 2001 publicerades en vetenskaplig artikel som baserades på resultatet från en dansk pilotstudie (4). Pilotstudien visade att nästan tio procent av alla patienter som skrevs in på danska sjukhus drabbas av en vårdrelaterad skada. Skadan medförde i genomsnitt sju extra vårddygn i slutenvården. Artikeln ledde till att frågan om patientsäkerhet hamnade högt upp på samhällsagendan och blev därmed en viktig fråga i den sjukvårdspolitiska debatten.

Mot denna bakgrund grundades den fristående organisationen *Danska Föreningen för Patientsäkerhet* (*Dansk Selskab for Patientsikkerhed*) (5). Föreningen består av representanter från olika delar av den danska sjukvården såsom vårdgivare, patientföreträdare, regionala och kommunala företrädare samt representanter från läkemedelsindustrin. Organisationens mål är alltså att den grundades att påverka och möjliggöra förbättringsarbete för att öka patientsäkerheten i sjukvården. Sammanfattningsvis strävar organisationen mot att försöka påverka beslutsfattare och centrala aktörer till att i ökad utsträckning arbeta systematiskt för förbättrad patientsäkerhet.

När föreningen bildades var den bland annat pådrivande för att ett nationellt inrapporteringsystem för skador (eng. *adverse events*) skulle upprättas inom hälso- och sjukvården. År 2004 stiftades en ny patientsäkerhetslag (*"Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet"*). I och med den nya lagstiftningen blev det obligatoriskt för vårdgivare att rapportera in alla vårdrelaterade skador. Inrapporteringsystemet, som fortfarande gäller, syftar endast till att samla in och sammanställa kunskap. Det är med andra ord inte kopplat till några disciplinära åtgärder såsom vitesförelägganden eller motsvarande (6).

Danska Föreningen för Patientsäkerhet är alltså den organisation som driver och samordnar arbetet för en förbättrad patientsäkerhet på nationell nivå (7). Inom ramen för sin verksamhet samarbetar föreningen bland annat med sjukhus, regioner, kommuner och andra intresseorganisationer. Sedan grundandet har man genomfört en rad olika förbättringsprojekt, exempelvis "Operation Life", "Patientsikkert Sygehus", "Sikkert Patientflow" och "Sikre Fødsler".

Danska Föreningen för Patientsäkerhet beskrivs ha ett stödjande mandat

Givet att föreningen är fristående kan dess uppdrag och roll framför allt beskrivas som stödjande. Enligt intervjuade företrädare från föreningen har föreningen inga regulativa befogenheter utan arbetar framför allt för att påverka och möjliggöra förbättringsarbete med fokus på patientsäkerhetsarbete. Företrädare för föreningen beskriver att man värdesätter detta oberoende från staten. Oberoendet uppfattas skapa förutsättningar för föreningen att leva upp till sitt grundläggande uppdrag. Vidare beskriver företrädare, att det finns ett behov av en aktör med föreningens uppdrag, inte minst då den politiska viljan att prioritera nationellt patientsäkerhetsarbete varierar över tid.

*"Patientsäkerhet var en **stor politisk fråga** för en tid sedan och man trodde att problemet var löst så är det inte [...] vi har **stora problem** vad gäller **samordning** mellan verksamheter och huvudmän"*

- Företrädare Danske Föreningen för Patientsäkerhet

*"Vårt **oberoende** en viktig förutsättning för att vi ska kunna **svara upp mot vårt uppdrag** på ett bra sätt"*

- Företrädare Danske Föreningen för Patientsäkerhet

Även staten har en roll i att driva på det kontinuerliga kvalitetsförbättringsarbetet

Även om en stor del av det förbättringsarbete som sker i Danmark kan härledas till den Danske Föreningen för Patientsäkerhet, bidrar även visst arbete på statlig nivå till att säkerställa att ett kontinuerligt kvalitetsförbättringsarbete sker inom hälso- och sjukvården. Det är framför allt regeringen genom Ministeriet för hälsa och sociala frågor (Sundheds- og ældreministeriet) som ansvarar för sjukvårdsfrågorna på nationell nivå (8). Myndigheten "Styrelsen for patientsikkerhed" är en annan central aktör (9). Den senare lyder under ministeriet och ansvarar bland annat för tillsyn och auktorisering.

Styrelsen for patientsikkerhed har bland annat hand om inrapporteringssystemet för vårdrelaterade skador och den utfärdar legitimation till sjukvårdspersonal. Enligt intervjuade myndighetsföreträdare har Styrelsen i och med sitt tillsynsuppdrag regulativa befogenheter inom vissa ansvarsområden. Myndigheten har också en stödjande och samordnande roll. Exempelvis uppges att myndigheten arbetar med samordning och samarbete mellan olika berörda aktörer med fokus på identifiering av förbättringsområden.

Sammanfattningsvis beskrivs det nationella statliga ansvaret för förbättringsarbete inom patientsäkerhetsområdet som begränsat. Framför allt då det huvudsakliga formella ansvaret för utvecklingsarbetet är koncentrerat till den regionala nivån.

*"Min avdelning har **inte mandat** att peka med hela handen och tala om för vårdgivare vad de ska göra. Däremot har **vår tillsynsavdelning** ett sådant uppdrag. [...] Vi arbetar bland annat med att **samla ihop olika intressenter för att främja samarbete**"*

- Företrädare Styrelsen för patientsäkerhet

*"**Samordningsuppdraget** för patientsäkerhetsarbetet bör ligga på **nationell nivå**"*

- Företrädare Styrelsen för patientsäkerhet

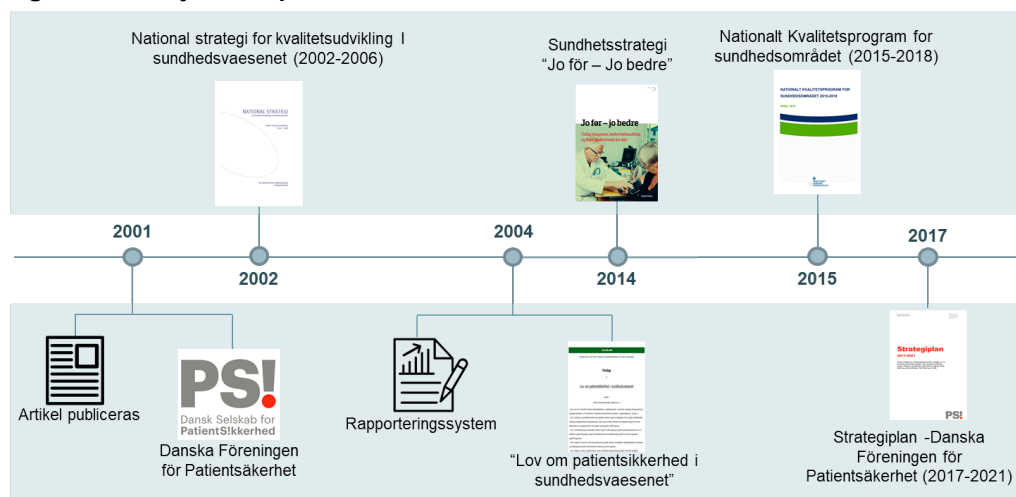
I intervjuer med företrädare från Danske Föreningen för Patientsäkerhet respektive från Styrelsen for patientsikkerhed betonas vikten av att renodla de nationella aktörernas uppdrag. Det är med andra ord centralt, enligt intervjurespondenterna, att det tydliggörs vilka aktörer som har vilket ansvar och att det direkt styrande uppdraget inte kombineras eller sammanblandas med det mer indirekt styrande uppdraget på nationell nivå. Vidare betonas i genomförda intervjuer vikten av en väl fungerande nationell samordning i ett komplext och decentraliserat system.

Regeringen har publicerat flera styrdokument med viss koppling till patientsäkerhetsområdet

Sedan 2001 har regeringen publicerat ett flertal olika strategidokument inom olika områden. Dokumenten syftar till att förbättra kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Några exempel på denna typ av styrdokument är ”National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvaesenet (2002–2006)” (10), ”Sundhedsstrategi ”Jo før – Jo bedre: Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle” (2014)” och ”Nationalt Kvalitetsprogram for sundhedsområdet (2015–2018)” (11) (12). Styrdokumentet belyser inte patientsäkerhetsperspektivet i särskilt stor utsträckning, utan lyfter allmänt fram riktlinjer för ett långsiktigt förbättringsarbete inom sjukvården. I den senaste upplagan av det nationella kvalitetsprogrammet utgör patientsäkerhetsperspektivet en av flera delar som lyfts fram i de nationella kvalitetsmålen. Målsättningarna fokuserar nästan uteslutande på förekomsten av vårdrelaterade infektioner (VRI).

I Figur 3 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Danmark.

Figur 3. Tidslinje över patientsäkerhetsarbetet i Danmark



Analysen baseras på det styrdokument som utvecklats av dansk förening för patientsäkerhet

Trots att regeringen gör vissa ansträngningar som syftar till förbättrad patientsäkerhet och att de har utvecklat några övergripande strategidokument som i viss mån belyser frågan, fokuserar vi i denna analys på strategidokumentet som den Danska Föreningen för Patientsäkerhet tagit fram. Valet grundar sig på en helhetsbedömning av Danmarks nationella förbättringsarbete för patientsäkerhet, där föreningen har en särskilt framträdande roll.

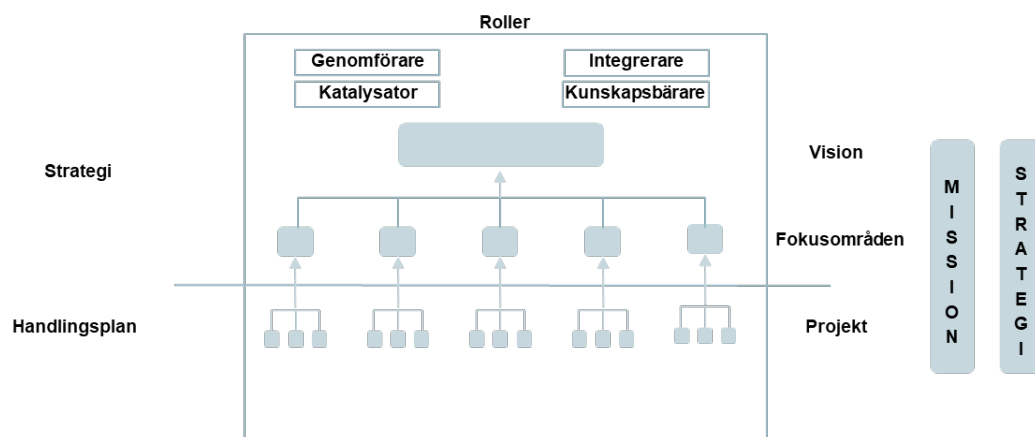
Styrdokumentets struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentets struktur. Här besvaras bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategiplan 2017–2021" från Dansk Selskab for Patientsikkerhed (13).

Styrdokumentet kan beskrivas som både en övergripande strategi och en mer konkret handlingsplan

Sammantaget består styrdokumentet av sex huvudsakliga delar: 1) en övergripande vision för föreningens arbete, 2) en mission för verksamheten, 3) en beskrivning av föreningens strategi, 4) en beskrivning av föreningens olika roller, 5) fem fokusområden som ramar in det arbete som görs för att uppnå visionen, och 6) pågående, planerade och framtida projekt som sorteras inom respektive fokusområde (se visualisering av styrdokumentets struktur nedan i Figur 4).

Figur 4. Visualisering av styrdokumentets struktur



Enbart genom att läsa styrdokumentet är det inte tydligt hur de olika beståndsdelarna hänger samman och förhåller sig till varandra. Det är exempelvis inte helt klart hur missionen relaterar till föreningens uttalade strategi för hur de ska arbeta (ett längre resonemang om innehåll följer under rubriken "Styrdokumentets innehåll"). Föreningsföreträdare ger heller ingen tydlig förklaring till varför strukturen ser ut som den gör eller vilken tanke som ligger bakom de olika delarna.

Dokumentet kan, precis som dess titel antyder, ses som en kombinerad strategi och handlingsplan då det både anger mer vida ramar för verksamheten och beskriver relativt konkret vad som görs och ska göras för att uppnå

den övergripande visionen. Styrdokumentet har samtidigt inget uttalat syfte att fungera som ett stöd i förändringsarbetet på verksamhetsnivå.

Styrdokumentet riktar sig i första hand till föreningens medarbetare

Den strategiska planen riktar sig primärt till personer och funktioner som verkar inom föreningen. Den gör med andra ord inte uttryckligen anspråk på att vägleda exempelvis patienter, vårdpersonal, vårdgivare eller regionledningar i ett eventuellt förbättringsarbete med fokus på patientsäkerhet. Samtidigt beskrivs såväl pågående som planerade och framtida projekt och därigenom riktar sig styrdokumentet delvis till vårdgivare, kommuner och regioner.

Tolkningen bekräftas av intervjurespondenter som beskriver att trots att styrdokumentet i första hand är internt kan det användas för att externt kommunicera centrala nyckelbudskap.

*"Dokumentet vänder sig i **första hand** till **våra medarbetare**. Vi representerar dock så många **nyckelaktörer** så strategin blir ett verktyg för att **kommunicera centrala budskap utåt**"*

- Företrädare Danska föreningen för patientsäkerhet

Dokumentet är lättillgängligt

Styrdokumentet utgörs av ett dokument med löpande text på omkring 20 sidor. Underlaget är relativt texttungt men med visuella inslag som sammanfattar styrdokumentets huvudsakliga beståndsdelar. Sammanfattningsvis kan dokumentet beskrivas som lättillgängligt, framför allt då det är relativt kortfattat.

Kommunikation är en viktig del av föreningens strategi

Att kunna framföra föreningens budskap och vision är en central del av strategin för Danska Föreningen för Patientsäkerhet enligt intervjuade företrädare från föreningen. Detta uppnås bland annat genom månatliga utskick av nyhetsbrevet "Fagligt Nyt". Nyhetsbrevet belyser aktuella nyheter inom patientsäkerhetsområdet och även eventuella resultat eller uppdateringar från de projekt som drivs av föreningen.

Som komplement till detta publicerar föreningen även blogginlägg, anordnar konferenser och föreläsningar. De projekt som drivs av föreningen har oftast en logotyp som är speciellt designad för just det projektet, vilket skapar en igenkänningsfaktor. Föreningen medverkar även i olika forskningsnätverk i syfte att både kunna sprida och utveckla sin egen kunskap. Vidare beskriver intervjuade företrädare från föreningen att målgruppsanpassad och genomtänkt kommunikation värdesätts och att man har tagit fram en genomtänkt strategi för kommunikationen. Exempelvis har föreningen bedrivit olika typer av kommunikationskampanjer.

Styrdokumentet löper över en fyraårsperiod

Strategiperioden sträcker sig från 2017–2021 med en årlig revision som sker i november. Anledningen till den valda tidsramen framgår inte i styrdokumentet och inte heller under intervju med företrädare för organisationen.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentets innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategiplan 2017–2021" från Dansk Selskab for Patientsikkerhed (13).

Strategiplanens innehåll är brett och omfattande men till viss del överlappande

Vision, mission, strategi och roller går in i varandra

Föreningens vision, som lyfts fram i styrdokumentet är formulerat som: *"Danska föreningen för patientsäkerhet arbetar för att förbättra patientsäkerheten i sjukvården. Medborgare och patienter skall uppleva trygghet, effektivitet och kontinuitet – alltid och för alla".*

Missionen är i sin tur formulerad som att föreningen ska: *"Påskynda förbättringen av patientsäkerheten i ett sammanhängande hälsovårdssystem".*

Den uttryckliga strategin är enligt dokumentet att föreningen: *"Utvecklar, medskapar och faciliterar bärkraftiga och skalbara resultat som främjar patientsäkerheten. Vi bygger kultur, kapacitet och kompetens för att förändra och förbättra i syfte att skapa resultat".*

Rollerna som föreningen ska ta enligt strategiplanen och som verkar vara kopplade till dokumentets vision, mission och strategi är:

- Rollen som katalysator (*katalysator*) – innebär att föreningen ska informera, inspirera och identifiera lösningar på rådande utmaningar och därigenom bidra till missionen.
- Rollen som integrerare (*integrator*) – betyder att föreningen ska verka som en länk mellan olika aktörer inom sjukvården och omsorgen för att skapa en plattform för brett samarbete inom patientsäkerhetsarbetet.
- Rollen som genomförare (*implementator*) – medför att föreningen ska organisera och leda konkreta projekt som ökar patientsäkerheten.
- Rollen som kunskapsbärare (*videnshaver*) – innebär att föreningen ska fungera som ett nationellt kunskapscentrum och bland annat genom sina nationella och internationella nätverk samla relevant kompetens, både vad gäller patientsäkerhet och metoder för förbättringsarbete.

Det kan noteras att såväl vision och mission som strategi och roller beskriver vad föreningen gör eller ska göra. Detta leder till svårigheter i hur de olika delarna ska tolkas. Är exempelvis missionen överordnad den uttalade strategin eller tvärtom?

Fokusområden lägger grunden för de projekt som föreningen ska genomföra

För att arbeta mot visionen pekar styrdokumentet på totalt fem fokusområden:

- Personcentrering och säkerhet
- Förbättringsmetoder
- Kontinuitet
- Tillförlitlighet och effektivitet
- Kunskap och kommunikation

Se nedan för beskrivning av respektive fokusområde.

Personcentrering och säkerhet

Inom detta område läggs stor tonvikt på att patienten ska vara utgångspunkten för allt patientsäkerhetsarbete och att man bör ta hänsyn till deras önskemål, värderingar, familjeförhållanden, sociala situation, livsstil och preferenser. Ett pågående projekt som tydligt kopplar an till detta område är inkluderingen av så kallade patientambassadörer i föreningens dagliga arbete (14). Ambassadörerna är i korthet ett nätverk av patienter som skapar en brygga mellan patienter och vårdgivare genom att exempelvis medverka på föreläsningar och i kvalitetsråd.

Förbättringsmetoder

Inom detta område ryms att föreningen ska fortsätta utveckla och förbättra metoder för förändringsarbete samt sprida förbättringsarbetskompetens inom både sjukvården och omsorgen. Detta för att stärka vårdgivarna i att självständigt bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete. Ett exempel på en planerad aktivitet inom fokusområdet är att utvärdera projektet ”I säkra händer” (”I sikre haender”). Utvärderingen syftar till att identifiera lärdomar – lärdomar som ska utgöra grund inför framtida projekt.

Kontinuitet

Detta innebär att föreningen ska sträva efter att arbeta inom områden som berör olika sektorer, till exempel läkemedelsområdet. Inom denna typ av tvärspektoriella fält kan föreningen fungera som en länk mellan olika professioner och företrädare för att bidra till ökad kontinuitet. Förstärkt kontinuitet bidrar i förlängningen till en ökad patientsäkerhet. Ett exempel på ett pågående projekt inom detta område, som också lyfts fram i styrdokumentet, är ”Säker samordning” (”Sikker sammanhaeng”) (15). Projektet är ett samarbete mellan Danska Föreningen för Patientsäkerhet, Köpenhamns kommun och Bispebjerg-Frederiskberg Hospital. Målet med arbetet är att skapa ett bättre vårdförlopp för äldre patienter (>65 år) i syfte att korta tiden som patienten är inskriven i slutenvården, korta väntetiderna till rehabilitering och förebygga akuta vårdbesök samt inskrivningar.

Tillförlitlighet och effektivitet

Området innebär att föreningen under strategiperioden ska lägga fokus på att minska resursslöseri, omotiverade variationer och väntetider i vården. Målsättningen är en säker vård där alla patienter behandlas på ett likvärdigt sätt inom hela systemet. Psykiatrin betonas särskilt i detta sammanhang och ett pågående projekt, som lyfts fram i styrdokumentet, kallas för ”Säker Psykiatri” (”Sikker Psykiatri”) (16). Samtliga fem regioner deltar i projektet och det syftar till att genom olika förbättringsarbeten förebygga läkemedelsfel, tvångsvård och suicidfall samt säkerställa effektiv behandling av patienter som lider av somatisk och psykiatrisk samsjuklighet.

Kunskap och kommunikation

Inom ramen för detta fokusområde ska föreningen, enligt strategidokumentet, stärka sitt samarbete med andra relevanta aktörer som har värdefull kunskap inom patientsäkerhetsområdet. Syftet är att utöka den egna kunskapsbasen och ta del av olika perspektiv på både patientsäkerhet och de utmaningar som olika aktörer identifierat. Målet med arbetet är att stärka föreningens roll som nationell kunskapsbärare inom patientsäkerhet och förbättringsarbete. Föreningen ska även, som en del av fokusområdet, stärka sitt eget kommunikationsarbete under strategiperioden. Detta för att säkerställa att deras kunskap sprids till hela hälso- och sjukvården samt till andra relevanta aktörer. Genom ett förstärkt och mer framgångsrikt kommunikationsarbete förbättras vårdgivarnas förutsättningar för att bedriva ett kontinuerligt utvecklingsarbete som gynnar patienterna. Pågående projekt inom detta fokusområde som lyfts fram särskilt i strategin är exempelvis anordnande av och deltagande i olika konferenser såsom ”patientsäkerhetskonferensen” (”Patientsikkerhedskonferencen”).

Specifika projekt beskrivs inom respektive fokusområde

Inom ramen för respektive fokusområde lyfts såväl pågående (igångvaerande) som planerade (pipeline) och framtida (boblere) projekt fram. Att projekten är planerade innebär att de är definierade och att relevanta samarbetspartners har identifierats, men att det för närvarande saknas finansiering för att projektet ska kunna påbörjas. Framtida projekt innebär att intressanta områden identifierats och där det även finns omfattande förbättringspotential. För att få en tydligare bild hur beskrivningar kring olika projekt redovisas i strategin se Figur 5 nedan.

Figur 5. Eksempel på beskrivning av olika projekt inom ett fokusområde (patientcentrering og sikkerhet)

Igangværende	Pipeline	Boblere
PS' samlede opgaveportefølge skal understøtte patientsikkerhed og et trygt og personcentreret sundhedsvæsen. Specifikke aktiviteter kan fremhæves:	Nationale projekter: Reduktion af overbehandling.	Nationale projekter: Udvikling og udvidelse af skadesbegreb
Hej Sundhedsvæsen (2014-31.12.2017)	Imødekomme patient- og pårørendes ønsker om den sidste tid.	Fejl og skader i sundhedsvæsenet som en del af sygdomsbyrdeopgørelse
Patientambassadører	National udbredelse af sikre hænder	UTH-systemets anvendelse
	Netværk og anbefalinger vedr. digitalisering/medicinsk udstyr	
	Netværk og anbefalinger vedrørende curriculum for sundhedsuddannelser i kvalitet og patientsikkerhed	

Styrdokumentet fokuserar främst på framgångsområden men även utfalls- och riskområden lyfts

Styrdokumentet kan rent tematiskt sägas ha en konstruktiv ansats. Det fokuseras främst på så kallade ”framgångsområden”, det vill säga områden som på olika sätt kan bidra till en förbättrad patientsäkerhet. Inom ramen för de olika fokusområdena och projekten lyfts exempelvis patient-/personcentrering, kunskap och kommunikation, förbättringsmetoder och kontinuitet fram, vilka kan betecknas som framgångsområden. Därutöver belyser dokumentet, i vissa fall indirekt, även utfalls- och riskområden. Exempelvis görs, som tidigare nämnts, hänvisningar till projektet ”Säker Psykiatri” som bland annat syftar till att minska och förebygga läkemedelsfel, tvångsvård och suicid (16). Dessa aspekter kan sorteras som utfallsområden. Vidare nämns ett fåtal faktorer som kan definieras som riskområden såsom resursslöseri, omotiverade variationer och väntetider.

Föreningsföreträdare bekräftar bilden av att framgångsområden ses som särskilt viktiga. Exempelvis lyfts patientsäkerhetskultur fram som den mest avgörande faktorn för att åstadkomma förbättringar inom patientsäkerhetsområdet.

”Patientsäkerhetskultur är den viktigaste faktorn för önskat genomslag”

- Företrädare Danska föreningen för patientsäkerhet

Styrdokumentet utgår från en relativt bred syn på patientsäkerhet

Bilden som ges i styrdokumentet är att föreningen har en relativt bred syn på patientsäkerhet. Inom ramen för de olika fokusområdena framkommer exempelvis att olika projekt ska bedrivas för att stimulera förbättringsarbete och

för att korta väntetider. I visionen lyfts begrepp som ”trygghet” och ”kontinuitet”, vilket också kan förknippas med ett bredare kvalitetsarbete. Planens innehåll handlar därmed inte uteslutande om skydd mot vårdskada. Samtidigt nämns inte kvalitet uttryckligen som en dimension i strategiplanen till skillnad från exempelvis effektivitet.

Sammanfattningsvis kan syftet med såväl föreningens arbete som med strategiplanens innehåll tolkas som en ansats till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet generellt för att på så sätt bidra till en ökad patientsäkerhet.

Dokumentet konkretiserar förbättringsåtgärder genom att lyfta olika projekt

När det kommer till styrdokumentets detaljeringsgrad anger planen bredare vision, mission och strategi. Det belyser även relativt konkreta fokusområden och tillhörande projekt. Trots att dokumentet inte uttryckligen lyfter fram exempel på förbättringsåtgärder, synliggör de konkreta projektbeskrivningarna vilka insatser som behövs för att nå den övergripande visionen.

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med styrdokumentet. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategiplan 2017–2021" från Dansk Selskab for Patientsikkerhed (13).

Den strategiska planen har tagits fram utifrån avstämningar med olika aktörer

Strategin baseras på en insamling av synpunkter och tankar från styrelseorganisationer, patientambassadörer, anställda och det så kallade Patientsäkerhetsrådet (ett rådgivande organ som består av olika intressenter såsom representanter från specialistläkarföreningen, barnmorskeföreningen, de olika regionerna, universitet, kommuner etcetera). I styrdokumentet finns även en bilaga med en lista av inkomna förslag från de olika intressenterna. Inspiration från nationella och internationella samarbetspartners, såsom IHI har inhämtats i samband med att den strategiska planen togs fram.

Föreningens arbete förankras kontinuerligt i patientsäkerhetsrådet

Patientsäkerhetsrådet bidrar med ett brett perspektiv och kunskap inom sjukvårdsfrågor generellt och även mer specifikt inom patientsäkerhetsområdet, vilket kan vara vägledande i de beslut som fattas av föreningen. Föreningen stämmer av arbetet löpande med rådet. Detta i syfte att formulera förbättringsåtgärder som ligger i linje med olika sjukvårdsaktörers intressen.

Planen beskriver i viss mån genomförandet

Styrdokumentet innehåller inga detaljerade beskrivningar av hur arbetet ska genomföras, men lyfter som tidigare nämnts pågående, planerade och framtida projekt, vilket ger en bild av föreningens arbete. Därutöver lyfts det fram att föreningens styrelse respektive patientsäkerhetsrådet ska bli mer delaktiga i sekretariatets dagliga arbete. Styrelsen ska bland annat löpande formulera målsättningar. Målen ska spegla organisationens vision och mission och vid varje styrelsemöte ska graden av måluppfyllelse redovisas. Patientsäkerhetsrådets roll ska enligt planen också utvecklas under strategiperioden för att på ett bättre sätt kunna lyfta in kunskap och perspektiv kring patientsäkerhetsområdet.

Beskrivningar saknas om hur arbetet ska följas upp

Någon tydlig beskrivning kring hur uppföljningen av strategins olika fokusområden ska ske framkommer inte i styrdokumentet. Dock finns det på före-

ningens hemsida (7) en del rapporter från tidigare avslutade projekt som sammanfattar och utvärderar projektens resultat och lärdomar. I intervju med förningsföreträdare bekräftas att system för regelbunden uppföljning av dokumentets innehåll inte etablerats. Det framgår att styrdokumentet årligen genomgår en intern granskning, men att det är svårt att definiera vilka indikatorer etcetera som bör mätas och följas. Företrädare från Styrelsen för patientsäkerhet anser vidare att det saknas vissa centrala strukturer och rutiner för uppföljning inom patientsäkerhetsområdet som helhet. Det saknas idag ändamålsenliga instrument för att mäta utvecklingen över tid.

*"Vi **har inget bra system** för att följa upp
genomslaget inom patientsäkerhetsområdet i
Danmark"*

- Företrädare Styrelsen för patientsäkerhet

Styrdokumentets resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Strategiplan 2017–2021" från Dansk Selskab for Patientsikkerhed (13).

Separata projektutvärderingar görs löpande men det finns ingen utvärdering av strategin som helhet

Eftersom strategin publicerades år 2017 har den ännu inte utvärderats. Däremot har separata utvärderingar gjorts av tidigare projekt. Exempel på dessa är:

- **Utvärdering av "Sikkert Patientflow"** (2014–2015) (17): Tolv akutsjukhus deltog i projektet i syfte att hitta arbetssätt för att förbättra flödet när det kommer till inskrivningar och utskrivningar av patienter. Målet var att förebygga överbeläggning av patienter på sjukhusen. Utvärderingens övergripande slutsats är att det är svårt att uttala sig generellt om projektets resultat. Däremot kan ett av de medverkande sjukhusen - Slagesle Sygehus - beskrivas som ett framgångsexempel. Vid Slagelse Sygehus kunde en positiv utveckling ses och programmets åtgärder resulterade i en drastisk minskning av antal patienter som tvingades att övernatta på korridorsplatser samt en minskning av antalet patienter som blev placerade i lånesäng vid inskrivning. Dessutom minskade den genomsnittliga vårdtiden.
- **Utvärdering av "Patientsikkert Sygehus"** (2010–2013) (18): Totalt fem sjukhus deltog i projektet. Under projektperioden arbetade sjukhusen med att implementera ett antal åtgärds paket och utveckla kompetenser för att förbättra patientsäkerheten i den kliniska verksamheten. Målet med projektet var att varje sjukhus skulle minska sjukhusdödligheten (enligt HSMR) med 15 procent och så kallade utilsigtede skador (oavsiktliga skador) med 30 procent. Detta skulle uppnås genom att reducera antalet oväntade hjärtstopp, eliminera en rad olika vårdrelaterade infektioner, minska förekomsten av trycksår och förebygga fel uppkomna i samband med kirurgiska ingrepp och fel i läkemedelsbehandling. Slutsatserna från utvärderingarna gör gällande att flera av målen uppnåddes innan projektet avslutades år 2013. Dessutom visar utvärderingen att samtliga mål nåddes vid minst ett av de fem sjukhusen. Projektets syfte, förutom att minska sjukhusdödlighet och vårdrelaterade skador, var att det även skulle fungera som ett exempel på hur strukturerat förändringsarbete kan gå till. Enligt utvärderingen bidrog projektet till att utveckla kompetenser hos vårdpersonal för att kunna bedriva fortsatt förbättringsarbete och därigenom uppnåddes även syftet om att fungera som ett positivt exempel.

- **Utvärdering av ”Operation Life” (2007–2009) (19):** Som en del av projektet lanserades en kampanj för att få verksamheter att aktivt jobba med åtgärder som förebygger dödsfall på sjukhusen. Totalt 200 avdelningar deltog under projektiden och implementerade ett antal olika åtgärds paket i den kliniska verksamheten. Utvärderingen visar att man under en tidsperiod på två år reducerade antalet förväntade dödsfall (enligt HSMR) med totalt 1654 fall på danska sjukhus.

Eftersom det saknas övergripande utvärderingar av strategin och föreningen som helhet är det svårt att dra några generella slutsatser om föreningens arbete.

Nyckelintressenter verkar överlag stå bakom den strategiska planens innehåll

Den allmänna synen på strategidokumentets innehåll är positiv, vilket är en följd av att föreningens medlemmar består av olika nyckelaktörer i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta bekräftas även av föreningsföreträdare som konstaterar att centrala formuleringar i den strategiska planen, exempelvis föreningens mission, har utformats utifrån nyckelintressenters prioriteringar.

Referenser

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME: Denmark. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.healthdata.org/denmark>.
2. World Health Organization. Countries: Denmark. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.who.int/countries/dnk/en/>.
3. Healthcare in Denmark - an Overview. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2017.
4. Schiøler T, et al. Incidence of adverse events in hospitalized patients. The Danish Adverse Event Study (DAES). Ugeskr Laeger 2001;163.
5. Lundgaard, et al. The Danish patient safety experience: the Act on Patient Safety in the Danish health care system. Italian J Public Health 2005; 2: 3-4.
6. Styrelsen for Patientsikkerhed. Rapporteringsordningen for utilsigtede haendelser. Hämtad 2020-01-17 från <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/rapporteringsordningen-for-utilsigtede-haendelser/>.
7. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hämtad 2020-01-17 från <https://patientsikkerhed.dk/>.
8. Sundheds- og Ældreministeriet. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.sum.dk/>.
9. Styrelsen for Patientsikkerhed. Hämtad 2020-01-17 från <https://stps.dk/>.
10. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2002-2006. Sundhedsstyrelsen; 2002.
11. Jo för - Jo bedre: Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Köpenhamn: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2014.
12. Nationalt Kvalitetsprogram for sundhedsområden 2015-2018. Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2015.
13. Strategiplan 2017-2021. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2017.
14. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Patientambassadørerne. Hämtad 2020-01-17 från <https://patientsikkerhed.dk/projekter/patientambassadoererne/>.

15. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Sikker Sammenhang. Hämtad 2020-01-17 från <https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikkersammenhaeng>.
16. Sikker Psykiatri. Hämtad 2020-01-17 från <http://sikkerpsykiatri.dk/>.
17. Sikkert Patientflow: Erfaringer fra et forbedringsprojekt. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2015.
<https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/sikkertpatientflowfinal.pdf>.
18. Patientsikkert Sygehus: Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikker Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2015.
https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/psskatalog_webversion.pdf.
19. Slutrapport: Operation Life. Dansk Selskab for Patientsikkerhed och TrygFonden; 2009.
https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/operationlife_slutrapport.pdf.

Landrapport England

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktlig landfakta - England	4
Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet är komplext och präglas av statlig styrning.....	4
Flera organ arbetar på olika sätt med kvalitetsförbättring på nationell nivå	5
Det nationella patientsäkerhetsarbetet har pågått under lång tid	6
Styrdokumentets struktur	10
Styrdokumentet består av många olika delar	10
Styrdokumentet riktar sig brett till olika aktörer	11
Styrdokumentet är omfattande och texttungt, men finns även i en förenklad version.....	11
Kommunikationsstrategier beskrivs inte i någon större utsträckning...	12
Styrdokumentet löper över två år	12
Styrdokumentets innehåll.....	13
Styrdokumentet innehåller nio olika fokusområden för att uppnå framtidsvisionen.....	13
Flertal prioriteringsområden belyses för en förbättrad patientsäkerhet	13
Styrdokumentet verkar utgå från en relativt snäv definition av patientsäkerhet	16
Tematiskt fokuserar styrdokumentet på utfalls- och framgångsområden.....	16
Vissa centrala förändringar av systemet speglas inte innehållsmässigt i dokumentet.....	17
Styrdokumentets processer	18
Styrdokumentet är en mer operativ fortsättning på den ursprungliga strategin "Five Year Forward View"	18
Styrdokumentet beskriver genomförandeprocessen i viss utsträckning	18
Beskrivningar av hur styrdokumentets innehåll ska följas upp är relativt begränsade	20
Styrdokumentets resultat.....	21
Någon särskild utvärdering av styrdokumentet har inte identifierats men innehållet verkar ha fått visst genomslag	21
Det saknas data för nyckelintressenters syn på styrdokumentet	22
Referenser	23

Introduktion

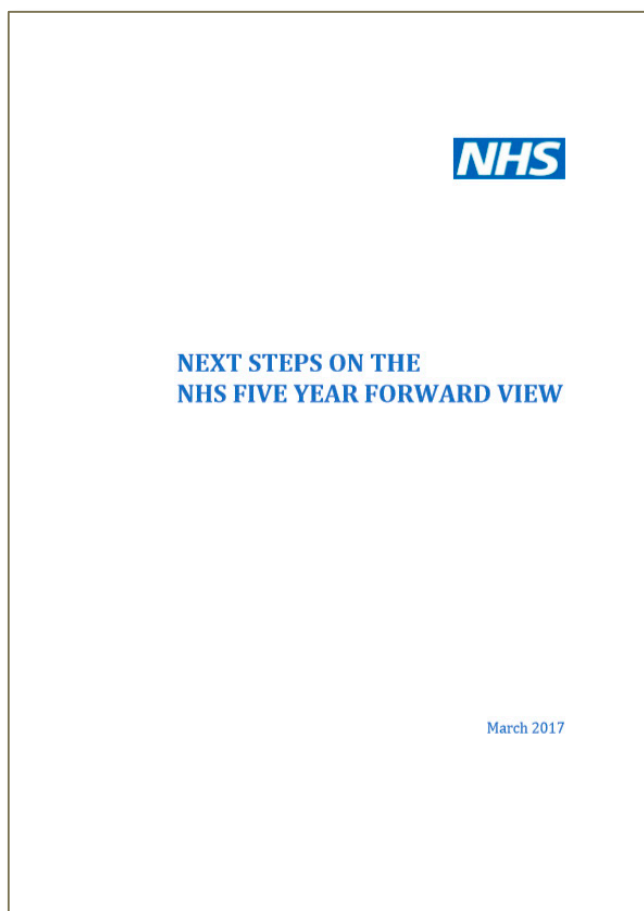
I denna landrapport fokuserar vi på styrdokumentet "Next steps on the NHS Five Year Forward View" som publicerades 2017. Dokumentet är en uppdaterad version av den så kallade "Five Year Forward View" – en femårig strategisk vision för det brittiska sjukvårdssystemet (NHS England).

I "Next steps on the NHS Five Year Forward View" kompletteras den mer långsiktiga visionen med konkreta åtgärder för önskad måluppfyllelse. Exempel på åtgärdsförslag som här presenteras är nationella insatser för en förbättrad patientsäkerhet. Då styrdokumentet dels ligger till grund för det samlade kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården på nationell nivå, dels präglar det nationella förbättringsarbetet med fokus på patientsäkerhet har detta valts ut som huvuddokumentet för vår fördjupade analys.

Analyserna har kompletterats med uppgifter som framkommit i intervju med en expert från Institute of Global Health Innovation med ett förflutet inom NHS England.

Nedan redovisas resultatet från genomförda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. "Next steps on the NHS Five Year Forward View"



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktlig landfakta – England

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta	
Befolkning (miljoner)	55 (2016)
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79,2/83,1 (2016)
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	4,6 (2016)
Sjukvårdskostnad (%GDP)	9,8 (UK) (2014)



Det engelska hälso- och sjukvårdssystemet är komplext och präglas av statlig styrning

Hälso- och sjukvårdssystemet i England kallas för National Health Service, och detta leds av NHS England (3). NHS England lyder under hälso- och socialdepartementet (Department of Health and Social Care) som i sin tur rapporterar till parlamentet. Hälso- och sjukvården i England är till stora delar skattefinansierad. Regeringen fördelar, genom det ansvariga departementet, ekonomiska medel genom statsbudgeten till NHS England, som i sin tur upphandlar olika typer av hälso- och sjukvård respektive omsorg.

Upphandlingen av sjukhusvård, ambulansvård, tandvård, tjänster för psykisk ohälsa och vissa omsorgstjänster planeras via lokala beställarorganisationer som kallas för "Clinical Commissioning Groups (CCGs)". Viss primärvård upphandlas också av CCG:er men de flesta primärvårdsaktörer (så kallade GPs) har avtal direkt med NHS England. Den specialiserade vården i form av sjukhus, ägs av så kallade NHS Trusts. Lokala enheter vilka motsvarar kommuner (local authorities) ansvarar för att tillhandahålla social omsorg. De bedriver även vissa folkhälsoinsatser.

Det skattefinansierade systemet ger alla medborgare i England tillgång till primärvård och specialistvård, nödvändig tandvård, ögonvård, vård och behandling av psykisk ohälsa, vård i livets slutskede, vissa rehabiliteringsinsatser och hemsjukvård. Även vissa förebyggande hälsoinsatser, såsom vaccinationsprogram, ingår i det skattefinansierade utbudet. Denna typ av vård ges utan eller med endast små patientavgifter.

Flera organ arbetar på olika sätt med kvalitetsförbättring på nationell nivå

Utöver NHS England som spelar en nyckelroll i det engelska sjukvårdssystemet så finns en rad andra centrala organ, som också lyder under det ansvariga departementet, och som på olika sätt utgör viktiga delar i det nationella kvalitetsarbetet. Dessa organisationer inkluderar:

NHS Improvement: ansvarar för övervakning av och stöd till vårdgivare för att de ska kunna tillhandahålla säker sjukvård av god kvalitet och som även är ekonomiskt hållbar (4). NHS Improvement arbetar i nära samarbete med vårdgivare för att nationella ambitioner och mål vad gäller vårdens utförande ska kunna uppnås.

Care Quality Commission (CQC): är en oberoende organisation med uppdrag från hälso- och socialdepartementet att utföra tillsyn av sjukvård och omsorg (5). CQC bildades år 2008 med stöd av det nationella juridiska regelverket för hälso- och sjukvården. Organisationen rapporterar till parlamentet respektive regeringen genom det ansvariga departementet. Inom ramen för CQC:s uppdrag ryms att bedriva tillsyn, inspektera och reglera vård och omsorg genom föreskrifter och standarder. Detta i syfte att säkerställa att vården och omsorgen lever upp till nationella kvalitets- och säkerhetskrav.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE): är en oberoende organisation med uppdrag från hälso- och socialdepartementet att, utifrån evidensbaserade metoder, ta fram normerande beslutsunderlag riktade till vårdgivare (6). De normerande beslutsunderlagen är inte bindande för vårdgivarna, men fungerar som ändamålsenliga verktyg vad gäller uppföljning och mätning av kvalitet respektive förbättringsarbete inom olika verksamheter. NICE fungerar därför som en rådgivande och stödjande organisation för förbättrad kvalitet inom sjukvård och omsorgen.

Health Education England (HEE): Ansvarar för den nationella samordningen av utbildning och utveckling av färdigheter hos vårdpersonalen i England (7).

En särskild kvalitetsstyrelse – National Quality Board – samordnar de olika organisationerna som arbetar för kvalitetsutveckling på nationell nivå

Samtliga nationella organisationer som beskrivs ovan är en del av det nationella arbetet för förbättrad kvalitet inom hälso- och sjukvården. För att förbättra förutsättningarna för samordning och samverkan mellan dessa aktörer har en särskild kvalitetsstyrelse – ”National Quality Board” – upprättats (8). I styrelsen finns företrädare från samtliga berörda organisationer representerade och tanken är att dessa företrädare ska kunna diskutera och utbyta olika idéer samt information. Syftet är att detta utbyte ska leda till en större enighet

och att detta skapar bättre förutsättningar för att verksamheterna ska utformas i en mer likartad riktning.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet har pågått under lång tid

En nationell rapport utgjorde startskottet för det nationella patientsäkerhetsarbetet

År 2000 publicerade en expertgrupp i NHS en rapport med namnet ”An organisation with a Memory” (9). I rapporten beskrevs i korthet konsekvenser av bristande säkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. Exempel på konsekvenser som belystes var: dödsfall, skador, biverkningar och kostnader.

Rapporten blev startskottet för ett gediget nationellt arbete för förbättrad patientsäkerhet i Storbritannien (10). I samband med detta bildades även – på initiativ av NHS– organisationen ”National Patient Safety Agency” år 2001 (vars uppgifter togs över av NHS Improvement 2016). Organisationen bildades med målet att göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga inom NHS. En av organisationens första uppgifter var att utveckla ett nationellt rapporteringssystem för avvikelser i vården. Stora ansträngningar gjordes även för att åstadkomma ett så kallat kulturskifte vad gäller hanteringen av avvikelser i vården – från skuldbeläggningar och anklagelser till öppenhet och fokus på ömsesidigt lärande.

Under år 2004 formulerade regeringen nationella kvalitetsmål där patientsäkerhet ingick som ett område. Patientsäkerhet blev därigenom per automatik en prioriterad fråga för alla vårdgivare verksamma inom NHS. Samma år lanserade också den ideella organisationen ”The Health Foundation” en särskild satsning på patientsäkerhet kallat för ”Safer Patients Initiative”. Initiativet bestod av ett fyraårigt program med fokus på genomförandet av en rad olika kvalitetsförbättrande projekt inom slutenvården runt om i landet, till exempel med målet att minska avvikelser vid läkemedelsbehandlingar.

År 2008 lanserades en nationell patientsäkerhetskampanj

År 2008 lanserades ännu en nationell kampanj i England med namnet ”Patient Safety First” (11). Kampanjen sponsrades av ”National Patient Safety Agency”, ”The Health Foundation” och ”NHS Institute for Innovation and Improvement”. Kampanjen syftade till att åstadkomma ett kulturskifte inom hälso- och sjukvården där exempelvis undvikbara skador respektive dödlighet ses som fullkomligt oacceptabla. Många vårdgivare anslöt sig till kampanjen och arbetet var inriktat på fem olika fokusområden: 1) minskning av skador vid klinisk försämring av inneliggande patienter, 2) akutsjukvård, 3) kirurgi, 4) riskfyllda läkemedel samt 5) ledarskap för säkerhet.

Samma år kom även ny lagstiftning på området (den så kallade Health and Social Care Act) (12). I och med den nya lagstiftningen bildades organet ”Care Quality Commission” – det vill säga den oberoende nationella tillsynsaktören”.

År 2014 publicerades nationellt styrdokument med fokus på förbättrad vårdkvalitet

År 2013 publicerade den nationella rådgivningsgruppen för patientsäkerhet i England – ”National Advisory Group on the Safety of Patients in England” – rapporten ”A promise to learn – a commitment to act” (13). Rapporten togs fram i samband med en utredning av Stafford Hospital. Utredningen visade att flera hundra patienter avlidit till följd av kvalitetsbrister i vården. I rapporten presenterades olika rekommendationer för att öka patientsäkerheten inom NHS England.

Mot denna bakgrund lanserade NHS år 2014 en ny nationell patientsäkerhetskampanj med namnet ”Sign up to Safety” (14), vilken pågår än i dag. Kampanjen syftar i korthet till att uppmuntra vårdgivare och andra berörda organisationer att engagera sig i patientsäkerhetsfrågan, bland annat genom att etablera rutiner för lärande och samarbete. I dagsläget har nästan 500 organisationer anslutit sig till kampanjen.

Samma år, det vill säga år 2014 lanserades även, i styrdokumentet ”Five Year Forward View” (15) en strategisk vision med fokus på NHS utveckling de kommande fem åren. I styrdokumentet presenterades ambitioner om att överlag förbättra vårdens kvalitet, och patientsäkerhet lyftes som en nyckelaspekt för att åstadkomma detta. Dokumentet fokuserade framför allt på utvecklingen av nya vårdmodeller där integreringen av primärvård och sjukhusvård respektive sjukvård och social omsorg särskilt lyftes fram. I intervjuer med företrädare från Institute of Global Health Innovation med ett förflutet inom NHS England betonas att en viktig del i identifieringen och utvecklingen av nya vårdformer var att förbättra kvaliteten genom att minska såväl kostnader som omotiverade variationer i vården.

”Huvudfokuset i ”Five Year Forward View” var att hitta nya modeller för att leverera vård av god kvalitet”

- Expert England

År 2017 kom ett uppdaterat nationellt styrdokument där patientsäkerhet gavs ett större utrymme

Sammanfattningsvis lade ”Five Year Forward View” grunden för ett brett förbättringsarbete med fokus på ökad kvalitet inom vården. Patientsäkerhetsperspektivet lyfts med andra ord inte fram särskilt i detta dokument. År 2017 publicerade NHS ”Next Steps on the Five Year Forward View” – ett nationellt styrdokument som tydligare belyser vikten av patientsäkerhet i vården (16). Här presenteras exempelvis åtgärdsförslag för att nå den övergripande visionen, och patientsäkerhet lyfts fram som en av tre drivande faktorer (enablers) för en förbättrad vårdkvalitet.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet kan sammanfattas i tre steg

I vår genomförda expertintervju med företrädare från Institute of Global Health Innovation har det nationella patientsäkerhetsarbetet bedrivits i tre steg. Det första steget rörde utvecklingen och etableringen av system för avvikelserapportering i vården. Detta för att skapa förutsättningar för lärande och återkoppling. Enligt uppgift pågår ett kontinuerligt arbete för att i större utsträckning inkludera patienter i avvikelserapporteringar. Detta motiveras utifrån att patienter ska ses som experter på sin egen säkerhet och därför är det centralt att de involveras i patientsäkerhetsarbetet.

I det andra steget har arbetet varit inriktat på att utveckla och stärka vårdpersonalens kapacitet att bedriva förbättringsarbete, bland annat med fokus på patientsäkerhet. Sammanfattningsvis har arbetet enligt uppgift varit inriktat på att utveckla system och rutiner för att förbättra förutsättningarna för denna typ av arbete. Ett exempel är etableringen av nätverket ”Patient safety collaboratives” (17). Här kan olika aktörer samlas för att utbyta kunskap och idéer inom patientsäkerhetsområdet och därigenom skapa förutsättningar för ömsesidigt lärande.

I det tredje steget har arbetet varit inriktat på att undersöka vilka hinder för en förbättrad patientsäkerhet som kan ses, och hur dessa kan överbryggas. Utgångspunkten för detta arbete har varit kulturförbättrande insatser med särskilt fokus på lärande. Målet är bland annat att öka medvetenheten kring den så kallade mänskliga faktorn som kan bidra till att fel görs och incidenter inträffar.

Enligt den intervjuade experten har den huvudsakliga utgångspunkten för det nationella patientsäkerhetsarbetet i England genomgående varit den enskilda patientens möte med vården. Det är på denna nivå som förändring måste ske, något som förbättringsåtgärder på andra nivåer måste ta hänsyn till. Enligt uppgift pågår det avslutningsvis för närvarande ett arbete med att ta fram en uppdaterad långsiktig strategisk plan för NHS förbättringsarbete.

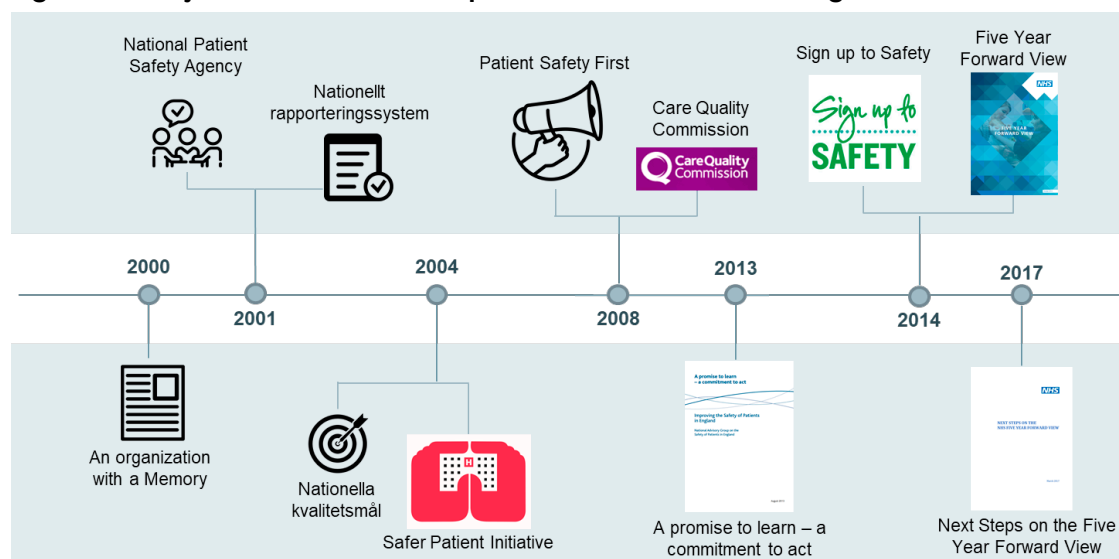
*”Om det arbete vi gör på **högre nivåer** inte skapar en förbättring i mötet med patienten, är det en slöseri med tid”*

- Expert England

Sammanfattningsvis fokuserar vår gjorda analys i huvudsak på styrdokumentet ”Next Steps on the Five Year Forward View” (16). Detta belyser nationella prioriteringsområden och åtgärdsförslag inom patientsäkerhetsområdet på ett tydligt sätt. Analysen kompletteras även av information från NHS hemsida (www.nhs.uk) samt värdefulla insikter från vår genomförda intervju med en expert från Institute of Global Health Innovation som även tidigare har arbetat med patientsäkerhet på nationell nivå inom NHS.

I Figur 3 nedan synliggörs patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i England.

Figur 3. Tidslinje över det nationella patientsäkerhetsarbetet i England



Styrdokumentets struktur

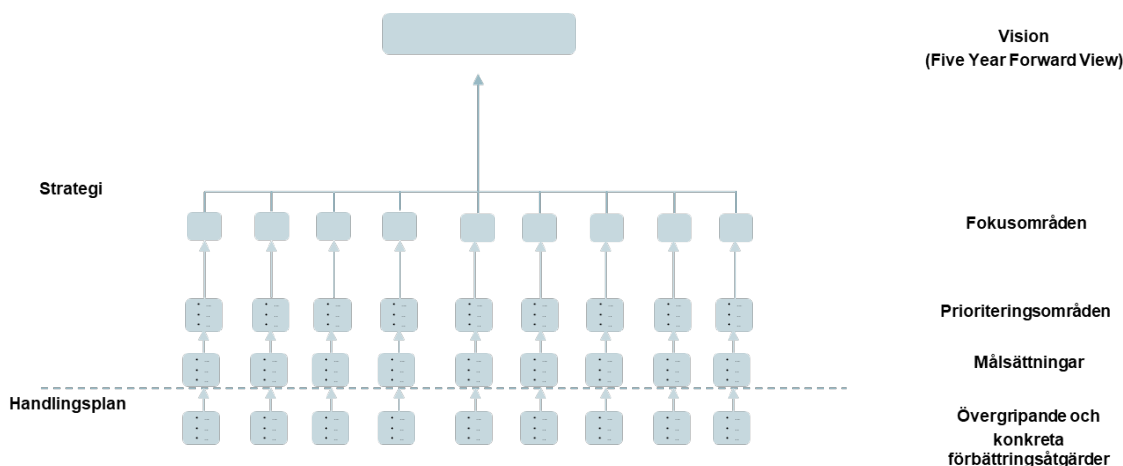
I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Next Steps on the Five Year Forward View" (16).

Styrdokumentet består av många olika delar

Strategidokumentet kan sägas bestå av: 1) Hänvisning till övergripande vision som ligger till grund för dokumentets fokus 2) nio fokusområden (vår benämning), 3) ett antal prioriteringsområden (vår benämning) per fokusområde, 4) målsättningar inom respektive prioriteringsområde (vår benämning) och 5) övergripande förbättringsåtgärder samt konkreta förbättringsåtgärder (vår benämning) inom respektive prioriteringsområde (se Figur 4 för en visualisering av dokumentens centrala delar).

Utöver ovanstående delar beskrivs inledningsvis även centrala utmaningar som också ligger till grund för styrdokumentets fokus och innehåll.

Figur 4. Visualisering av styrdokumentets struktur



Sammanfattningsvis finns en tydlig koppling mellan de olika delarna, exempelvis mellan de valda fokusområdena, prioriteringsområdena och förbättringsåtgärderna. Samtidigt kräver dokumentets upplägg relativt mycket tolkning för att bilden av strukturen ska bli klar. Dokumentet är omfattande och sedvanliga begrepp såsom prioriteringsområden, mål, förbättringsåtgärder etcetera används inte.

Styrdokumentet kan ses som en kombinerad strategi och handlingsplan

Då en övergripande långsiktig vision ligger till grund för dokumentets strategiska fokus samt att det bland annat belyser mer vida fokus- och prioriteringsområden kan styrdokumentet beskrivas som en övergripande strategi för det samlade kvalitetsarbetet på nationell nivå. Detta trots att dokumentet beskrivs som ett mer operativt komplement till den övergripande strategin från 2014. Samtidigt är den, i enlighet med det uttalade syftet, relativt kortsiktig – den sträcker sig över en tvåårsperiod – och lyfter fram både övergripande och mer konkreta åtgärdsförslag. Dessa aspekter kan i större utsträckning förknippas med en handlingsplan. Mot denna bakgrund kan dokumentet beskrivas som en kombinerad strategi och handlingsplan. Den anger med andra ord både vida ramar för det nationella kvalitetsarbetet i form av vision, mål etcetera (där patientsäkerhet är ett område) och beskriver aktiviteter som kan genomföras för att nå de mer övergripande målsättningarna.

Styrdokumentet riktar sig brett till olika aktörer

Genom att ta del av de åtgärdsförslag som redovisas inom de olika fokus- och prioriteringsområdena ges indirekt en bild av vilka mottagarna är. Det framgår dock inte uttryckligen i styrdokumentet vilka grupper eller nivåer som ses som huvudsakliga mottagare av dess innehåll. En del åtgärder riktar sig direkt till vårdgivare, det vill säga verksamhetsnära nivåer. Vissa föreslagna aktiviteter riktar sig istället till nationella organisationer såsom förbättringsorganet NHS Improvement. Inom andra prioriteringsområden, som inte direkt är kopplade till patientsäkerhetsperspektivet, lyfts åtgärdsförslag som riktar sig till den politiska ledningen på nationell nivå. Mot denna bakgrund tolkar vi det som att styrdokumentet riktar sig till olika aktörer tvärs hela systemet – från vårdgivarnivå till övergripande systemnivå.

Styrdokumentet är omfattande och texttungt, men finns även i en förenklad version

”Next steps on the Five Year Forward View” är ett word-dokument på 75 sidor. Innehållet består till största del av löpande text med ett fåtal visuella inslag (i form av diagram vilka sammanställer resultat från vissa statistiska analyser). Dokumentet är uppdelat i flera kapitel med tydlig rubriksättning. Prioriteringsområden och förbättringsåtgärder listas på ett tydligt sätt vilket klargör logiken och underlättar läsbarheten.

En förenklad och nedkortad version av originaldokumentet har även tagits fram. Denna riktar sig framför allt till allmänheten och tillgängliggör det mest centrala innehållet, bland annat genom bilder. Den förenklade och nedkortade versionen skapar sannolikt goda förutsättningar för att styrdokumentets innehåll samt budskap ska nå tilltänkta målgrupper och få önskat genomslag.

Kommunikationsstrategier beskrivs inte i någon större utsträckning

Det framgår inte av styrdokumentet huruvida särskilda kommunikationsstrategier används för att sprida och förankra dokumentets innehåll. Vi har inte heller kunnat identifiera denna typ av kompletterande information på NHS hemsida eller i vår intervju med expert från England.

Styrdokumentet löper över två år

Styrdokumentet är ett komplement till den nationella kvalitetsstrategin från 2014: "Five Year Forward View", vars vision löper fram till 2019. "Next steps on the Five Year Forward View" innehåller förbättringsåtgärder för de två sista åren, dvs. dokumentet löper från 2017 till 2019. Orsaker till den valda tidsperioden lyfts inte fram i strategidokumentet.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Next Steps on the Five Year Forward View" (16).

Styrdokumentet innehåller nio olika fokusområden för att uppnå framtidsvisionen

Visionen som hänvisas till i "Next steps on the Five Year Forward View" är densamma som i det långsiktiga strategidokumentet "Five Year Forward View". Denna kan utifrån innehållet i dokumentet, enligt vår tolkning, i kort-het formuleras/sammanfattas som att: *NHS ska arbeta för en bättre hälsa hos befolkningen, en bättre vård med mer jämlik kvalitet, samt en hållbar finansiering och hög grad av effektivitet¹.*

Som tidigare nämnt är dokumentet tydligt uppdelat på ett flertal olika kapitel. Vi karaktäriserar dessa som övergripande fokusområden. Dessa är:

1. Akutsjukvård
2. Primärvård
3. Cancervård
4. Vård/behandling av psykisk ohälsa
5. Integration av vård på lokal nivå
6. Finansiering och effektivitet
7. Förstärkt arbetskraft
8. **Patientsäkerhet**
9. Teknologi och innovation

Inom ramen för de olika fokusområden listas, vad vi benämner, som ett antal prioriteringsområden. Därefter lyfts ett varierande antal förbättringsförslag som syftar till att bidra till förändring inom respektive prioriteringsområde – vissa på en övergripande nivå, andra mer konkreta.

Flertal prioriteringsområden belyses för en förbättrad patientsäkerhet

Inom fokusområdet patientsäkerhet lyfts sammanlagt åtta olika prioriteringsområden. Inom ramen för varje område ska förbättringsarbete ske under perioden 2017–2019. Prioriteringsområdena är:

- Förebygga vårdrelaterade infektioner
- Öka patientsäkerheten inom mödravården
- Inhämta lärdomar från undvikbara dödsfall
- Förbättra sjukvårdsinspektionernas kvalitet

¹ Not: Visionen är vår sammanfattade tolkning utifrån innehållet i styrdokumentet "Five Year Forward View", och specifikt det som framkommer på sidorna 6–8 i dokumentet.

- Förbättra förutsättningarna för genomförandet av ändamålsenliga patient-säkerhetsutredningar inom sjukvården
- Minska graden av misstag som förekommer i samband med läkemedelsbehandling
- Utveckla och etablera avvikelserapporteringssystem med fokus på patient-säkerhet
- Fungera som en global ledare inom patientsäkerhetsområdet.

För respektive prioriteringsområde finns även målsättningar. I vissa fall redovisas även åtgärdsförslag (mer eller mindre konkreta) för att nå de uppsatta målen. Nedan framgår hur dessa är formulerade.

Förebygga vårdrelaterade infektioner

NHS improvement ska leda ett arbete med målet att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) orsakade av så kallade gram-negativa bakterier såsom E. Coli, Klebsiella och Pseudomonas. Målet är att denna typ av VRI ska halveras fram till år 2020/21.

För att målet ska kunna nås måste relevanta aktörer inom hela systemet involveras. Konkreta förbättringsåtgärder som lyfts fram är:

- Relevanta aktörer ska öka graden av obligatorisk datainsamling samt publicering av resultat. Inhämta lärdomar från jämförelsedata som publiceras av "Public Health England".
- Riktlinjer och verktyg som NHS Improvement tar fram ska följas av vårdgivare på lokal nivå i syfte att förebygga infektioner i blodet som orsakas av så kallade gram-negativa bakterier.
- Prioritera infektioner orsakade av E. Coli-bakterier på samma sätt som infektioner orsakade av MRSA och Clostridium difficile. Exempelvis genom att tillgängliggöra information om antalet aktuella infektionsfall på respektive vårdavdelning

Öka patientsäkerheten inom mödravården

Under 2016 genomförde NHS en nationell utvärdering av mödravården. Resultaten presenterades i en rapport med titeln: "Better Births" (18). I rapporten lyfts ett antal rekommendationer för förbättring, bland annat kopplat till en förbättrad patientsäkerhet inom förlossningsvården. Rapportens resultat pekade bland annat på att samverkan och koordineringen mellan olika vårdgivare behöver förbättras.

Som en lösning på rådande utmaningar föreslogs utveckling och införande av så kallade "lokala mödravårdssystem" ("Local Maternity Systems") (19). Det föreslogs att systemen ska vara tvärprofessionella och att olika vårdgivare samt aktörer inom ramen för dessa ska samverka för att tillsammans kunna tillhandahålla en mer heltäckande och säker vård. Totalt 44 lokala mödravårdssystem planerades påbörja sitt arbete från och med april 2017 och dessa ska arbeta för att:

- Tillhandahålla en individanpassad, säkrare och evidensbaserad mödravård. Öka kontinuiteten av vården för kvinnor före, under och efter förlossning. Målet är att sju regioner ska bli först ut med att genomföra de nya förbättringsåtgärderna för mödravården vilket kommer påverka 125 000 födselar

per år och över 15 procent av populationen fram till slutet på år 2018. En förbättrad kontinuitet inom mödravården kommer att gynna över 20 000 kvinnor.

- Reducera fosterdöd, neonatala dödsfall, mödradödlighet och hjärnskador hos nyfödda med 20 procent till år 2020 jämfört med år 2010. Detta för att närma sig det nationella målet för förbättrade utfall (minskning med 50 procent) fram till år 2030.

Inhämta lärdomar från undvikbara dödsfall

NHS ska bli en världsledande organisation när det kommer till att ta del av och inhämta lärdomar från olika sorters källor. Exempel på relevanta källor är patienters framförda klagomål. Syftet är att använda relevanta lärdomar som ett förbättringsunderlag i vården. NHS Trusts förväntas ha adekvata system för att kontinuerligt lärande med fokus på undvikbara dödsfall inom vården. Sedan år 2017 ska de publicera data för samtliga dödsfall som bedömts orsakats av avvikelser i sjukvården. De ska även redovisa de åtgärder som har vidtagits i lärande och förebyggande syfte. Denna typ av uppgifter ska rapporteras kvartalsvis och de redovisas i respektive vårdgivarorganisations kvalitetsrapport (så kallade "Quality Accounts"). Vårdgivarna är enligt lagstiftningen skyldiga att årligen publicera en sådan kvalitetsrapport (20).

NHS ska även arbeta för att stöd till och kommunikation med familjer/vårdare som har förlorat en närstående till följd av avvikelser i vården förbättras. Standarden av och förståelsen för data kring vårdrelaterade skador och mortalitet ska också förbättras. Även de tjänster som är riktade till individer med kognitiva funktionsnedsättningar eller psykiska besvär ska inkluderas i lärandearbetet kring insikter från undvikbara dödsfall.

Förbättra sjukvårdsinspektionernas kvalitet

Care Quality Commission (CQC) ska utveckla en mer målinriktad, responsorienterad och samarbetsinriktad ansats för att reglera sjukvården. Särskilt fokus ska riktas mot regleringen av nya vårdformer samt vårdgivare med komplexa uppdrag. "Use of Resources" är ett ramverk framtaget av NHS Improvement för att utvärdera hur väl vårdgivare använder sina resurser för att tillhandahålla vård av god kvalitet. CQC ska samarbeta med NHS Improvement för att kombinera "Use of Resources" med CQC's betygssystem av sjukhusen inom NHS.

Förbättra förutsättningarna för genomförande av ändamålsenliga patientsäkerhetsutredningar inom sjukvården

Negativa händelser som påverkar patientsäkerheten ska utredas på ett ändamålsenligt sätt. Detta i syfte att tydliggöra eventuella oklarheter och/eller oro hos patienter, samt sprida lärdomar från avvikelserna inom hela NHS. Styrdokumentet aviserar att en ny organisation med namnet "Healthcare Safety Investigation Branch" (HSIB) ska skapas och påbörjar sitt arbete från och med april 2017. Organisationen och dess verksamhet ska enligt styrdokumentet finansieras av hälsodepartementet och knytas till NHS Improvement.

HSIB är etablerad idag och har till uppgift att genomföra fristående utredningar av patientsäkerhetshändelser inom sjukvården (21). Organisationen

identifierar lärdomar och tar fram rekommendationer för att förbättra patientsäkerheten men de har inga regulativa befogenheter gentemot vårdgivarna. Målet är att HSIB ska genomföra upp till 30 utredningar varje år. Förutom detta ska NHS Improvement också ta fram nytt vägledande informationsmaterial kring utredningar av allvarliga händelser i vården.

Minska graden av misstag som förekommer i samband med läkemedelsbehandling

Olika planer ska tas fram för att minska avvikelser i läkemedelsbehandling inom hela NHS. Detta i syfte att försäkra samtliga patienter om att rätt typ av läkemedel förskrivs.

Utveckla och etablera avvikelserapporteringssystem med fokus på patientsäkerhet

NHS Improvement ska utveckla ett nytt system med namnet "Patient Safety Incident Management System (PSIMS)". Systemet underlättar registrering av avvikelser och gör dessutom rapporteringen mer givande. Detta då det främjar återkoppling och lärande vilket skapar förutsättningar för förebyggande insatser. Systemet PSIMS ska kunna användas i alla vårdmiljöer.

Fungera som en global förebild inom patientsäkerhetsområdet

NHS patientsäkerhetsarbete beskrivs ofta som världsledande. NHS ska mot denna bakgrund fortsätta arbeta med nationella och internationella samarbetspartners för att främja patientsäkerheten i England. Exempelvis genom att bidra till samt leda WHO:s patientsäkerhetsinitiativ och den europeiska expertgruppen för patientsäkerhet (pan-European Patient Safety Expert Group).

Styrdokumentet verkar utgå från en relativt snäv definition av patientsäkerhet

Det framgår inte uttryckligen av det undersökta styrdokumentet vilken definition av patientsäkerhet som används. I kapitlet som beskriver fokusområdet patientsäkerhet beskrivs emellertid en relativt smal ansats, det vill säga ett fokus på att minimera risker för vårdrelaterade skador snarare än att brett arbeta för en förbättrad vårdkvalitet. Samtidigt är patientsäkerhet ett av totalt nio områden som NHS arbetar inom för att förbättra sjukvården samt delar av den sociala omsorgen, och visionen som dokumentet hänvisar till syftar till både förbättrad hälsa och sjukvård det vill säga indikerar ett bredare förhållningssätt.

Tematiskt fokuserar styrdokumentet på utfalls- och framgångsområden

Tematiskt kan styrdokumentets innehåll framför allt kategoriseras som utfalls- och framgångsområden. Exempelvis lyfts utfall såsom vårdrelaterade infektioner, läkemedelsbehandling och undvikbara dödsfall – både på mål- och prioriteringsområdesnivå samt på åtgärdsnivå. När det kommer till framgångsområden lyfts framför allt faktorer som kan kopplas till förbättringsmetoder, kommunikation samt olika typer av strukturella och organisatoriska

aspekter fram. Till exempel betonas, på såväl mål- och prioriteringsområdesnivå som på åtgärdsnivå, vikten av systematiskt lärande, förbättrade inspektioner och utredningar och kunskapsinhämtning.

Vissa centrala förändringar av systemet speglas inte innehållsmässigt i dokumentet

I vår genomförda expertintervju framkommer att vissa centrala innehållsmässiga delar inte till fullo täcks av det undersökta styrdokumentet. Exempelvis lyfter intervjurespondenten att hälso- och sjukvårdssystemet genomgått reformer över tid som delvis har bäring på det nationella patientsäkerhetsarbetet, men att detta inte tydligt återspeglas i ”Next steps on the Five Year Forward View”. Den intervjuade företrädaren poängterar även att patientsäkerhet hade kunnat ges ett ännu större utrymme i strategidokumentet, men att detta perspektiv sannolikt kommer få en ännu mer framträdande roll i det kommande dokumentet som enligt uppgift för närvarande håller på att tas fram.

I intervjun betonas att transparens och öppenhet, patientsäkerhetskultur och respekt för såväl patienter som vårdpersonal är tre kritiska faktorer för en hög grad av patientsäkerhet. Dessa faktorer lyfts i viss mån indirekt fram i styrdokumentet, exempelvis i anslutning till att vikten av välfungerande rapporteringssystem och ömsesidigt lärande. De lyfts emellertid inte, enligt vår bedömning, fram särskilt i underlaget.

*”Vårt sjukvårdssystem har genomgått **stora förändringar**, och vi har fått **ny lagstiftning** men detta **syns inte i styrdokumentet** som ni tittar på”*

- Expert England

*”**Transparens och öppenhet, patientsäkerhetskultur och respekt för såväl patienter som vårdpersonal** är de mest kritiska faktorerna för att åstadkomma förbättring inom patientsäkerhetsområdet”*

- Expert England

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med styrdokumentet. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Next Steps on the Five Year Forward View" (16).

Styrdokumentet är en mer operativ fortsättning på den ursprungliga strategin "Five Year Forward View"

Det undersökta styrdokumentet är en vidareutveckling av strategin som publicerades 2014 – "Five Year Forward View" (15). Denna strategi togs fram i konsensus med en rad olika aktörer och organisationer såsom patientföreträdare, vårdpersonal, lokala organisationer samt ledningsgrupper inom NHS. "Next Steps on the NHS Five Year Forward View" syftar till att beskriva konkreta åtgärder som kan bidra till att den övergripande visionen uppfylls. Åtgärdsförslagen baseras på en kartläggning kring vilka framsteg som gjorts inom områden med förbättringspotential enligt den övergripande strategin (bättre hälsa, en bättre vård mer högre kvalitet och ekonomisk hållbarhet). Kartläggningen visade att det, trots centrala framsteg, kvarstår arbete för att visionen ska kunna nås.

Utgångspunkten för prioriteringsområdena i det undersökta styrdokumentet: "Next Steps on the NHS Five Year Forward View" baseras sammanfattningsvis på:

- NHS årliga mandat (från regeringen) vilket anger mål och budget.
- NHS egna konsultationer med allmänheten, patienter, vårdpersonal och andra nyckelaktörer inom systemet.
- En årlig undersökning av organisationen "Healthwatch" som sammanställer en lista med de fem mest prioriterade områden där allmänheten vill se en förbättring.

I styrdokumentet påpekas det också att rätt förutsättningar måste skapas för att uppnå förbättringar inom dessa områden, varför fokus även ska läggas på att arbeta inom områden som personal, patientsäkerhet, teknik och innovation, dvs. de möjliggörande faktorerna som har beskrivits tidigare i vår analys.

Styrdokumentet beskriver genomförandeprocessen i viss utsträckning

Genomförandeprocessen beskrivs tydligt inom vissa prioriteringsområden såsom akutsjukvård, primärvård, cancervård och mental hälsa. Processbeskrivningen är emellertid mindre utförlig för området patientsäkerhet. Det framgår att nationella organ som NHS Improvement och Care Quality Commission (CQC) har ett viktigt ansvar för att förbättringsarbetet ska kunna bedrivas

på vårdgivarnivå. För att få en tydligare bild av hur genomförandeprocessen är tänkt att gå till har vi framför allt undersökt information som finns tillgänglig på organisationernas hemsidor (www.improvement.nhs.uk respektive www.cqc.org.uk).

NHS Improvement leder förbättringsarbetet

NHS Improvement har till uppgift att stödja vårdgivare för att de ska kunna tillhandahålla en säker vård av god kvalitet. Organisationen ska samla in och analysera information kring vårdavvikelser samt ge råd och vägledning till vårdgivare angående riskminimering. NHS Improvement har en egen strategisk plan (Business Plan 2017–2019) (22) som ligger i linje med de ambitioner som framkommer i ”Next steps on the Five Year Forward View”.

I strategidokumentet beskrivs ett flertal aktiviteter för att bedriva arbetet. Exempel på aktiviteter är:

- **Driften av Patient Safety Alerts:** Patient Safety Alerts är ett varningsrapportssystem kring patientsäkerhetsrisker som riktar sig till vårdgivare (23). Varningarna baseras på inrapporterade data om vårdavvikelser och på information från en rådgivningspanel (National Patient Safety Response Advisory Panel) som består av vårdpersonal, patienter, experter inom patientsäkerhet, institut och andra nationella organ.
- **Genomförande av Patient Safety Collaborative Programme:** Patient Safety Collaborative Programme är ett program som syftar till att stimulera etableringen av lokala organisationer (Patient Safety Collaboratives) som arbetar med kvalitetsförbättring i direkt kontakt med vårdgivarna (17). Programmet finansieras och samordnas av NHS Improvement, men organiseras lokalt av ”Academic Health Science Networks (AHSN:s)”. AHSN:s är medlemsorganisationer inom NHS England med uppgift att sammanföra vårdgivare, lokala organisationer, industrin och akademien (24).
- **Genomförande av The Maternal and Neonatal Health Safety Collaborative:** The Maternal and Neonatal Health Safety Collaborative är ett treårigt program som lanserades 2017 för att stötta vårdgivare i arbetet med att öka patientsäkerheten inom mödravården (i enlighet med den nationella strategin ”Better Births”) (25).

Care Quality Commission ansvarar för tillsyn av vård- och omsorgstjänster

Som tidigare nämnts är CQC:s huvudsakliga uppgifter att övervaka, inspektera och reglera vård- och omsorgstjänster (5). Detta för att säkerställa att tjänsterna uppnår adekvat kvalitets- och säkerhetsstandard.

Inspektionerna utgår ifrån fem fundamentala frågor gällande verksamheten:

- Är verksamheten säker?
- Är verksamheten effektiv?
- Är verksamheten omhändertagande?
- Möter verksamheten behoven?
- Kännetecknas verksamheten av ett bra ledarskap?

Samtliga inspektioner resulterar i en betygssättande rapport. Rapporterna är tillgängliga för allmänheten som kan använda sig av resultatet för att välja vilken vårdgivare de ska gå till. Om verksamheter inte lever upp till kvalitetskraven, har CQC möjlighet att vidta särskilda åtgärder (26). Organisationen kan exempelvis kravställa verksamheten att genomföra vissa förbättringar, utfärda vitesföreläggande, begränsa verksamhetens utförande eller till och med dra tillbaka verksamhetens tillstånd för att bedriva vård eller omsorg om inte kvalitetsförbättringar genomförs omedelbart.

CQC är en fristående organisation men samarbetar med NHS mot ett gemensamt mål om att förbättra kvaliteten och säkerheten inom sjukvården och delar av omsorgen (27).

Beskrivningar av hur styrdokumentets innehåll ska följas upp är relativt begränsade

Beskrivningar av uppföljningen av innehållet i "Next Steps on the Five Year Forward View" framkommer inte i själva styrdokumentet. NHS England publicerar emellertid årsrapporter där måluppfyllelseanalyser redovisas, det vill säga hur väl NHS svarat upp mot regeringens årliga målsättningar. I den senaste årsrapporten (Annual Report 2017/18) lyfts framsteg inom primärvård, akutsjukvård, cancervård, psykisk ohälsa och integrationen av vårdtjänster fram särskilt (28). Framsteg kopplade till patientsäkerhet beskrivs dock inte på samma sätt. Beskrivningar av hur uppföljningen genomförts saknas här.

Vad gäller central uppföljning av avvikelser inom vården görs detta via ett nationellt rapporterings- och lärandesystem (National Reporting and Learning System) (29). I vår gjorda expertintervju beskrivs välfungerande rapporteringssystem som en viktig förutsättning för kontinuerligt lärande utifrån incidenter och allvarliga händelser. Enligt uppgift håller systemet för närvarande på att utvecklas i syfte att underlätta rapportering, göra det mer givande och för att i högre grad involvera patienter.

Samtliga sjukhus måste rapportera in avvikelser genom detta system och informationen sammanställs sedan i månatliga rapporter som NHS Improvement publicerar (så kallade NRLS Monthly Report England) (29). Avvikelserna graderas i fem nivåer; 1) ingen skada, 2) liten skada, 3) medelsvår skada, 4) allvarlig skada och 5) dödsfall. Den inrapporterade datan kan sedan användas i andra sammanhang för att skapa förutsättningar för kontinuerligt lärande.

"Rapporteringssystem som är enkla och snabba att använda är en nyckel i arbetet med patientsäkerhet"

- Expert England

Styrdokumentets resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Next Steps on the Five Year Forward View" (16).

Någon särskild utvärdering av styrdokumentet har inte identifierats men innehållet verkar ha fått visst genomslag

En utvärdering av styrdokumentet har inte identifierats inom ramen för denna analys. I NHS årsrapport för 2017/18 beskrivs främst två framsteg som kan kopplas till de åtgärdsförslag för patientsäkerhet som framkommer i "Next Steps on the Five Year Forward Review" (28). Det ena framsteget är att sjukhusen har publicerat en policy för hur de ska lära sig från undvikbara dödsfall på sjukhus i syfte att arbeta förebyggande och därigenom minska denna typ av mortalitet. Det andra framsteget är att samtliga lokala mödravårdssystem (Local Maternity Systems) nu har etablerats som en del i genomförandet av programmet "Better Births". Som tidigare nämnts syftar programmet till en förbättrad patientsäkerhet inom mödravården.

I september 2018 publicerades en sammanställning av inrapporterade vårdavvikelser (NRLS national patient safety incident reports: commentary). Denna visar i korthet att nära 500 000 avvikelser rapporterades in till systemet under perioden januari-mars 2018, vilket motsvarar en ökning med 3,5 procent jämfört med samma period föregående år. Rapporten visar även att nästan 75 procent av samtliga inrapporterade avvikelser under perioden april 2017 till mars 2018 inte resulterade i en vårdrelaterad skada. Drygt 20 procent klassificerades som avvikelser som ledde till en mindre vårdrelaterad skada, vilket definieras som en skada som krävde extra observation eller mindre ingrepp/behandling. En sammanställning av skadenivåer kan ses i tabellen nedan.

Figur 5. Tabell som visar skadenivå för inrapporterade avvikelser till NRLS (31)

Degree of harm	April 2016 to March 2017		April 2017 to March 2018		% change
	N	%	N	%	
No harm	1,362,324	73.2	1,443,863	74.3	6.0
Low	434,219	23.3	436,774	22.5	0.6
Moderate	55,084	3.0	51,495	2.7	-6.5
Severe	5,548	0.3	5,501	0.3	-0.8
Death	4,392	0.2	4,537	0.2	3.3
Total	1,861,567	100	1,942,170	100	4.3

Det saknas data för nyckelintressenters syn på styrdokumentet
Utifrån den information som finns tillgänglig har vi inte kunnat lokalisera en
utvärdering av hur styrdokumentet har tagits emot av nyckelintressenter.
Detta framkommer heller inte i vår expertintervju.

Referenser

1. The Health Foundation. Spending on health care across the EU. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.health.org.uk/chart/chart-nhs-spends-about-eu-average-as-percentage-of-gdp-on-health>.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME: United Kingdom - England. Hämtad 2020-01-17 från <http://www.healthdata.org/united-kingdom-england>.
3. The Commonwealth Fund. The English Health Care System. Hämtad 2020-01-17 från <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>.
4. NHS Improvement. Hämtad 2020-01-17 från <https://improvement.nhs.uk/>.
5. Corporate Governance Framework. Care Quality Commission; 2015. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151111_Coporate_Governance_Framework_August_2015.pdf.
6. National Institute for Health and Care Excellence. What we do. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>.
7. Health Education England. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.hee.nhs.uk/>.
8. NHS England. National Quality Board. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/nqb/>.
9. An organisation with a memory. London: Department of Health; 2000.
10. Burnett S, Vincent C. Patient Safety in the United Kingdom: Evolution and Progress. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
11. Feinmann J. Safety first. BMJ; 2009: 338.
12. Health and Social Care Act 2012. Hämtad 2020-01-17 från <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.
13. A promise to learn - a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England. National Advisory Group on the Safety of Patients in England; 2013.
14. NHS. Sign up to Safety. Hämtad 2019-07-03 från <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/>.

15. Five Year Forward View. NHS England; 2014.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>.
16. Next steps on the NHS Five Year Forward View. NHS England; 2017.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>.
17. NHS Improvement. Patient safety collaboratives. Hämtad 2020-01-20 från <https://improvement.nhs.uk/resources/patient-safety-collaboratives/>.
18. Better Births: Improving outcomes of maternity services in England. NHS England, National Maternity Review; 2016.
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>.
19. NHS England. National Maternity Review. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/implementing-better-births/mat-review/>.
20. NHS England. About Quality Accounts. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/quality-accounts/about-quality-accounts/>.
21. Healthcare Safety Investigation Branch. About us. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.hsib.org.uk/about-us/>.
22. NHS Improvement business plan 2017-19. NHS Improvement; 2017.
https://improvement.nhs.uk/documents/1284/NHS_Improvement_Business_Plan_2017-19.pdf.
23. NHS Improvement. Patient safety alerts. Hämtad 2020-01-20 från <https://improvement.nhs.uk/resources/patient-safety-alerts/>.
24. The AHSN Network. About Academic Health Science Networks. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.ahsnnetwork.com/about-academic-health-science-networks/>.
25. NHS Improvement. Maternal and neonatal health safety collaborative. Hämtad 2020-01-20 från <https://improvement.nhs.uk/resources/maternal-and-neonatal-safety-collaborative/>.
26. About us. What we do and how we do it. Care Quality Commission; 2017. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170504_CQC_About-us.pdf.
27. Agreement between Care Quality Commission and NHS Commissioning Board. Care Quality Commission and NHS Commissioning Board; 2013.

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/02/cqc-nhsceb-agree.pdf>.

28. Our 2017/18 Annual Report. NHS England; 2018.

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/Annual-Report-Full-201718.pdf>.

29. NHS Improvement. Hämtad 2020-01-20 från

<https://report.nrls.nhs.uk/nrlsreporting/>.

30. NHS Improvement. Monthly data on patient safety incident reports.

Hämtad 2020-01-20 från <https://improvement.nhs.uk/resources/monthly-data-patient-safety-incident-reports/>.

31. NRLS national patient safety incident reports: commentary September 2018. NHS Improvement; 2018.

https://improvement.nhs.uk/documents/3266/NAPSIR_commentary_FINAL_data_to_March_2018.pdf.

Landrapport Finland

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten	4
Översiktliga landfakta – Finland	4
Det finska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av kommunal styrning	4
Stora förändringar har skett inom det nationella patientsäkerhetsarbetet sedan 2006.....	5
Styrdokumentets struktur	8
I huvuddokumentet beskrivs övergripande vision, mål och målpåfyllelse	8
Styrdokumentet riktar sig brett – från utförare till patienter och klienter	9
Styrdokumentet har ett traditionellt format	10
Det finns ingen specifik kommunikationsplan	10
Strategin gäller under en fyraårsperiod.....	10
Styrdokumentets innehåll.....	11
Den övergripande visionen är uppdelad i två delar och lägger grunden för arbetet.....	11
Delmål som framför allt förknippas med uppföljning av strategin har också formulerats.....	14
I bilagor definieras patient- och klientsäkerhet	14
Perspektiv för framgångsrika utfall redovisas i bilaga.....	15
Den tematiska indelningen av styrdokumentet utgår i första hand från framgångsområden.....	16
Styrdokumentets processer	17
Styrdokumentet bygger på den första patientsäkerhetsstrategin som togs fram 2009	17
Olika aktörer involverades i framtagandet	17
Strategin beskriver inte hur genomförandet ska gå till i detalj men anger riktning för vissa centrala processer	18
Det finns vissa beskrivningar av hur uppföljningen ska gå till	18
Styrdokumentets resultat.....	21
Ingen utvärdering har identifierats	21
Nyckelintressenters syn på styrdokumentet	21
Referenser	22

Introduktion

I analysen av Finland fokuserar vi på styrdokumentet: *"Patient- och klientsäkerhetsstrategin 2017–2021"* som publicerades år 2017. Regeringen är, genom det ansvariga statsrådet samt social- och hälsovårdsministeriet, dokumentets avsändare och strategin benämns "Statsrådets principbeslut". Strategin anger riktningen för Finlands nationella patientsäkerhetsarbete på en övergripande nivå. I korthet syftar den i första hand till att bidra till utvecklingen av den finländska hälso- och sjukvården samt den sociala omsorgen mot en enhetlig patientsäkerhetskultur. I och med att strategin lägger grunden för det samlade patientsäkerhetsarbetet i Finland utgör den i detta fall det styrdokument som vi analyserar. Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det använda ramverket. Analysen har även kompletterats med uppgifter från genomförd intervju med företrädare från social- och hälsovårdsministeriet.

Figur 1. Patient- och klientsäkerhetsstrategin 2017–2021



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Finland

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta. (1), (2)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	5,5 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79/84 (2016)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	2,3 (2016)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	9,7 (2014)	

Det finska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av kommunal styrning

Den finska hälso- och sjukvården finansieras av skattemedel (3). Hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som relativt decentraliserat och ansvaret för sjukvården fördelas i dag mellan stat och kommun. I korthet styr staten sjukvården och omsorgen genom lagstiftning samt andra bestämmelser och har även genom sina myndigheter bland annat ansvar för tillsyn. Det finns totalt 311 kommuner och dessa ansvarar för såväl organisering som utförande av både primär- och specialistvård samt sociala tjänster. En obligatorisk sjukvårdsförsäkring omfattar hela befolkningen. Försäkringen ersätter vissa kostnader för vård vid privata läkar- och tandläkarmottagningar,

Vilken typ av sjukvård respektive omsorg som ska bedrivas och tillhandahållas regleras genom lagstiftning. Kommunerna kan emellertid självständigt definiera hur verksamheten ska organiseras och utföras. Primärvården kan exempelvis bedrivas inom enskilda kommuner alternativt i samverkan med flera kommuner genom så kallade ”Samkommuner”. Specialistvården organiseras istället inom så kallade ”Sjukvårdsdistrikt”. Distrikten består av ett flertal kommuner som samarbetar över geografiska gränser. Det finns även ett antal privata vård- och omsorgsutförare som antingen upphandlas av kommunerna eller vänder sig direkt till patienter respektive brukare.

För närvarande pågår en omfattande reform av både hälso- och sjukvårdssystemet och omsorgssystemet i Finland (4). Reformen innebär en regionalisering av verksamheten genom bildandet av 18 självstyrande landskap. Landskapen kommer att överta det kommunala ansvaret för drift och organisering av vård och omsorg. Målet är att den nya modellen ska träda i kraft från och med år 2021.

Enligt intervjuade företrädare för social- och hälsovårdsministeriet är det, på grund av reformarbetet, i dagsläget svårt att definiera vilken roll de olika aktörerna i landet har för patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården samt klientsäkerhetsarbetet i omsorgen. Ambitionen är att de nybildade landskapen i framtiden ska kunna ta ett större ansvar för patient- och klientsäkerheten inom respektive region. Inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde finns en självständig sakkunnig inrättning som heter Institutet för Hälsa och Välfärd (Terveyden Ja Hyvinvoinnin Laitos, THL) (5). Denna organisation har som huvudsaklig uppgift att samla in forsknings- och statistikbaserad information inom välfärd och hälsa i landet i syfte att skapa underlag som stödjer beslutsfattare och andra aktörer. Enligt intervjuade företrädare är det tänkt, att THL ska bidra med uppföljning av vissa indikatorer inom patient- och klientsäkerhetsområdet när dessa börjar användas efter reformen.

*"Det pågår **en stor reform** i Finland just nu vilket gör det svårt att i nuläget uttala sig om **vilka roller de olika aktörerna** ska ha inom patientsäkerhetsområdet"*

- Företrädare Finland

Stora förändringar har skett inom det nationella patientsäkerhetsarbetet sedan 2006

Inom undersökta patientsäkerhetsindikatorer från OECD har Finland haft en varierande prestation

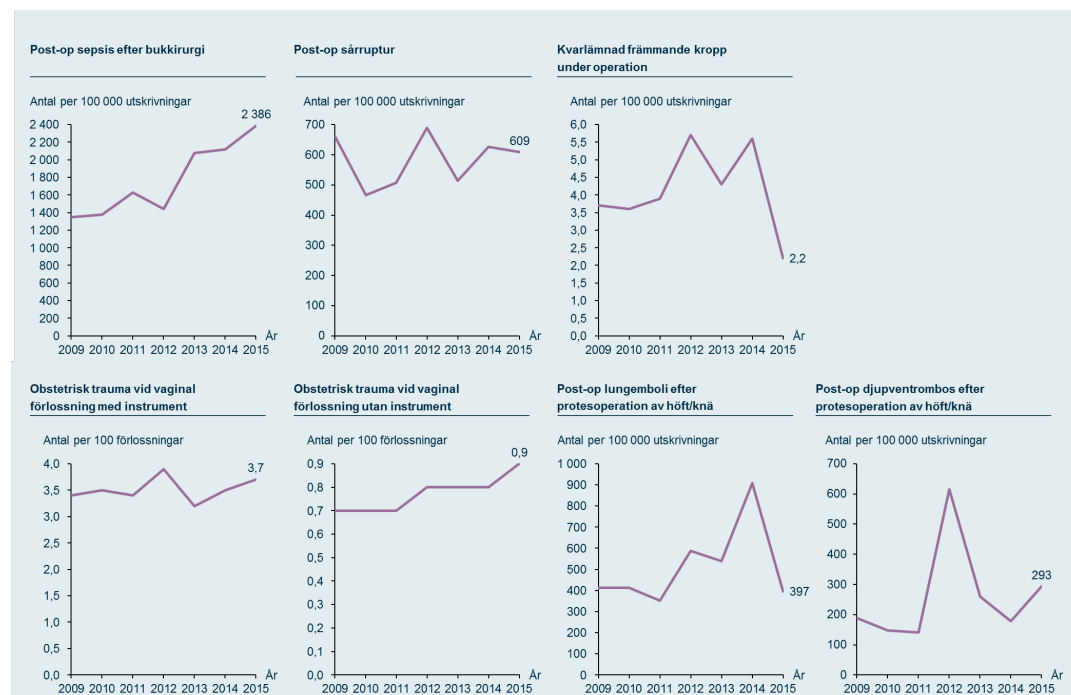
OECD-data för sju olika patientsäkerhetsindikatorer i Finland visar något varierande resultat över tid (se Figur 3).

För till exempel indikatorn post-operativ sepsis efter bukkirurgi ses en negativ trend sedan 2012, dvs. att antalet fall stadigt ökar. Någon tydlig positiv trend, dvs. minskning av antalet fall, ses inte för någon av indikatorerna. För två indikatorer (kvarlämnad främmande kropp under operation och post-op lungemboli) ses däremot markant färre antal fall under 2015.

I övrigt har resultaten från flertal indikatorer varierat över tid där antalet fall har svängt upp och ner. Utfall inom de två obstetriska indikatorerna har dock legat relativt stabilt under de undersökta åren.

Sammanfattningsvis kan man utifrån resultaten från dessa patientsäkerhetsindikatorer inte uttala sig om någon tydlig trend gällande utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i Finland.

Figur 3. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD data) över tid i Finland (6)



Patientsäkerhetsarbetet påbörjades år 2006 genom tillsättandet av ny styrgrupp

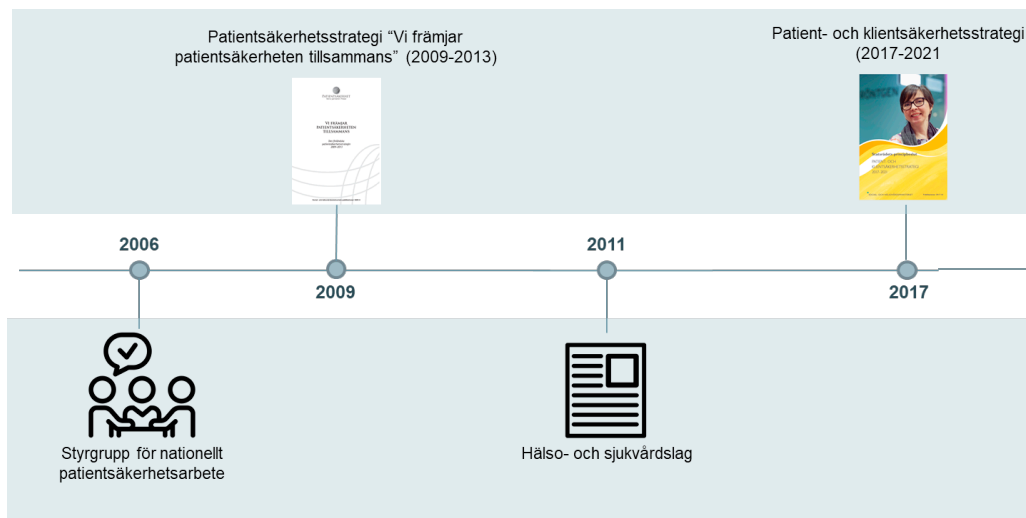
År 2006 kan beskrivas som startskottet för Finlands nationella arbete för ökad patientsäkerhet. Då tillsatte den finska regeringen, genom social- och hälsoministeriet, en styrgrupp för att främja patientsäkerheten i landet. Styrgruppen tog då fram den första nationella patientsäkerhetsstrategin med titeln "Vi främjar patientsäkerheten tillsammans" (7).

Strategin publicerades år 2009 och löpte fram till 2013. Under den perioden stiftades även den nya hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 2011 (8). Lagen kan i sammanhanget ses som banbrytande då den, för första gången, gav juridiskt stöd för främjande av patientsäkerheten i landet. Exempelvis gör lagen gällande att verksamheter inom hälso- och sjukvården ska ta fram en plan för kvalitetsledningen samt hur patientsäkerheten ska tillgodoses. Därefter, och med utgångspunkt i denna, har ytterligare lagar och förordningar som på olika sätt syftar till att stärka patientsäkerheten upprättats.

Som en grund för det fortsatta arbetet har regeringen, genom social- och hälsoministeriet tillsammans med andra berörda aktörer, som tidigare nämnts, tagit fram en uppdaterad strategi på området som sträcker sig fram till 2021 (9). Den nya strategin har, jämfört med förlagan, en bredare ansats då även den sociala omsorgen omfattas.

I Figur 4 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Finland.

Figur 4. Tidslinje över patientsäkerhetsarbetet i Finland.



Styrdokumentets struktur

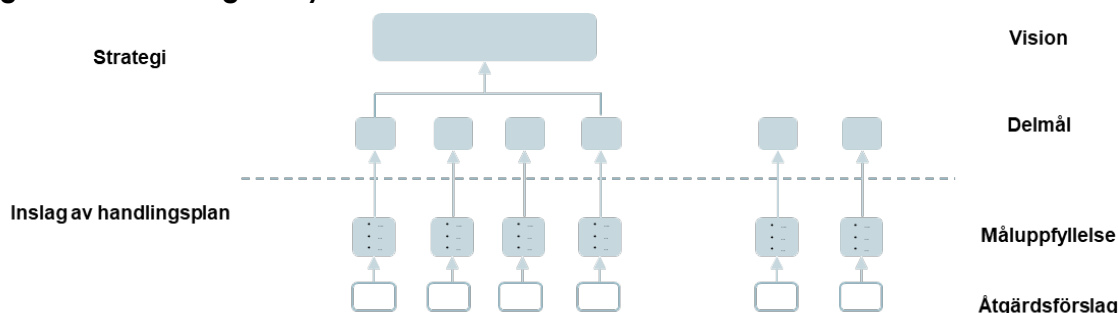
I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentets struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient- och klientstrategin 2017–2021" (9).

I huvuddokumentet beskrivs övergripande vision, mål och måluppfyllelse

Vision, mål och beskrivningar av måluppfyllelse – vilket utgör det centrala innehållet i en strategi

Övergripande kan styrdokumentet sägas bestå av sammanlagt fem huvudsakliga delar: 1) en vision (måltillstånd) som vägleder patientsäkerhetsarbetet fram till år 2021, 2) fyra delmål för att nå visionen, 3) en närmare beskrivning av vad måluppfyllelse skulle innebära inom respektive delmål, 4) två delmål som framför allt är kopplade till uppföljning av patientsäkerhetsarbetet samt 5) en redogörelse av vad måluppfyllelse inom de två delmålen angående nationell uppföljning innebär (se visualisering av styrdokumentets struktur nedan i Figur 5).

Figur 5. Visualisering av styrdokumentets struktur.



Strukturen för själva huvuddokumentet kan på en övergripande nivå framför allt liknas vid en strategi, det vill säga dokumentet anger mer vida och långsiktiga ramar för förbättringsarbetet. Samtidigt definieras måluppfyllelse och i vissa fall beskrivs önskvärda tillstånd på ett förhållandevis konkret sätt med verklighetsbaserade situationsbeskrivningar (ett längre resonemang om dokumentets innehåll följer under rubrik "Strategins innehåll"). Begreppet "handlingsplan" används till och med för att beskriva detta avsnitt. Samtidigt presenteras inte konkreta förbättringsåtgärder och det nämns uttryckligen att strategin kan kompletteras med mer detaljerade handlingsplaner.

Enligt den intervjuade företrädaren ska det analyserade dokumentet betraktas som en övergripande strategi. Respondenten tillägger att det just nu pågår ett arbete med att ta fram en nationell handlingsplan som ska komplettera

strategin. Handlingsplanen kommer att innehålla konkreta åtgärder för hur visionen, målen och delmålen i den nuvarande strategin ska uppfyllas.

*"Vi arbetar just nu med att ta fram en **konkret handlingsplan** som ska **komplettera** denna övergripande **strategi**"*

- Företrädare Finland

I bilagor klargörs definitionen av patient-/klientsäkerhet och grundläggande begrepp förklaras

Utöver strategins huvudsakliga delar presenteras även ett ramverk vilket benämns som "Det centrala innehållet i strategin" (se Figur 6). Ramverket och dess innehåll redovisas utförligt i en bilaga som beskriver olika perspektiv på patient- och klientsäkerhet. Vår tolkning är att ramverket framför allt klargör den definition av patient- och klientsäkerhet som används i styrdokumentet, samt lyfter fram och beskriver aspekter som bör finnas på plats för att en hög grad av patientsäkerhet ska kunna uppnås. Avslutningsvis klargörs vissa grundläggande begrepp, exempelvis "patient och klient" samt "kvalitet", i ytterligare en bilaga.

Figur 6. Ramverket som redovisas i styrdokumentet och som beskriver definitionen av patient- och klientsäkerhet samt centrala principer och funktioner



Styrdokumentet riktar sig brett – från utförare till patienter och klienter

Styrdokumentet är inte tydligt uppdelat utifrån olika mottagarnivåer (det vill säga så kallat mikro/meso/makro-perspektiv). Aktiviteter eller indikatorer som framför allt riktar sig till vårdgivare, patienter respektive till beslutsfattare på högre nivåer lyfts exempelvis inte fram separat. Samtidigt beskrivs det att styrdokumentet vänder sig till vård- och omsorgsutförare, vård- och omsorgspersonal, patienter, brukare och deras anhöriga. Strategin gäller för såväl offentliga som privata aktörer. Mot denna bakgrund kan styrdokumentet sägas rikta sig tämligen brett.

Styrdokumentet har ett traditionellt format

Styrdokumentet består av ett dokument i löptext på sammanlagt knappt 30 sidor (inklusive bilagor) och det är förhållandevis texttungt och därigenom inte särskilt lättillgängligt. Däremot är dokumentet inte särskilt omfattande sett till antalet sidor, vilket kan skapa förutsättningar för att innehållet ändå ska kunna få genomslag hos mottagarna.

Den gjorda analysen baseras på en svensk översättning av det finska originaldokumentet. I vissa fall har det varit svårt att förstå och ta till sig av innehållet, sannolikt på grund av att översättningen inte genomgående är fullständig eller heltäckande. Mot denna bakgrund har analysen kompletterats av en genomläsning i kvalitetssäkrande syfte av en finstalande resurs.

Som tidigare nämnts består strategin av ett huvuddokument och två bilagor. Den ena bilagan innehåller en visualiserande beskrivning av vad patient- och klientsäkerhet är utifrån olika perspektiv (se Figur 6) och den andra bilagan innehåller en lista med definitioner av centrala begrepp som används i styrdokumentet. Att tydliggöra definitioner och begrepp på detta sätt är ett sätt att tydliggöra budskapet samt skapa förutsättningar hos mottagaren. Samtidigt är dokumentets abstraktionsnivå relativt hög, vilket i vissa fall gör det svårt att få en bild av hur styrdokumentets olika delar och innehåll hänger samman. Detta riskerar att påverka dokumentets tillgänglighet.

Det finns ingen specifik kommunikationsplan

Enligt den intervjuade företrädaren har inga särskilda insatser för att kommunicera ut strategin genomförts. Företrädaren uppger att informationsspridningen till relevanta aktörer gällande strategin har varit sparsam från social- och hälsovårdsministeriet och att inga specifika kommunikationsstrategier har funnits.

*"Vi har inte lagt mycket kraft på att kommunicera ut strategin då vi har varit **upptagna med annat reformarbete** som pågår i landet just nu"*

- Företrädare Finland

Strategin gäller under en fyraårsperiod

Strategiperioden sträcker sig från 2017 till 2021. Beslut om den valda tidsperioden för strategin togs med utgångspunkt i att strategin skulle kunna sträcka sig över perioden för det pågående reformarbetet, där ambitionen är att det arbetet ska vara färdigt till slutet av år 2020.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient- och klientstrategin 2017–2021" (9).

Den övergripande visionen är uppdelad i två delar och lägger grunden för arbetet

Den övergripande visionen för arbetet är uppdelad i två delar, och är formulerad som: "Patient- och klientsäkerheten syns i strukturer och den praktiska verksamheten: tjänsterna är effektiva och säkra." och "Patienten och klienten är jämbördiga aktörer i serviceprocessen och planeringen av den. Var och en kan påverka, välja och ta ansvar för patient- och klientsäkerheten."

För att arbeta mot visionen/målsättningen har man identifierat fyra delmål med tillhörande beskrivningar av vad måluppfyllelse innebär. Dessa delmål är:

- Patienten, klienten och närstående deltar aktivt i säkerställandet och utvecklandet av patient- och klientsäkerheten.
- Kvalitet samt patient- och klientsäkerhet är en del av riskhanteringen.
- Det finns resurser och kunskaper för att garantera en säker vård och omsorg.
- Processerna för vård- och omsorgstjänster och verksamhetssätten är säkra och skyddar patienter och klienter från risksituationer.

Se nedan för beskrivning av respektive delmål.

Patienten, klienten och närstående deltar aktivt i säkerställandet och utvecklandet av patient- och klientsäkerheten

Inom ramen för detta delmål betonas att patienten och klienten ska ha en central roll i patient- respektive klientsäkerhetsarbetet. De ska aktivt engageras genom att få tillräcklig och adekvat information kring exempelvis diagnos och behandlingsmöjligheter. De ska också inkluderas i diskussionen kring fördelar och nackdelar av olika behandlingsalternativ.

Patienten/klienten ska även ha möjlighet att framföra sina synpunkter på brister och utvecklingsmöjligheter inom patientsäkerhetsområdet. Patienten/klienten ska vara informerad om vart han eller hon kan vända sig vid eventuella frågor. Alla negativa händelser som inträffar ska också diskuteras med patienten/klienten och eventuella närstående så att konsekvenserna kan analyseras samlat.

Avslutningsvis listas ett antal punkter som, i form av önskvärda tillstånd, beskriver uppfyllelse av det specifika delmålet. Av strategin framgår att dessa ska vara uppnådda före år 2021. Punkterna är:

- Patienten/klienten är en likvärdig aktör i sin egen vård -och omsorg samt när det kommer till säker planering och genomförande. Patienten/klienten bemöts på ett öppet och respektfullt sätt och individens medverkan stötts utifrån den enskildes förutsättningar.
- Patienterna/klienterna har tillräckligt med information om befintliga alternativ vad gäller vård- och omsorgstjänster, exempelvis kring läkemedelsbehandling, samt eventuella risker som förknippas med dessa, för att kunna vara med och fatta beslut om sin egen vård- och omsorg.
- Patienterna/klienterna deltar i planeringen, utvecklingen och bedömningen av sjukvårdens respektive omsorgens verksamhet och processer.

Kvalitet samt patient- och klientsäkerhet är en del av riskhanteringen

Inom detta delmål lyfts vikten av att utveckla en god process för riskhantering. Processen bör bestå av kontinuerlig riskidentifiering, bedömning och vidtagande av åtgärder utifrån behov.

För att åstadkomma detta kan exempelvis riskkartläggningar göras, personundersökningar kan genomföras och rapporteringssystem för farliga situationer kan upprättas. Det är även centralt med ett välfungerande system för utbyte av information både inom och mellan vårdgivare, särskilt med tanke på utvecklingen mot en ökad digitalisering.

Även inom ramen för detta delmål redovisas ett antal punkter som beskriver måluppfyllelsen i form av önskvärda tillstånd:

- Metoder för analys och hantering av risker beskrivs i en kvalitets- och patientsäkerhetsplan eller i en plan för egenkontroll. Överenskommelser kring hur riskernas betydelse ska bedömas har tagits fram och särskilda register för att notera risker har utvecklats.
- Riskhantering består bland annat av regelbunden analys av eventuella patient-/klientsäkerhetsrisker samt transparent rapportering av dessa.
- Vid planering av förändringsprocesser görs en proaktiv riskanalys och beslut om vilka åtgärder som behövs, bland annat för att säkerställa en säker och högklassig verksamhet.

Det finns resurser och kunskaper för att garantera en säker vård och omsorg

Inom ramen för detta delmål betonas personalens viktiga roll på ett relativt konkret sätt. Det måste finnas tillräckligt med personal med rätt kompetens för att patienter/klienter ska kunna omhändertas på ett ändamålsenligt sätt. Lokalerna måste också vara lämpligt utformade och rätt utrustning måste finnas tillgänglig.

Det ska alltid finnas personal med uttalat ansvar för att patient- och klientsäkerheten upprätthålls. Särskilt utsedda personer med ansvar för kvalitetsuppföljning ska också finnas på plats. Vård- och omsorgspersonal måste även, i anslutning till att de börjar en ny tjänst, få adekvat introduktion kring sina respektive arbetsuppgifter och ansvarsområden samt patientsäkerhetsfrågor. De måste även vidareutbildas löpande för att upprätthålla och stärka sin

kompetens – både vad gäller själva yrkesutövningen och kunskaper kring patient-/klientsäkerhet. Såväl ledningen som de anställda har ansvar för att detta sker, till exempel genom fortbildning.

Slutligen listas fyra punkter, i form av önskvärda tillstånd, som mer konkret beskriver vad måluppfyllelse i detta fall innebär:

- Det har inom den enskilda verksamheten fastställts vilka personresurser samt övriga resurser och kunskaper som behövs för att kunna tillhandahålla en säker vård och omsorg.
- Lokalerna där vård- och omsorgs bedrivs, läkemedel, produkter och utrustning är säkra. Det finns tydliga riktlinjer som riktar sig till alla yrkesgrupper, vad gäller förebyggande av vårdrelaterade infektioner.
- Patient- och klientsäkerhet ingår i personalens introduktionsutbildning, den årliga fortbildningen och kontinuerliga bedömningen av personalens kunskaper. Hänsyn tas även till patient- och klientsäkerhet vid arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper.
- Patient- och klientsäkerhet ingår i den grundläggande yrkesutbildningen, vidareutbildningen och fortbildningen samt ledarskapsutbildningen inom både sjukvården och omsorgen.

Processerna för vård- och omsorgstjänster och verksamhetssätten är säkra och skyddar patienter och klienter från risksituationer

Delmålet lyfter fram att samtliga verksamhetsprocesser måste vara säkra, till exempel vad gäller informationsutbyte, registrering och dokumentation – inte minst då patienter/klienter flyttas mellan olika vårdnivåer eller verksamheter.

Det är centralt att vård- respektive omsorgsgivare, i enlighet med befintlig lagstiftning, upprättar och följer en plan för egenkontroll samt en plan för hantering av kvalitet respektive patient-/klientsäkerhet.

Inom detta delmål lyfts fyra punkter, som beskriver önskvärda tillstånd som ska vara uppfyllda senast 2021 fram:

- Vård- och omsorg planeras och bedrivs som smidiga helhetsprocesser utan exempelvis fördröjningar och överlapp.
- Kvalitets- och patientsäkerhetsplanen och planen för egenkontroll är verktyg som bidrar till att främja säkerheten och utveckla riskhanteringen.
- Vård- och omsorgsgivarnas enhetliga processer och arbetssätt skyddar klienter respektive patienter från farliga situationer. Processerna medför ett värde för patienter och klienter.
- Genom bland annat arbetsintroduktion samt rutiner för uppföljning och bedömning säkerställs att vård- och omsorgsgivare följer de processer och arbetssätt som upprättats.

Delmål som framför allt förknippas med uppföljning av strategin har också formulerats

Utöver mål och delmål för patient- och klientsäkerhetsarbetet har även delmål för uppföljning av strategin formulerats:

- **Rutiner för uppföljning samt utveckling av kvalitet och patientsäkerhet upprättas och följs.** Inom detta delmål betonas värdet av att kontinuerligt följa upp och utvärdera patient- och klientsäkerhetsarbetet (en mer utförlig beskrivning av hur uppföljning/kvalitetsuppföljningen ska utformas framgår under rubrik *”Det finns vissa beskrivningar kring hur uppföljningen av arbetet ska gå till”*).
- **Patient- och klientsäkerheten främjas på nationell nivå.** Inom ramen för detta delmål konkretiseras delvis arbetet med hur patient- och klientsäkerhet ska följas upp och fortsätta utvecklas nationellt (en mer utförlig beskrivning av hur uppföljning/kvalitetsuppföljningen ska utformas framgår under rubrik *”Det finns vissa beskrivningar kring hur uppföljningen av arbetet ska gå till”*).

I bilagor definieras patient- och klientsäkerhet

I den första bilagan redovisas, som tidigare nämnts, perspektiv på patient- och klientsäkerhet. Här presenteras det ramverk som klargör den använda definitionen av patient-/klientsäkerhetsbegreppet samt centrala perspektiv för framgångsrika resultat (se figur 5). Patient- och klientsäkerhet definieras i ramverket som: *En säker och effektiv vård, omsorg och service i rätt tid som medför så lite skada som möjligt för patienten och klienten.*

I styrdokumentets andra bilaga vidareutvecklas definitionen av begreppet något. Där framgår att patient- och klientsäkerhet innebär att: *”Den effektiva vård, omsorg och service en person får främjar dennes fysiska, psykiska och sociala välbefinnande och orsakar så liten skada som möjligt. Med patient- och klientsäkerhet avses principer och funktioner hos personer och verksamheter inom hälso- och sjukvården respektive omsorgen som syftar till att säkerställa en säker service, omsorg och vård samt skydda klienter eller patienter från skador. Patient- och klientsäkerheten omfattar förebyggande, vårdande och korrigerande samt rehabiliterande vård och omsorg. Till patient- och klientsäkerheten hör att den personal som arbetar inom social- och hälsovården är kunnig, att lokalerna och utrustningen är lämplig samt att dokumentationen och informationsutbytet inom sjukvården och omsorgen är säker.”*

Definitionen tar med andra ord dels fasta på säkerhet i bemärkelsen att minimera risken för vård- och omsorgsskador, dels på effektivitetsperspektivet. Det förstnämnda perspektivet påminner om syftet i den svenska patientsäkerhetslagen (2010:659): att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård.

Att lyfta fram effektivitetsperspektivet är inte unikt för Finland utan görs även i flera andra länders styrdokument, t.ex. Skottland och Danmark. Kvalitetsperspektivet lyfts inte uttryckligen fram på samma sätt som effektivitet. Samtidigt berörs kvalitet på olika sätt inom målluppfyllelsebeskrivningarna.

Kvalitetsbegreppet beskrivs också i strategins andra bilaga som ett mångdimensionellt begrepp utan enhetligt vedertagen definition. Klient- och patientcentrering, vård och behandling i rätt tid samt patient- och klientsäkerhet ryms inom kvalitetsbegreppet enligt denna förklaring. Givet detta berörs kvalitetsdimensionen på olika sätt, trots att den inte är en uttalad del i strategins definition av patient- och klientsäkerhet.

Perspektiv för framgångsrika utfall redovisas i bilaga

Perspektiven för framgångsrika utfall som redovisas i bilagan ligger väl i linje med den använda definitionen av patient- och klientsäkerhet, och dessa är:

- Säkerhetskultur – hantering av kvalitets- och säkerhetsrisker
- Ansvar – processer och verksamhetssätt
- Ledning – säkerställande av resurser och kunskaper
- Bestämmelser – Kontinuerlig uppföljning och utveckling

Säkerhetskultur – hantering av kvalitets- och säkerhetsrisker

Genom att stärka säkerhetskulturen minskas risken för vård- och omsorgsrelaterade skador och detta kräver ett gemensamt ansvar och en inkluderande ansats. Säkerhetskultur innebär enligt bilagan bland annat en öppen atmosfär där exempelvis kunskapsbrist, avvikelser och negativa händelser behandlas öppet och ses som en viktig del i att utveckla och förbättra verksamheten.

Detta innebär bland annat att samtliga berörda aktörer i verksamheten gemensamt måste arbeta för en förbättrad patient- och klientsäkerhet. Vård- och omsorgspersonal, patienter, klienter och anhöriga måste till exempel ges möjlighet att framföra synpunkter, uttrycka eventuell oro samt ges adekvat stöd utifrån behov.

För att åstadkomma en förbättrad säkerhetskultur behövs bland annat särskilda rutiner och dessa måste baseras på forskning och erfarenheter.

Ansvar – processer och verksamhetssätt

Inom detta perspektiv lyfts centrala ansvarsförhållanden fram och ansvarskedjan för patientsäkerhetsarbetet beskrivs. Exempelvis ansvarar vårdgivarnas ledning och chefer för att säkerställa patient- och klientsäkerheten och de måste på olika sätt skapa förutsättningar för detta.

Även enskilda medarbetare inom vård och omsorg är ansvariga för säkerheten i den uppgift de utför och alla anställda ansvarar för sitt eget arbete. Patienten respektive klienten bidrar till patientsäkerheten i den mån det är möjligt, exempelvis genom att tillhandahålla bakgrundsinformation eller genom att poängtera när han eller hon inte upplever sig ha tillräcklig information.

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för beredning av bestämmelser gällande klient- och patientsäkerhet samt annan strategisk styrning. Institutioner och andra myndigheter inom förvaltningsområdet uppges utveckla, samordna och följa upp patient- och klientsäkerheten på nationell nivå.

Vidare beskrivs att det finns tre typer av tillsyn (förebyggande, planbaserad och retroaktiv).

Ledning – säkerställande av resurser och kunskaper

Perspektivet lyfter ledningens centrala roll för patient- och klientsäkerhet. Ledningen ska exempelvis betona patient- och klientsäkerhet samt kvalitet i all verksamhet som bedrivs och ska genom goda arbetsförhållanden se till att vården och omsorgen kan genomföras på ett säkert sätt.

Ledningen ska säkerställa exempelvis att ändamålsenliga resurser, förutsättningar och yrkesmässig kunskap finns på plats för att en god patientsäkerhet ska kunna uppnås. Den har bland annat också det övergripande ansvaret för att genomföra säkerhetsanalyser samt för att främja en säkerhetskultur där bland annat öppenhet eftersträvas.

Bestämmelser – Kontinuerlig uppföljning och utveckling

Inom detta perspektiv redovisas de lagar och förordningar som ligger till grund för patient- och klientsäkerheten. Dessa är:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)
- Socialvårdslagen (1301/2014)
- Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012)
- Förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011)
- Bestämmelser om egenkontroll inom hälso- och sjukvården (153/1990)
- Läkemedelslagen (395/1987)
- Lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010)
- Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007)
- Lag om smittsamma sjukdomar (1227/2016)

Den tematiska indelningen av styrdokumentet utgår i första hand från framgångsområden

Sammanfattningsvis utgår strategins tematiska innehåll framför allt från så kallade framgångsområden. Detta ses såväl i beskrivningen av delmålen och definitionen av måluppfyllelse, som i redogörelsen av centrala perspektiv för att nå goda utfall. Exempel på områden som lyfts fram är: ”patient- och klientdelaktighet”, ”ledarskap” och ”säkerhetskultur”.

Enligt den intervjuade företrädaren är tanken att denna övergripande strategi ska fokusera på dessa bredare framgångsområden, medan handlingsplanen (som håller på att tas fram just nu) även ska innehålla målbeskrivningar kring mer konkreta utfallsområden som infektioner och dödlighet på sjukhus.

*”Vi valde att beskriva **bredare områden** i strategin eftersom vi ville att denna ska ligga på en **övergripande nivå**. I **handlingsplanen** planerar vi på att lyfta fram mer **konkreta områden** som exempelvis infektioner ”*

- Företrädare Finland

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient- och klientstrategin 2017–2021" (9).

Styrdokumentet bygger på den första patientsäkerhetsstrategin som togs fram 2009

Den första patientsäkerhetsstrategin "Vi främjar patientsäkerheten tillsammans" lanserades år 2009 och löpte fram till 2013. Denna uppges ha fungerat som en central utgångspunkt för framtagandet av den nuvarande strategin.

Enligt den intervjuade företrädaren finns det två väsentliga skillnader i den nya strategin jämfört med den föregående. Den ena skillnaden är att fokus har utvidgats – från att enbart omfatta "patientsäkerhet" till att inkludera "patient- och klientsäkerhet", där det sistnämnda omfattar inte enbart hälso- och sjukvård utan även socialtjänst. Den andra skillnaden är att den nya strategin belyser patientens och klientens roll och delaktighet i säkerhetsarbetet i en högre utsträckning jämfört med tidigare. Företrädaren betonar att det sedan publiceringen av den första strategin har skett en förändring inom sjukvården och socialtjänsten där patienter och klienter nu ses som en tillgång i säkerhetsarbetet – dels genom att dela med sig av sina upplevelser, dels genom att ta ett visst ansvar över sin egen vård.

*"De två **huvudsakliga förändringarna** jämfört med den tidigare strategin är att vi nu även täcker **socialtjänsten** samt att **patienter och klienter är mer delaktiga i säkerhetsarbetet**"*

- Företrädare Finland

Olika aktörer involverades i framtagandet

Enligt den intervjuade företrädaren samarbetade social- och hälsovårdsministeriet med ett antal olika aktörer i framtagandet av den nya strategin. Exempelvis involverades representanter från vårdgivarorganisationer, tillsynsmyndigheter, statliga organisationer, patientsäkerhetsföreningen och några patientrepresentanter. Genom arbetsgrupper och seminarier formulerades gemensamt det innehåll som finns i strategin. De framtagna målen diskuterades

och fastställdes av olika styrelsegrupper inom ministeriet, för att sedan beslutas av regeringen.

Respondenten beskriver att det i efterhand finns en uppfattning att framtagningsprocessen kunde ha vunnit på att varit mer extensiv, exempelvis genom involvering av fler aktörer och fler patientrepresentanter. Ett annat medskick från den intervjuade företrädaren är vikten av att involvera beslutsfattare i ett tidigt skede vid framtagningen av en strategi/handlingsplan, eftersom patient- och klientsäkerhetsarbete kräver att resurser frigörs.

*"Vi önskar att vi hade **involverat fler aktörer och speciellt patienter** vid framtagningen av strategin. Det är även viktigt att **involvera beslutsfattare** i ett tidigt skede eftersom **resurser behöver frigöras** för att kunna bedriva patient- och klientsäkerhetsarbete"*

- Företrädare Finland

Strategin beskriver inte hur genomförandet ska gå till i detalj men anger riktning för vissa centrala processer

Klart uttalade och detaljerade processbeskrivningar kring hur strategins innehåll ska förverkligas saknas i styrdokumentet. Samtidigt anges en riktning för vissa genomförandeprocesser inom ramen för de olika delmålen och centrala perspektiven. I målet som rör riskhantering beskrivs till exempel konkreta metoder för att identifiera olika risker. Samtidigt finns det ingen systematisk processbeskrivning som anger hur vård- och omsorgsgivare steg för steg ska implementera strategins innehåll.

Enligt intervjuad företrädare ligger upplägget i linje med att strategin ska kompletteras med handlingsplanen som tas fram just nu. Denna ska, som tidigare nämnts, innehålla mer konkreta åtgärder som vårdgivarna kan använda för att genomföra patientsäkerhetsarbete och uppfylla målen i strategin.

Det finns vissa beskrivningar av hur uppföljningen ska gå till

Som tidigare nämnts innehåller styrdokumentet två delmål som framför allt kan kopplas till hur uppföljningen av patientsäkerheten ska utformas. Nedan beskrivs vad som ingår i respektive delmål för uppföljning.

Rutiner för uppföljning samt utveckling av kvalitet och patientsäkerhet upprättas och följs

Inom ramen för detta delmål beskrivs bland annat att kvalitetsutveckling och förbättringsarbete med fokus på ökad patientsäkerhet sker i ett antal steg genom en kontinuerlig cykel. Stegen är 1) planering, 2) genomförande, 3) analys och slutligen 4) agerande (den s.k. PDSA-cykeln, eng.: "plan", "do",

”study”, ”act”). Vidare ska samarbeten etableras på både regional och nationell nivå och gemensamma rutiner för patient- respektive klientsäkerhet ska upprättas.

Det beskrivs att en säker och förstklassig verksamhet präglas av tydliga rutiner för uppföljning och bedömning av patientsäkerheten. Verksamheten utvecklas utifrån den information som samlas in, exempelvis kvalitetsavvikelser. Informationen ligger även till grund för kontinuerlig riskbedömning och bidrar till lärande inom verksamheten. Det ska även finnas rutiner för att på ett systematiskt sätt omhänderta synpunkter från patienter och klienter. Verksamheten ska även ha rutiner för rapportering, hantering och respons på farliga situationer som lett till allvarliga konsekvenser eller som har betydelse på andra sätt.

Återigen lyfts vikten av att inte skuldbelägga någon part i arbetet med patientsäkerhetsförbättring utan snarare främja öppen diskussion. Detta för att få till stånd erfarenhetsåterföring och kontinuerligt lärande.

På samma sätt som för övriga delmål listas ett antal punkter som beskriver definitionen av måluppfyllelse genom önskvärda tillstånd. Dessa punkter är:

- Utvecklingen av patient- och klientsäkerheten grundar sig på en mångsidig och enhetlig uppföljning inom verksamheterna. Indikatorer och mått som verksamheterna ska använda för att följa patient- och klientsäkerheten har identifierats; inklusive identifiering av indikatorer på nationell nivå.
- Gemensamma rutiner för hur allvarliga och farliga händelser ska undersökas har upprättats inklusive bestämmelser kring vad som kan betecknas som tillräckliga resurser och kunskaper i detta sammanhang. Särskilt fokus riktar mot att verksamheten utvecklas utifrån de undersökningar som görs.
- Patient- och klientsäkerheten samt vårdens och omsorgens kvalitet förbättras bland annat utifrån genomförda undersökningar och uppföljningar. Genom undersökningar skapas förutsättningar för en högklassig och effektiv verksamhet. De fungerar även som en garanti för uppfyllelse av uppsatta mål.

Patient- och klientsäkerheten främjas på nationell nivå

Inom detta delmål beskrivs bland annat att utvecklingen av patient- och klientsäkerheten följs genom nationella databaser och register. Det framgår även att indikatorer för kvalitet och säkerhet fastställs på nationell nivå som en del av den samlade uppföljningen av hela vårdens och omsorgens kvalitet. Det nationella arbetet knyts även till det internationella samarbetet.

Vidare lyfts att genomförandet av strategin följs med indikatorer. Vårdgivare ska enligt delmålet följa upp och jämföra sin egen verksamhet med andra enheter. Den intervjuade företrädaren tillägger att ett stort antal indikatorer inom social- och hälsovård har tagits fram i samband med den stora reformen som sker i landet, en del av dessa ska mäta kvalitet och patientsäkerhet.

Vikten av att forska inom patient- och klientsäkerhetsområdet lyfts fram särskilt och det uppges vara viktigt att omsätta denna kunskap i praktisk verksamhet.

Avslutningsvis redovisas måluppfyllelsen i ett antal punkter som beskriver ett önskvärt tillstånd. Dessa är:

- De indikatorer som utarbetats för att bedöma kvaliteten inom hälso- och sjukvården samt omsorgen ska inkludera mått med fokus på patient- och klientsäkerhet.
- Statistik och register inom vård- och omsorgen innehåller uppgifter om kvalitet och patientsäkerhet. Informationen är offentlig.
- Myndigheter samarbetar för att utarbeta en årlig patient- och klientsäkerhetsöversikt för vård och omsorg på nationell nivå. Översikten kan också användas i den nationella styrningen av vård- och omsorgsgivare.

*"Vi har tagit fram en mängd **indikatorer** för social- och hälsovård i samband med den pågående reformen. En del av dessa ska användas för att **mäta kvalitet och patientsäkerhet**"*

- Företrädare Finland

Styrdokumentets resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient- och klientstrategin 2017–2021" (9).

Ingen utvärdering har identifierats

Någon utvärdering som direkt kan kopplas till strategin har inte lokaliserats. Den intervjuade företrädaren bekräftar även, att det i nuläget inte finns en plan för hur och när strategin ska utvärderas. Respondenten uppger även att det finns begränsad tillgång till data för resultat inom patientsäkerheten på nationell nivå. Vissa sjukhus rapporterar in avvikelser, men eftersom rapporteringen är frivillig blir det därför svårt att uttala sig om eventuella trender i landet.

En generell uppfattning, enligt intervjuade företrädaren, är att patientsäkerhet numera diskuteras i högre utsträckning inom hälso- och sjukvården i Finland. Respondenten menar att strategin kan ha haft en viss roll i denna utveckling, men att den faktor som haft störst bidragande orsak är lagstiftningen som innebär att vårdgivare måste ta fram en plan för hur patientsäkerheten ska tillgodoses.

Nyckelintressenters syn på styrdokumentet

Enligt intervjuade företrädare har det varit svårt för någon aktör att ha invändningar mot innehållet i strategin, då den är på en så pass övergripande nivå att den täcker in de flesta aktörers ambitioner inom patientsäkerhetsområdet. Återkopplingen har därför mestadels varit positiv kring att det finns en nationell strategi för hur patient- och klientsäkerhet ska förbättras.

Den intervjuade företrädaren menar att det är större risk att en handlingsplan, som i sig är mer konkret och detaljerad, kritiserar av nyckelintressenter och att fler personer kommer att ha synpunkter på vilka prioriteringar som har gjorts i handlingsplanen. Den intervjuade företrädaren betonar att det är viktigt att både ha en strategi och en handlingsplan: strategin kan belysa de övergripande prioriteringsområdena, medan handlingsplanen kan beskriva konkreta åtgärder. Detta skapar en helhetsbild för vårdgivarna.

*"En övergripande strategi kan belysa prioriteringsområden medan handlingsplanen beskriver mer **konkreta åtgärder**. Båda delarna är viktiga för att skapa **en helhetsbild** hos vårdgivare"*

- Företrädare Finland

Referenser

1. Unicef. Country: Finland. Hämtad 2020-01-16 från <https://data.unicef.org/country/fin/>.
2. World Health Organization. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.who.int/countries/fin/en/>.
3. Social- och hälsovårdsministeriet. Hälso- och sjukvården i Finland. Hämtad 2019-07-03 från http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69952/URN_ISBN_978-952-00-3393-4.pdf. 978-952-00-3393-4.
4. Valtioneunosto. Hämtad 2020-01-16 från <https://alueuudistus.fi/sv/allman-information>.
5. Institutet för Hälsa och Välfärd. Hämtad 2020-01-16 från <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl>.
6. OECD.Stat: Health Care Quality Indicators. Hämtad 2020-01-16 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.
7. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet; 2009.
8. Hälso- och sjukvårdslag (1326/2010). Hämtad 2020-01-16 från <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326>.
9. Statsrådets principbeslut: Patient- och klientsäkerhetsstrategin 2017-2021. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet; 2017.

Landrapport Kanada

Innehåll

Introduktion.....	4
Beskrivning av den rådande kontexten.....	5
Översiktliga landfakta – Kanada	5
Hälso- och sjukvården kan beskrivas som decentraliserad i ett federalt system	5
Enskilda patientsäkerhetsrelaterade utfallsmått indikerar en viss förbättring över tid.....	6
Det nationella patientsäkerhetsarbetet har pågått sedan 2000-talet	7
CPSI:s aktuella verksamhetsplan står i fokus	9
Styrdokumentets struktur	11
Verksamhetsplanen innehåller strategidelar men beskriver även förbättringsåtgärder och genomförande	11
Styrdokumentet beskriver det interna arbetet men riktar sig även brett	12
Dokumentet är relativt texttungt men vissa inslag underlättar för läsaren.....	13
Kommunikation uppges vara en central del i CPSI:s arbete för att göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga	13
Verksamhetsplanen sträcker sig över en femårsperiod	14
Styrdokumentets innehåll.....	15
Styrdokumentets vision och mission ska uppnås genom en särskild strategisk ansats	15
Innehållet fokuserar i förhållandevis stor utsträckning på genomförandemekanismer och verksamhetsgrenar	16
Några förbättringsprojekt lyfts fram särskilt i verksamhetsplanen.....	17
Tematiska handlingsplaner styr också det nationella patientsäkerhetsarbetet.....	18
Definitionen av patientsäkerhet är relativt bred	20
Verksamhetsplanens tematiska fokus riktas framför allt mot framgångsområden	20
Styrdokumentets processer	21
Verksamhetsplanen baseras delvis på genomförd utvärdering.....	21
Genomförandet bygger på olika principer och verksamhetsgrenar	21
Aktiviteter väljs utifrån prioriteringskriterier	23
En modell för översättning av kunskap och forskningsresultat ska utvecklas.....	23
Patientengagemang är viktigt i CPSI:s arbete.....	24
Uppföljningsprocessen beskrivs noggrant i ett separat men relaterat dokument	24

En extern utvärdering av CPSI görs var femte år	28
Ramverket som håller på att tas fram belyser utvärderingsperspektivet tydligare	28
Styrdokumentets resultat	30
Verksamhetsplanen har ännu inte utvärderats men vissa resultat finns tillgängliga	30
En extern utvärdering av den integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet har gjorts.....	30
CPSI utvärderades senast 2017 och den övergripande slutsatsen är att deras verksamhet behövs	31
Nyckelintressenter verkar uppfatta CPSI som ett relevant organ	32
Referenser	33

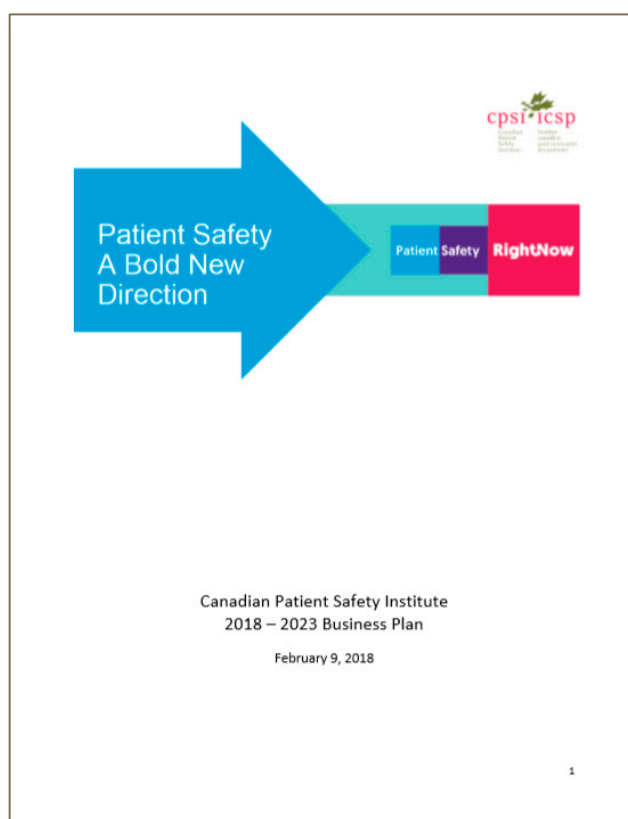
Introduktion

I vår analys av Kanada fokuserar vi på den fristående icke-vinstdrivande, men statligt finansierade organisationen "Canadian Patient Safety Institute (CPSI)". CPSI kan sägas vara den organisation som arbetar med patientsäkerhet på nationell nivå i Kanada. Institutet har även ett samordnande uppdrag inom patientsäkerhetsområdet. Styrdokumentet som utgör huvudsakligt fokus för vår analys är CPSI:s motsvarighet till verksamhetsplan, "Patient safety a bold new direction" 2018–2023 Business Plan. Verksamhetsplanen består bland annat av en strategisk plan med namnet "Patient Safety Right Now". Denna strategi lägger grunden för CPSI:s patientsäkerhetsarbete de kommande fem åren, det vill säga belyser inriktning på och utförande av förbättringsarbetet på nationell nivå. Mot denna bakgrund fokuserar vi på CPSI och deras verksamhetsplan inom ramen för denna analys.

Analysen har kompletterats med information som framkommit i intervju med företrädare från CPSI.

Nedan redovisas resultatet från genomförda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. Patient Safety a bold new direction, business plan 2018- 2023 från Canadian Patient Safety Institute (CPSI)



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Kanada

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	36,3 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79,8/83,9 (2016)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	5,4 (2016)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	11,5% (2017)	

Hälso- och sjukvården kan beskrivas som decentraliserad i ett federalt system

Kanada präglas av federalism vilket i korthet innebär att den federala staten kompletteras av regionala självstyrande provinser och territorier. Departementet inom den federala regeringen som har ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor heter Health Canada (3). Hälso- och sjukvården organiseras och tillhandahålls på den regionala nivån, det vill säga inom ramen för provinserna och territorierna. Samtidigt präglas området av statlig styrning genom lagar och regleringar. Sjukvården finansieras såväl av regionala som av federala medel. Det statliga systemet för överföring av medel till den regionala nivån kallas för "Canada Health Transfer".

Varje provins/territorium ansvarar, i enlighet med central nationell lagstiftning (Canada Health Act), för att tillhandahålla sjukförsäkring för sjukhus och läkartjänster för sina medborgare (4). Lagstiftningen gör gällande att samtliga kanadensiska medborgare ska ha tillgång till nödvändig medicinsk sjukvård utan patientavgifter. Det offentliga sjukförsäkringssystemet – som kallas för "Medicare" – omfattar såväl primärvård som specialiserad vård.

Systemet täcker emellertid inte per automatik andra vård- eller omsorgstjänster såsom tandvård eller omsorgsboende. Utbudet varierar därför mellan de regionala provinserna/territorierna som självständigt kan välja vilka eventuella ytterligare tjänster som inkluderas i försäkringen. De flesta praktiserande läkarna – såväl i öppen- som i slutenvården – är egenföretagare och debiterar provinserna/territorierna för sina tjänster via försäkringssystemet. Patienterna behöver därmed inte betala för vården genom patientavgifter direkt till vårdgivarna.

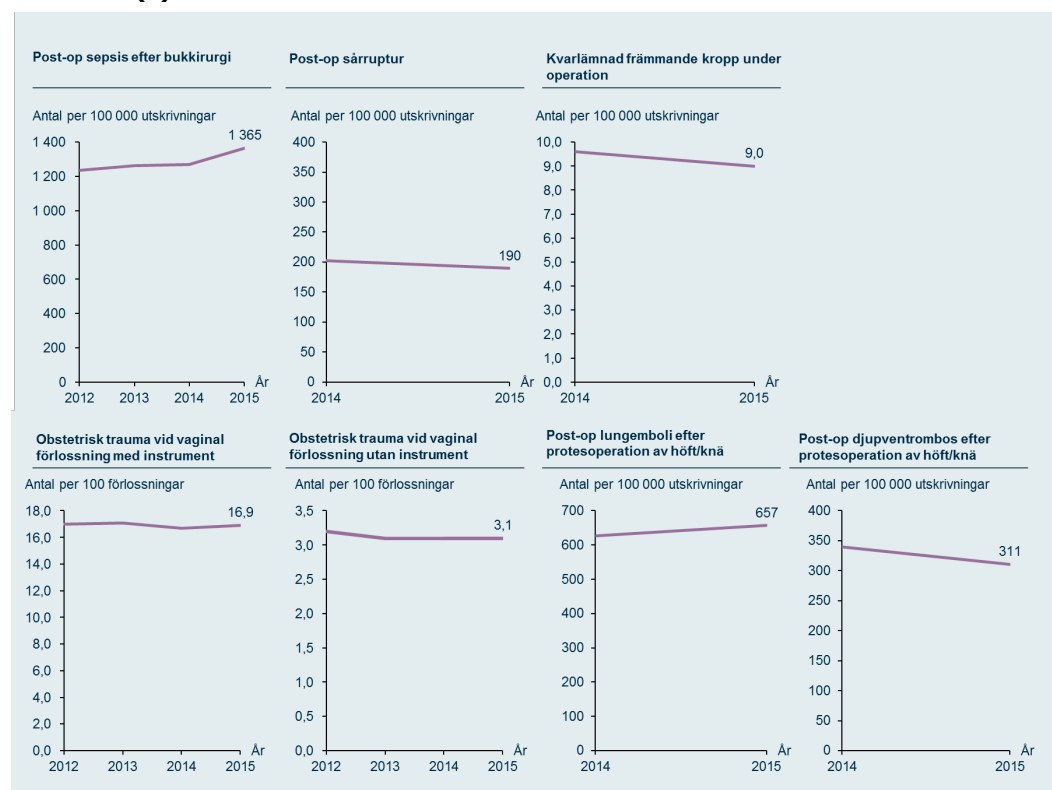
Utöver den offentliga sjukförsäkringen finns även möjlighet att teckna privata sjukförsäkringar som inkluderar vård och omsorg som inte omfattas av det offentliga sjukförsäkringssystemet (3). Exempel på sådana tjänster är tandvård, ögonsjukvård, receptbelagda läkemedel, hemsjukvård och omsorg.

Enskilda patientsäkerhetsrelaterade utfallsmått indikerar en viss förbättring över tid

Analyser av tillgängliga data från OECD (se figur 2 nedan) indikerar att Kanadas utfall inom patientsäkerhetsområdet ligger relativt stabilt över tid för samtliga undersökta indikatorer.

För den undersökta indikatorn Post-operativ sepsis efter bukkirurgi kan dock en liten ökning noteras under tidsperioden för de undersökta åren.

Figur 3. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD data) över tid i Kanada (5)



Det nationella patientsäkerhetsarbetet har pågått sedan 2000-talet

En nationell styrgrupp för patientsäkerhet utsågs för att ta fram rekommendationer kring det nationella arbetet

I början på 2000-talet riktades ljuset mot patientsäkerhetsområdet på nationell nivå i Kanada och olika fallbeskrivningar belyste vårdrelaterade skador och dödsfall som fick relativt stor uppmärksamhet (6). Mot denna bakgrund anordnade organisationen The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, som samordnar utbildningen av specialtläkare, en nationell konferens med fokus på patientsäkerhet. Under konferensen fattades det beslut om att en nationell styrgrupp för patientsäkerhet skulle utses. Styrgruppen bestod av representanter från akademien, sjukhusen och andra nationella organisationer och fick i uppdrag att ta fram förslag och rekommendationer kring ändamålsenlig utformning av det nationella patientsäkerhetsarbetet.

Styrgruppens mission var:

- Att göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga inom hälso-och sjukvården
- Att främja en patientsäkerhetskultur i sjukvården
- Att utveckla ett ramverk för ansvarstagande inom frågor som rör patientsäkerhet
- Att identifiera metoder för insamling av relevant data och information som kan användas vid förbättringsarbete
- Att ta fram en forskningsagenda inom patientsäkerhetsområdet
- Att ta fram en utbildningsagenda för allmänhet, konsumenter och vårdgivare med fokus på verktyg som bidrar till ökad säkerhet för såväl patienter och brukare som samhället i stort.

CPSI bildades som en följd av styrgruppens rekommendationer

Styrgruppens rekommendationer sammanställdes i rapporten "Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care" som publicerades år 2002 (6). Sammanfattningsvis slog styrgruppen fast att brett samarbete behövs, inte minst på grund av landets decentraliserade system, för att ett nationellt förbättringsarbete med fokus på patientsäkerhet ska kunna leda till goda resultat.

Med detta som utgångspunkt var styrgruppens första rekommendation att ett nationellt organ för det samlade nationella patientsäkerhetsarbetet med ett koordinerande uppdrag borde upprättas. Rekommendationen förverkligades och Canadian Patient Safety Institute (CPSI) bildades år 2003 på initiativ av Health Canada (7). Organisationen är icke-vinstdrivande med medlemmar som företrädar professionen, akademien samt patientsäkerhets- och sjukvårdsexperten.

CPSI har framför allt en stöttande roll gentemot aktörer som arbetar med patientsäkerhet

CPSI är som tidigare nämnts en fristående organisation men finansieras till största delen av federala medel från det Health Canada, det nationella depar-

tement som ansvarar för hälso- och sjukvård. Institutet leder det kanadensiska patientsäkerhetsarbetet och enligt intervjuade företrädare agerar CPSI självständigt och prioriterar vilka frågor samt vilken verksamhet som ska bedrivas. CPSI har inga regulativa befogenheter, utan har som huvudsakligt fokus att stödja politiker, ledare inom hälso- och sjukvården, vårdgivare, chefer, utförare och patienter i arbetet mot en förbättrad patientsäkerhet. Institutet samarbetar emellertid med den fristående organisationen "Health Standards Organisation (HSO)" (8), som ansvarar för framtagandet av kvalitetsstandards inom hälso- och sjukvård. Dessa standards ligger till grund för ackrediteringsvillkor för sjukvården som genomförs av den nationella ackrediteringsorganisationen "Accreditation Canada" (9). I vissa provinser/territorier är dessa standards bindande för vård- och omsorgsgivarna och har därmed en direkt styrande funktion.

Intervjuade företrädare poängterar, att samarbetet mellan CPSI och HSO innebär att styrningen av patientsäkerhetsarbetet präglas av direkt ("hårdare") och mer indirekt ("mjukare") styrning på samma gång. Detta beskrivs också som eftersträvaransvärt och bedöms vara det mest ändamålsenliga sättet att styra patientsäkerhetsarbetet från nationellt håll i ett decentraliserat system med en balans mellan mer direkta och indirekta styrsignaler.

*"CPSI har en **motiverande** och **stöttande** roll medan HSO har en mer **direkt styrande** roll. Båda delarna behövs för att driva patientsäkerhetsarbetet framåt"*

- Företrädare CPSI

Sedan CPSI bildades har institutet bland annat arbetat för att samla olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Detta med målet att identifiera gemensamma prioriteringar inom patientsäkerhet (7). CPSI har också bland annat bistått i genomförandet av olika nationella och regionala förbättringsprojekt, i insamling av relevant data och information samt i utvecklingen av verktyg och tillgängliggörandet av resurser till aktörer som arbetar med patientsäkerhet.

I enlighet med organisationens verksamhetsplan för 2013–2018 (Business plan) (10) anordnades en mängd nationella samlingar med centrala sjukvårdsaktörer för att gemensamt ta fram handlingsplaner inom olika tematiska områden med fokus på förbättrad patientsäkerhet. Handlingsplanerna publicerades 2014 och har sedan dess varit vägledande för det nationella patientsäkerhetsarbetet. En närmare beskrivning av planerna och dess innehåll finns under rubriken *"Tematiska handlingsplaner har tagits fram sedan 2014"*.

År 2017 utvärderades CPSI av en extern aktör på uppdrag av Health Canada (11). Utvärderingens huvudsakliga slutsats är, att CPSI alltså är en relevant aktör och institutets verksamhet behövs fortsatt för att framgångsrikt nationellt patientsäkerhetsarbete ska kunna bedrivas. Under 2018 publicerade CPSI sin verksamhetsplan för perioden 2018–2023 (Business Plan) (12). Planen omfattar även strategin "Patient Safety Right Now" vilken står i fokus inom ramen för denna analys.

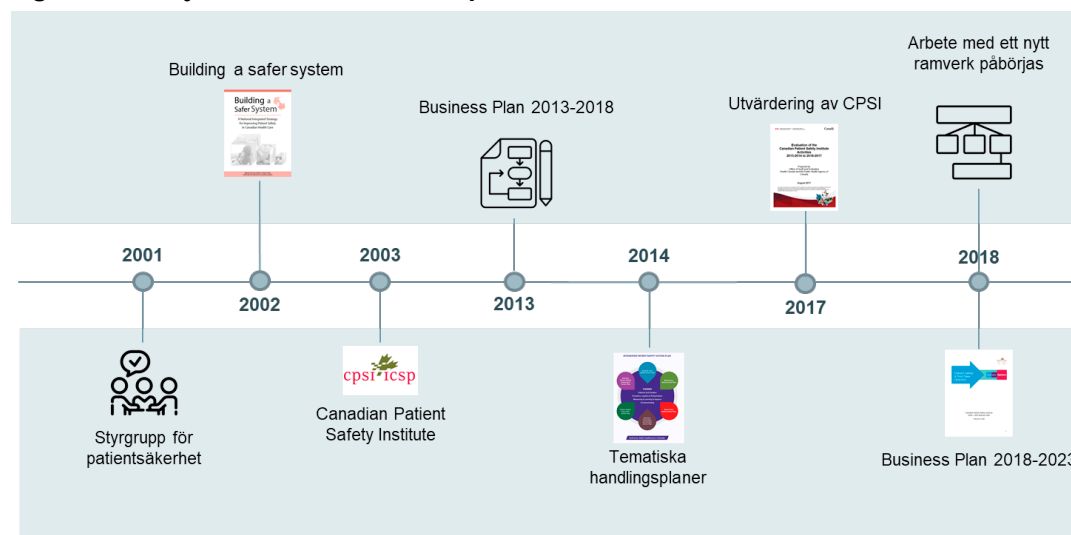
Det pågår ett arbete för att ta fram ett nationellt patientsäkerhetsramverk

Enligt intervjuade företrädare från CPSI pågår det för närvarande ett arbete för att ta fram ett kvalitets- och patientsäkerhetsramverk. I detta arbete har CPSI använt sig av en särskild referensgrupp (advisory group). Gruppen består av federala och regionala regeringsföreträdare, vårdgivare samt företrädare från kvalitets- och patientsäkerhetsorganisationer. En internationell utblick har gjorts för att identifiera lärdomar från andra länders framtagna ramverk, exempelvis vad gäller prioriteringsområden och struktur. Analyser av vilka patientsäkerhetsområden som prioriteras på regional nivå i landet har också gjorts.

Sedan 2016 har CPSI också arbetat inom det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet med att implementera ”the Measuring and Monitoring of Safety Framework” i syfte att tillhandahålla en konceptuell modell för heltäckande överblick över patientsäkerhet som kan användas för att mäta och utvärdera säkerhet. Baserat på detta samlade arbete har fem centrala prioriteringsområden, som ska inkluderas i The Canadian Quality and Patient Safety Framework, identifierats. Ramverket kommer därutöver lyfta mål och önskade utfall inom respektive prioriteringsområde. Ambitionen är att underlaget ska kunna fungera som ett stöd i det nationella gemensamma förbättringsarbetet med fokus på kvalitet och patientsäkerhet på regional nivå.

I Figur 4 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Kanada.

Figur 4. Tidslinje över det nationella patientsäkerhetsarbetet i Kanada



CPSI:s aktuella verksamhetsplan står i fokus

Då CPSI är den organisation som leder patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå analyserar vi deras verksamhetsplan för 2018-2023 (Business Plan) (12) med särskilt fokus på strategin: ”Patient Safety Right Now” inom ramen för framtagandet av denna landrapport. Intervjuade företrädare från CPSI bekräftar att verksamhetsplanen, trots att den är ett internt planeringsdokument, kan ses som en nationell strategi för patientsäkerhet.

Vi har även kompletterat analysen genom att, på inrådan av våra intervjurespondenter, närmare undersöka CPSI:s interna så kallade "Performance Measurement Strategy" (13). Dokumentet innehåller värdefull information om CPSI:s uppföljningsprocesser.

Styrdokumentets struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentets struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient safety a bold new direction Business Plan 2018–2023" (12).

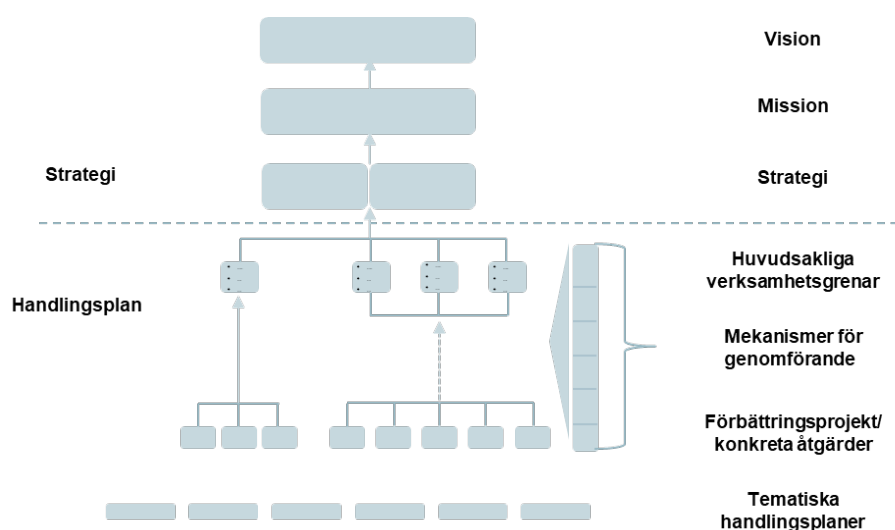
Verksamhetsplanen innehåller strategidelar men beskriver även förbättringsåtgärder och genomförande

Sammantaget består styrdokumentet av sju delar: 1) en övergripande vision, 2) en mission, 3) den uttalade strategiska ansatsen, 4) fyra huvudsakliga verksamhetsgrenar (lines of business) med tillhörande målbeskrivningar, 5) sex genomförandemekanismer, 3) beskrivning av tre prioriterade förbättringsprojekt och 7) fem konkreta åtgärdsförslag.

Därutöver finns, som tidigare nämnts, sex tematiska handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet som togs fram under den föregående verksamhetsplansperioden. Handlingsplanerna är inte direkt kopplade till den aktuella verksamhetsplanen, men har inget slutdatum och påverkar sannolikt inriktningen för det pågående patientsäkerhetsarbetet.

I Figur 5 kan en visualisering av styrdokumentets struktur ses.

Figur 5. Visualisering av styrdokumentets struktur



Styrdokumentets struktur består sammanfattningsvis av delar som i hög grad förknippas med en mer övergripande strategi såsom vision, mission och strategisk ansats. Samtidigt redovisas relativt utförligt också huvudsakliga verksamhetsgrenar, genomförandemekanismer samt konkreta förbättringsprojekt

och åtgärdsförslag. Dessa delar kan framför allt relateras till ett mer operativt styrdokument såsom en handlingsplan.

Verksamhetsplanen har en komplex struktur men logiken mellan de olika delarna är relativt tydlig

Den undersökta strukturen består av många olika delar och kan därigenom beskrivas som både omfattande och komplex. Strukturens logik, det vill säga hur de olika delarna hänger samman och relaterar till varandra, beskrivs förhållandevis utförligt. I en särskild bilaga redovisas exempelvis samtliga föreslagna aktiviteter och åtgärder där tydliga kopplingar görs till genomförandemekanismer, mål, prioriteringar samt utmaningar som åtgärderna syftar till att svara upp mot.

I intervju med företrädare från CPSI framkommer att det finns en medvetenhet om vikten av att styrdokumentet har en tydlig och logisk struktur och att detta är något man kommit till insikt om över tid. Respondenterna pekar på att det pågående arbetet med att ta fram ett nationellt ramverk för patientsäkerhetsarbetet i större utsträckning präglas av denna insikt i jämförelse med tidigare styrdokument.

*"Vi har förstått att vi tydligare måste **koppla samman mål, prioriteringar, önskade utfall** m.m. tydligare. Vi gör detta mer i vårt nya ramverk som håller på att tas fram"*

- Företrädare CPSI

Styrdokumentet beskriver det interna arbetet men riktar sig även brett

Verksamhetsplanen kan beskrivas som ett internt styrdokument som bland annat redovisar institutets prioriteringar och fokus för den bestämda tidsperioden. Samtidigt är CPSI en nationell organisation som inkluderar hälso- och sjukvårdsaktörer såsom patientföreträdare, vårdgivare, regionala ledningar med flera, i sitt arbete. Planen kan med andra ord, i alla fall i teorin, användas av de tänkta målgrupperna som ett stöd i arbetet med att förbättra patientsäkerheten på olika nivåer. Det finns även exempel på insatser som lyfts i verksamhetsplanen som indirekt vänder sig till specifika målgrupper. Exempelvis betonas att CPSI ska verka för att utvidga nätverket "Patient for Patient Safety"¹ vilket påverkar patienter och närstående.

Det framgår också av styrdokumentet att CPSI ska verka för att påverka politiska beslut inom patientsäkerhetsområdet och därför kan innehållet i viss mån sägas vända sig till olika politiska beslutsfattare. Bilden bekräftas även av vissa skrivningar i institutets "Performance Measurement Strategy" (13), som uttrycker att CPSI:s aktuella verksamhetsplan syftar till att gynna tre huvudsakliga grupper: 1) patienter och deras familjer/närstående, 2) vårdgivare och 3) olika ledningsfunktioner och ledningar inom sjukvårdsorganisationer.

¹ Not: "Patient for Patient Safety" är ett patientlett program inom CPSI som syftar till att involvera patienter i patientsäkerhetsarbetet. Alla projekt som drivs under programmet är utformade och drivna av patienter och deras anhöriga.

Trots att styrdokumentet inte uttryckligen vänder sig till olika funktioner och aktörer på samtliga nivåer, är det utifrån ovanstående ändå möjligt att dela in mottagarna utifrån så kallade mikro/meso/makro-nivåer.

Dokumentet är relativt texttungt men vissa inslag underlättar för läsaren

Verksamhetsplanen är skriven i Word och uppgår till nära 30 sidor. Dokumentet är relativt texttungt, men figurer finns som bland annat synliggör innehållets huvudsakliga delar vilket gör dokumentet något mer lättillgängligt. Dessutom sammanfattas de olika aktiviteterna i tabellformat i en särskild bilaga. Tabellerna ger en god överblick av institutets planerade arbete för den aktuella perioden underlättar läsarens förståelse.

Kommunikation uppges vara en central del i CPSI:s arbete för att göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga

CPSI arbetar bland annat för att patientsäkerhet överlag ska ses som en angelägen fråga och genomgående vara ett centralt prioriteringsområde inom hälso- och sjukvården. En del i detta arbete är att använda kommunikation som ett strategiskt verktyg. I verksamhetsplanen (Business Plan 2018–2023) framkommer det, att CPSI ska fortsätta använda sig av olika kommunikationsmetoder och plattformar såsom sociala medier, publicering av patientberättelser och sammanställning av rapporter på ett målgruppsanpassat sätt.

Vidare beskriver verksamhetsplanen, att CPSI värdesätter att både resultat och evidens från deras olika projekt och aktiviteter på ett ändamålsenligt sätt kommuniceras – såväl direkt till berörda mottagare (exempelvis vårdgivare) som till mer indirekt berörda grupper (till exempel allmänheten). Detta då informationsspridningen ses som en viktig förutsättning för att få till stånd förändringar inom olika områden. Mot denna bakgrund ska, i enlighet med verksamhetsplanen, ta fram en särskild modell ("Knowledge Translation and Implementation Science model") för att ompaketera kunskap och forskningsunderlag till mer lättillgängliga och begripliga format.

Institutet använder även sin hemsida och sociala mediekkanaler som ett centralt kommunikationsverktyg (14). Här samlas och tillgängliggörs exempelvis material, underlag och information som kan användas som stöd vid förbättringsarbete med fokus på patientsäkerhet.

*"Vi **kommunicerar** till stor del direkt med patienter och vårdgivare på ett målgruppsanpassat sätt"*

- Företrädare CPSI

I intervju framkommer även att CPSI, som en del i sitt kommunikativa arbete, genomför särskilda informationskampanjer. Årligen anordnas exempelvis den så kallade "Canadian Patient Safety Week". Kampanjen riktar sig till både patienter och vårdpersonal och avsikten är att genom att belysa ett tema, öka medvetenheten kring relevanta patientssäkerhetsaspekter.

Verksamhetsplanen sträcker sig över en femårsperiod

Styrdokumentet löper från 2018–2023, det vill säga över en femårsperiod. Det framkommer dock inte, varken i verksamhetsplanen eller i genomförd intervju med företrädare från CPSI, varför denna livscykel har valts. Dock uppger intervjuade företrädare att Health Canada kräver att CPSI och dess verksamhet utvärderas var femte år, vilket kan vara en tänkbar anledning till varför just denna tidsram är satt.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient safety a bold new direction Business Plan 2018–2023" (12).

Styrdokumentets vision och mission ska uppnås genom en särskild strategisk ansats

Den övergripande visionen i styrdokumentet lyder enligt följande: *"Kanada har den säkraste sjukvården i världen"*.

CPSI:s mission är: *"Att inspirera till och utveckla en kultur för fortsatt förbättring mot en mer säker hälso- och sjukvård"*.

Institutet har även tagit fram en strategisk ansats (strategy) för hur de bäst kan svara upp mot sin mission, och denna är formulerad som: *"leda utvecklingen av strategier på systemnivå för att säkerställa en säker sjukvård genom att synliggöra vad som fungerar samt genom att bidra till ett förstärkt engagemang/åtagande"*.

Den strategiska ansatsen beskrivs som en kombination av att "knuffa" och att "dra" aktörer i rätt riktning

Vidare beskrivs att CPSI hittills har använt en mer stöttande och uppmuntrande ansats i sitt arbete, vilket i styrdokumentet benämns som att de har "knuffat" ("pushed") den berörda målgruppen i rätt riktning inom förbättringsarbetet. Detta har exempelvis gjorts genom att lyfta fram och belysa olika förbättringsområden samt genom att ta fram stödjande verktyg och informationsunderlag. I verksamhetsplanen konstateras emellertid, att det inte är tillräckligt att enbart tillämpa denna ansats. Nu kompletteras den mer inspirerande och motiverande ansatsen med mer tydliga signaler om ansvar och åtaganden. Denna del av strategin innebär att institutet i större utsträckning "drar" ("pull") berörda aktörer i önskvärd riktning. Mot denna bakgrund delas den strategiska ansatsen in i två olika delar som beskrivs vara ömsesidigt förstärkande:

1. **Visa vad som fungerar ("knuffa"):** Stöd för framgångsrik och mätbar förbättring av patientsäkerheten och för att insatser måste utvärderas/följas upp för att kunna visa vad som fungerar.
2. **Förstärka åtaganden ("dra"):** Empirin kring vad som fungerar måste därefter omvandlas till standarder/praxis för vårdgivare inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. Ansatsen skapar förutsättningar för att metoderna ska kunna inkorporeras i ett mer robust system som präglas av engagemang/åtaganden, ansvar och förväntningar på patientsäkerhet.

Innehållet fokuserar i förhållandevis stor utsträckning på genomförandemekanismer och verksamhetsgrenar

Som en del i genomförandet av verksamhetsplanens innehåll ska CPSI utgå från sammantaget sex implementeringsmekanismer:

1. **Implementera** (implement) – Implementera förbättringsprojekt/program med fokus på förbättrad patientsäkerhet inom prioriterade områden för att visa vad som fungerar
2. **Utvärdera** (evaluate) – Säkerställ utvärdering av samtliga aktiviteter som CPSI genomför i syfte att samla in kunskap om vad som fungerar
3. **Dela med ett tydligt syfte** (share with purpose) – Utveckla metoder för spridning och lärande av kunskap kring förbättringsarbete
4. **Stärk profilen** (raise the profile) – stärk patientsäkerhetsprofilen genom att öka förväntningarna kring förbättringsarbete
5. **Öka transparensen** (improve transparency) – Ta fram ett gediget ramverk som tydliggör rättigheter och skyldigheter för insyn på alla nivåer
6. **Förstärk åtagandet** – påverka åtagandet vad gäller patientsäkerhet genom policys, reglering och ackreditering.

I styrdokumentet beskrivs även CPSI:s olika verksamhetsgrenar (lines of business). Grenarna utgår från den fastslagna strategiska ansatsen, det vill säga att visa vad som fungerar och att förstärka åtagandet. De beskrivs fungera som en tydlig länk mellan den strategiska ansatsen och de aktiviteter institutet genomför. Verksamhetsgrenarna är:

1. **Genomföra förbättringsprojekt med fokus på patientsäkerhet** (safety improvement projects) – CPSI kommer tillsammans med engagerade partners genomföra och utvärdera mätbara och hållbara projekt som ligger i linje med prioriteringarna.
2. **Göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga** (making patient safety a priority) – CPSI kommer att använda patientens röst i sin rapportering, i kampanjer och media för att göra patientsäkerhet till en mer prioriterad fråga inom hälso- och sjukvårdssystemet.
3. **Påverka beslutsfattande och styrning** (policy impact) – CPSI kommer att påverka policys, standarder och föreskrifter så att de baseras på bästa tillgängliga kunskap och praxis vad gäller patientsäkerhet.
4. **Bilda allianser och nätverk** (alliances and networks) – CPSI kommer att bilda strategiska allianser och nätverk med patienter, beslutsfattare industrin och andra aktörer som är involverade i arbetet med att göra vården mer säker.

För varje verksamhetsgren listas även ett antal målsättningar. Exempelvis lyfts målet om att utveckla tydliga och transparenta kriterier för att identifiera och välja prioriteringar, engagerade samarbetspartners samt vårdorganisationer som kan delta i projekt för att förbättra patientsäkerhet inom den första huvudprocessen. En längre och mer noggrann genomgång av de sex genomförandemekanismerna samt de fyra huvudsakliga verksamhetsgrenarna finns

under rubriken ”Genomförandet bygger på olika principer och verksamhetsgrenar”.

Några förbättringsprojekt lyfts fram särskilt i verksamhetsplanen

Inom ramen för de fyra verksamhetsgrenarna definieras även ett antal olika förbättringsprojekt och förbättringsåtgärder. Framför allt riktas fokus på den första verksamhetsgrenen i planen, det vill säga ”förbättringsprojekt för patientsäkerhet”. CPSI har, utifrån budget och prioriteringskriterier, identifierat tre projekt som ska genomföras i första hand. Dessa är:

- Mätning och uppföljning av patientsäkerhet.
- Läkemedelssäkerhet i vårdövergångar.
- TeamSTEPPS.

En närmare beskrivning av projekten görs här nedan.

Mätning och uppföljning av patientsäkerhet

CPSI har tidigare stöttat vårdgivare i användningen av ett ramverk för mätning och uppföljning av patientsäkerhet (Measuring and Monitoring of Safety framework). Den data som har samlats in från detta ska nu utvärderas och användas för att bygga kapacitet inom organisationer för att proaktivt analysera, följa upp och skapa förutsättningar för kontinuerligt lärande. Läkemedelssäkerhet i vårdens övergångar är ett exempel på ett projekt som syftar till att förbättra säkerheten när det kommer till läkemedel, särskilt i samband med vårdövergångar. Det ligger i linje med CPSI:s arbete inom ramen för WHO:s ”Global Medication Safety Challenge”, vars målsättning är att minska allvarliga undvikbara skador till följd läkemedelsbehandling med 50 procent inom fem år.

TeamSTEPPS

Programmet syftar till att förbättra samarbete mellan och kommunikation inom vårdverksamheter. CPSI har utvecklat en kanadensisk version (TeamSTEPPS Canada) och ska nu pröva samt utvärdera effekten av programmet. Den gjorda analysen kan sedan användas för att påverka hur vårdpersonal utbildas och hur verksamheter ackrediteras.

Förutom dessa förbättringsprojekt beskrivs även andra förbättringsåtgärder som ska genomföras inom de övriga nämnda verksamhetsgrenarna. Dessa åtgärder är:

- Genomföra investeringar för att utveckla bättre kunskap kring hur resultat kan omsättas och spridas inom hälso- och sjukvården samt inhämta kunskap om växande utmaningar.
- Utveckla arbetet som görs av nätverket ”Patients for Patient Safety Canada” i syfte att stärka patientsäkerhetsprofilen och öka allmänhetens kunskap.
- Använda kommunikationsstrategier för att nå specifika målgrupper.

- Genomföra ett riktat arbete för att ta fram ett ramverk för att vägleda policy och lagstiftning, reglering av hälso- och sjukvården, styrning av verksamheter och organisationer, standarder och ackreditering samt involvering och empowerment av allmänhet och patienter, i kontexten av evidensbaserad policy som ett verktyg att förbättra patientsäkerheten.
- Etablera system, tillsammans med andra aktörer, för samarbete med regeringar och industrin.

Utöver de projekt och förbättringsåtgärder som lyfts i verksamhetsplanen arbetar CPSI på många andra sätt för att stötta berörda aktörer i förbättringsarbetet mot en ökad patientsäkerhet. På institutets hemsida (patientsafetyinstitute.ca) finns exempelvis kunskapsbanken "SHIFT to Safety" (15) med verktyg, material och information som riktar sig till allmänheten, vårdgivare eller verksamhetsansvariga.

Tematiska handlingsplaner styr också det nationella patientsäkerhetsarbetet

Mellan år 2014 till 2017 anordnade CPSI en årlig nationell samling (National Patient Safety Consortium) (16) dit centrala sjukvårdsaktörer bjöds in. Exempelvis närvarade patient- och närståendeföreträdare, nationella och regionala kvalitets- och patientsäkerhetsorganisationer, hälsoministrar, professionsförbund samt vårdgivare. I samband med dessa årliga samlingar, och i ett gemensamt arbete med samtliga deltagare, utarbetades särskilda handlingsplaner för ökad patientsäkerhet inom olika tematiska områden (17).

Handlingsplaner togs exempelvis fram inom områdena kirurgi, läkemedel, hemsjukvård, infektionsprevention och patientsäkerhetsutbildning. Tillsammans utgör planerna en integrerad handlingsplan för patientsäkerhet som syftar till att bidra till en säkrare hälso- och sjukvård (se Figur 6 nedan). De olika tematiska områdena sorteras i fyra övergripande teman i den integrerade handlingsplanen, och dessa teman är:

1. Patienter och familjer
2. Vårdgivare, chefer och politiker
3. Mätning och lärande för förbättring
4. Kommunikation

Figur 6. CPSI:s egen visualisering den integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet utifrån de olika tematiska områdena



Handlingsplanerna innehåller i sin tur olika prioriteringsområden med tillhörande processmål och åtgärder. Inom det tematiska området kirurgi lyfts följande sju prioriteringsområden och mål fram (18):

- **Mätning och analys:** Ta fram gemensamma nationella indikatorer för en patientsäker kirurgisk vård och behandling.
- **Tillgång till vård:** Undersök möjligheten för samtliga provinser/territorium att samarbeta kring en handlingsplan för patientsäkerhet inom kirurgi.
- **Evidensbaserade metoder och angreppssätt ("best practice"):** Förbättra tillgängligheten till evidensbaserade rekommendationer samt riktlinjer för en patientsäker kirurgisk vård och behandling.
- **Patientinvolvering:** Ta fram en webbaserad kunskapsbank med råd och riktlinjer för patient- och närståendeinvolvering inom områden som rör säker kirurgisk vård och behandling.
- **Samarbete och kommunikation:** Skapa arbetssätt för samarbete och kommunikation i syfte att förbättra säkerheten genom hela den kirurgiska vårdkedjan.
- **Infrastruktur för kvalitetsförbättring:** Politiker, ledning och chefer utbildas för att utveckla sin förmåga att skapa förutsättningar för kvalitetsutveckling.

- **Skapa förutsättningar för lärande kring incidenter orsakade av patientsäkerhetsbrister inom kirurgisk vård eller behandling:** Genomföra prediktiva analyser för att skapa en bättre förståelse för vad som orsakar skador vid kirurgiska ingrepp.

Inom varje prioriteringsområde listas sedan olika förbättringsåtgärder för att målsättningen ska kunna nås. Exempel på åtgärder är att bilda en arbetsgrupp för att ta fram nationella indikatorer eller att identifiera tre till fem av de bästa evidensbaserade rekommendationerna eller att lansera en webbase-rad plattform för riktlinjer och verktyg i syfte att öka graden av patientinvolvering.

Handlingsplanerna publicerades år 2014. Enligt uppgifter på hemsidan är handlingsplanerna dynamiska dokument som kan justeras och uppdateras löpande (17). Detta innebär att de alltså kan vara aktuella.

Definitionen av patientsäkerhet är relativt bred

Patientsäkerhet definieras inte uttryckligen i verksamhetsplanen men användningen av begreppet samt styrdokumentets tematiska fokus indikerar en förhållandevis bred ansats. I korthet verkar fokus med andra ord inte riktas mot att minimera risken för vårdrelaterade skador. Ansatsen ger istället intrycket av att vara mer inriktad på allmänna kvalitetsförbättringar inom hälso- och sjukvårdssystemet som är tätt kopplade till patientsäkerhet.

Att ett bredare angreppssätt tillämpas bekräftas även i intervju med företrädare från CPSI. Intervjupersonerna menar att säkerhet måste ses som något bredare än endast frånvaro av skada för att önskvärda förändringar ska kunna ske.

*"Vi måste tänka på säkerhet som något **bredare**, det vill säga istället för att fokusera på **frånvaro av skador** så måste vi tänka i termer av **'säkerhetens närvaro'** – det är ett holistiskt angreppssätt som utgår från patientens perspektiv"*

- Företrädare CPSI

Verksamhetsplanens tematiska fokus riktas framför allt mot framgångsområden

Sammanfattningsvis betonar verksamhetsplanen faktorer som framför allt kan sorteras som så kallade framgångsområden. CPSI:s mission kopplar exempelvis tydligt an till området "patientsäkerhetskultur". När det kommer till processer, åtgärder och projekt fokuserar dessa överlag på att skapa förutsättningar för förbättringsarbete på olika nivåer vilket också närmast kan relateras till framgångsområden. Exempel på denna typ av aktiviteter är patientinvolvering, skapa förutsättningar för kunskapsspridning och lärande samt öka tillgången till evidensbaserade rekommendationer. Det enda utfallsområde som lyfts i verksamhetsplanen handlar, som tidigare nämnts, om säker läkemedelsbehandling i samband med vårdövergångar.

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "Patient safety a bold new direction Business Plan 2018–2023" (12).

Verksamhetsplanen baseras delvis på genomförd utvärdering

År 2017 utvärderades CPSI av en extern aktör (19). Utvärderingen genomfördes på uppdrag av Health Canada och Kanadas folkhälsomyndighet (Public Health Agency of Canada). En av utvärderingens slutsatser är att CPSI fortsatt behövs för att bedriva och samordna det nationella patientsäkerhetsarbetet. I utvärderingen lyftes även ett antal rekommendationer för CPSI:s fortsatta arbete. Rekommendationerna fungerade som en utgångspunkt för framtagandet av nuvarande verksamhetsplan (Business Plan 2018–2023).

Därutöver bygger verksamhetsplanen på en genomgång av aktuell forskning inom patientsäkerhetsområdet. CPSI har även genomfört en internationell utblick, och bland annat undersökt det pågående nationella patientsäkerhetsarbetet i Skottland, Danmark och USA. Konsultationer med berörda aktörer ligger också till grund för framtagandet av verksamhetsplanen.

Genomförandet bygger på olika principer och verksamhetsgrenar

Som tidigare nämnts beskrivs verksamhetsplanens genomförande genom sex implementeringsmekanismer. Dessa är:

1. **Implementera** (implement) – Implementera förbättringsprojekt/program med fokus på förbättrad patientsäkerhet inom prioriterade områden för att visa vad som fungerar.
2. **Utvärdera** (evaluate) – Säkerställ utvärdering av samtliga aktiviteter som CPSI genomför i syfte att samla in kunskap om vad som fungerar.
3. **Dela med ett tydligt syfte** (share with purpose) – Utveckla metoder för spridning och lärande av kunskap kring förbättringsarbete.
4. **Stärk profilen** (raise the profile) – stark patientsäkerhetsprofilen genom att öka förväntningarna kring förbättringsarbete.
5. **Öka transparensen** (improve transparency) – Ta fram ett gediget ramverk som tydliggör rättigheter och skyldigheter för insyn på alla nivåer.
6. **Förstärk åtagandet** – påverka åtagandet vad gäller patientsäkerhet genom policy, reglering och ackreditering.

Mekanismerna länkas tydligt till de huvudsakliga verksamhetsgrenarna ("Lines of Business") som beskrivs i tidigare avsnitt. Inom ramen för respektive

verksamhetsgren redovisas även ett antal målbeskrivningar. De fyra verksamhetsgrenarna inklusive målbeskrivningar är:

Genomföra förbättringsprojekt med fokus på patientsäkerhet (safety improvement projects)

CPSI kommer tillsammans med engagerade partners genomföra och utvärdera mätbara och hållbara projekt som ligger i linje med prioriteringar.

Målbeskrivningar:

- Utveckla tydliga och transparenta kriterier för att identifiera och välja prioriteringar, engagerade samarbetspartners samt vårdorganisationer som kan delta i projekt för att förbättra patientsäkerhet.
- Säkerställ att samarbetspartners och deltagare har resurser och kapacitet för att genomföra förbättringsprojekten med lyckat resultat.
- Bedriv förbättringsprojekt utifrån en strukturerad/etablerad metod för kvalitetsförbättring.
- Utvärdera de projekt som genomförs i syfte att inhämta kunskap kring vad som fungerar så att resultat kan spridas och användas brett för att förbättra patientsäkerheten.
- Utveckla breda samarbeten så att resultat kan spridas till hela sjukvårdssystemet och till en större målgrupp.
- Utveckla metoder för att översätta forskningsresultat och kunskap till tydlig och begriplig information för berörda målgrupper.
- Utveckla metoder för att inhämta kunskap från hälso- och sjukvårdssystemet, och använd kunskapen som ett underlag för prioriteringar.

Göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga (making patient safety a priority)

CPSI kommer att använda patientens röst i sin rapportering, i kampanjer och media för att göra patientsäkerhet till en mer prioriterad fråga inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Målbeskrivningar:

- Stärka profileringen av patientsäkerhet i media
- Använda patientberättelser för att kommunicera med och nå ut till patienter samt allmänhet.
- Använda olika typer av social media och digitala plattformar för att engagera allmänheten, vårdgivare och chefer till att utbyta idéer och strategier som kan förbättra patientsäkerheten.
- Använda och utveckla nuvarande rapporteringsmetoder med fokus på rådande patientsäkerhetsläge.
- Ta fram och publicera sammanställningar och rapporter som riktar sig till olika målgrupper.
- Sammanställa evidens och resultat från CPSI:s gjorda aktivitetsanalyser och kommunicera detta till alla som berörs.

Påverka beslutsfattande och styrning (policy impact)

CPSI kommer att påverka policys, standarder och föreskrifter så att de baseras på bästa tillgängliga kunskap och praxis vad gäller patientsäkerhet.

Målbeskrivningar:

- Bidra med evidens för att informera om vilka bestämmelser och föreskrifter som bäst skapar förutsättningar för patientsäkerhet på en organisatorisk och systemnivå i sjukvården.
- Arbeta för att inkorporera krav angående patientsäkerhet i regleringar, föreskrifter och ackrediteringsvillkor.
- Påverka de som utbildar och legitimerar vårdpersonal till att göra patientsäkerhet till en kärnkompetens hos samtliga vårdgivare och ledare/chefer inom sjukvården.
- Stödja utvecklingen av en mer ändamålsenlig för transparent mätning och rapportering av patientsäkerhet.

Bilda allianser och nätverk (alliances and networks)

CPSI kommer att bilda strategiska allianser och nätverk med patienter, beslutsfattare industrin och andra aktörer som är involverade i arbetet med att göra vården mer säker.

Målbeskrivningar:

- Etablera en ny allians mellan regeringar som är inriktade på att arbeta kring gemensamma utmaningar inom patientsäkerhetsområdet.
- Engagera samarbetspartners i hälso- och sjukvårdssystemet att möta långsiktiga utmaningar som skapar barriärer för patientsäkerhetsarbete.
- Bilda nya nätverk med patientgrupper i syfte att sprida kunskap och erfarenheter kring patientinvolvering.
- Förespråka gemensamma nationella prioriteringar för patientsäkerhet inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Aktiviteter väljs utifrån prioriteringskriterier

Då CPSI verkar inom vissa budgetramar krävs prioritering mellan olika aktiviteter. Målet är att fokusera på aktiviteter och förbättringsåtgärder med störst genomslag. CPSI:s prioriteringskriterier vid val av olika aktiviteter är:

- Aktiviteten ska ligga i linje med prioriteringar inom hela hälso- och sjukvårdssystemet.
- Aktivitetens resultat har potential att användas för att påverka politiska beslut, regleringar och föreskrifter.
- Aktiviteten bygger på befintlig kapacitet och styrkor och goda resultat har tidigare belagts.
- Det finns samarbetspartners som är villiga att delta i arbetet.

Under strategiperioden kommer ett prioriteringsramverk utvecklas (Priority Decision-Making Framework), och här kommer ovanstående kriterier ingå som en del.

En modell för översättning av kunskap och forskningsresultat ska utvecklas

CPSI:s aktiviteter och arbete måste enligt det undersökta styrdokumentet utvärderas och kommuniceras på ett målgruppsanpassat sätt för att önskade genomslag ska kunna nås. Mot denna bakgrund ska institutet utveckla en särskild modell med fokus på att översätta kunskap och forskning (Knowledge

Translation and Implementation Science Model). Tanken är att modellen ska underlätta såväl spridning som förståelse av informationen/kunskapen som CPSI samlar in/skapar.

Patientengagemang är viktigt i CPSI:s arbete

I den undersökta verksamhetsplanen framkommer det att CPSI genomgående ska involvera patienter i allt sitt arbete. Målet är att stödja patienterna till att själva fungera som partners inom det nationella förbättringsarbetet med fokus på patientsäkerhet. Enligt intervjuade företrädare från CPSI är patientinvolvning en central del av institutets arbete och man eftersträvar överlag ett strukturerat och systematiskt samarbete med olika patientföreträdare.

Samarbetet med nätverket "Patients for Patient Safety" beskrivs i detta sammanhang som en viktig metod för att göra patienter och närstående mer delaktiga i förbättringsarbetet. Arbetet inom "Patients for Patient Safety" syftar till att synliggöra patienters/närståendes synpunkter och åsikter kopplade till patientsäkerhet på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet (20). Genom programmet ges patientföreträdare möjlighet att delta i olika arbetsgrupper. Samtliga aktiviteter utformas helt eller delvis av patienterna själva. Ett exempel på en aktivitet är framtagande av bidrag till en rapport om vårdavvikelser ("Never events for hospital care in Canada").

*"Vi värdesätter och strävar på olika sätt efter **nära och strukturerat samarbete med patientföreträdare** i vårt arbete generellt. Vår personal samarbetar exempelvis med nätverket "Patient-for-patient-safety"*

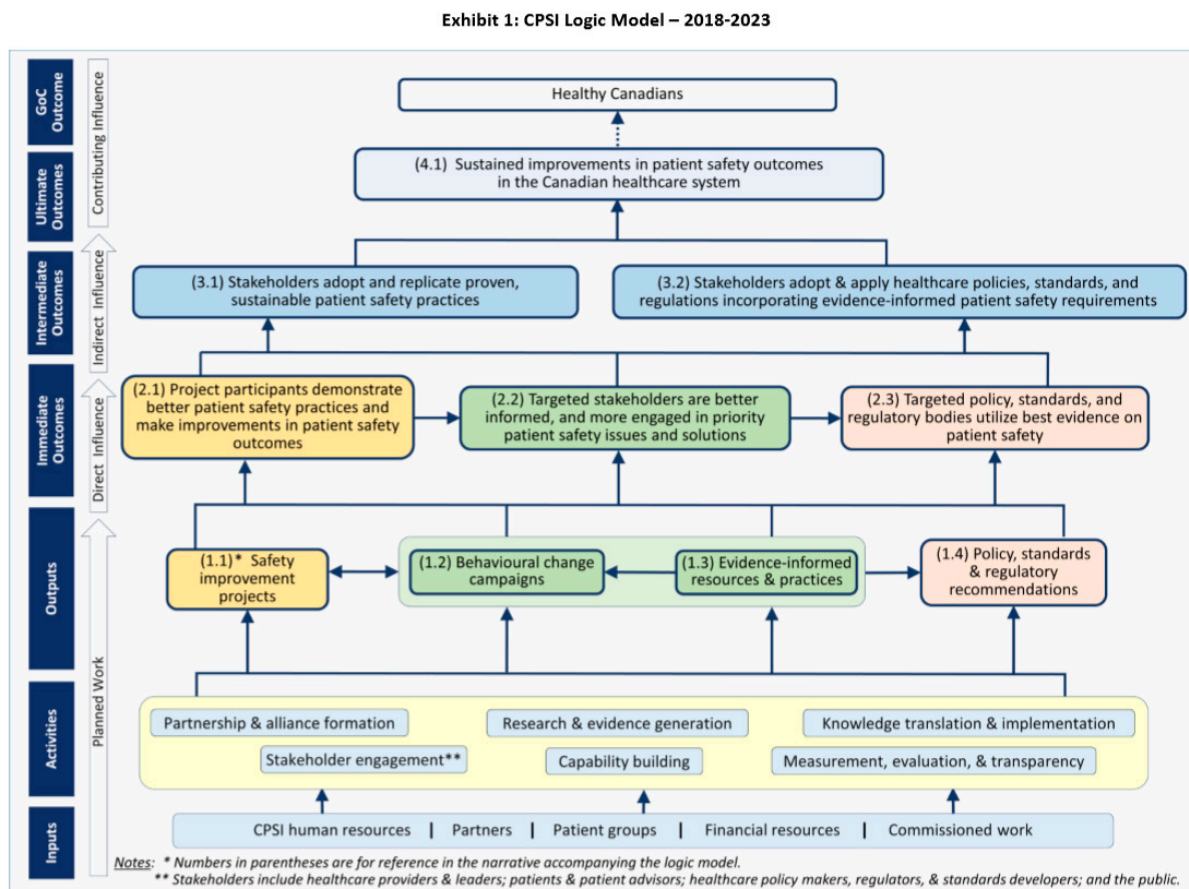
- Företrädare CPSI

Uppföljningsprocessen beskrivs noggrant i ett separat men relaterat dokument

En särskild programteori används för att utvärdera och följa upp CPSI:s verksamhet

I den undersökta verksamhetsplanen ingår ett särskilt ramverk för hur CPSI mäter och rapporterar sin prestation. Ramverket beskrivs närmare i dokumentet "Performance Measurement Strategy 2018–2023" (13). I dokumentet redovisas en programteori (logic model) för CPSI:s verksamhet, det vill säga hur denna ska leda till direkta, indirekta och bidragande intermediära respektive ultimata utfall. I Figur 7 ses en bild från dokumentet "Performance Measurement Strategy" där programteorin visualiseras.

Figur 7. Visualisering av CPSI:s programteori



Aktiviteterna i ramverket grupperas utifrån CPSI:s huvudsakliga verksamhetsgrenar, det vill säga inom fältet för aktiviteter i strukturträdets har man valt att gruppera de aktiviteter som ska göras inom de fyra olika verksamhetsgrenarna: 1) genomföra förbättringsprojekt med fokus på patientsäkerhet, 2) göra patientsäkerhet till en prioriterad fråga, 3) påverka beslutsfattande och styrning och 4) bilda allianser och nätverk i sex olika kategorier:

1. Etablering av partnerskap och byggande av allianser
2. Framtagande av forskning och evidens
3. Översättning och användning av kunskap
4. Involvering av nyckelaktörer
5. Kapacitetsbyggande insatser
6. Mätning, utvärdering och transparens

Aktiviteter inom dessa sex olika kategorier kommer sammanfattningsvis leda till att CPSI åstadkommer vissa prestationer (outputs) som bidrar till det nationella patientsäkerhetsarbetet. Detta genom att:

- Genomföra förbättringsprojekt med fokus på patientsäkerhet.
- Bedriva kampanjer som leder till beteendeförändringar hos berörda hälso- och sjukvårdsaktörer vad gäller förhållningssätt till utmaningar och lösningar inom patientsäkerhetsområdet.

- Tillhandahålla resurser och standarder som bygger på evidensbaserad kunskap.
- Ta fram rekommendationer för policys, regleringar och föreskrifter som bygger på evidensbaserad kunskap och som syftar till att göra patientsäkerhet till en större prioriterad fråga inom hälso-och sjukvården.

I enlighet med vedertagen programteori förväntas sedan CPSI:s arbete resultera i förändringar i direkta och indirekta utfall/effekter. Utfallen på kort sikt, som CPSI kan påverka direkt är:

- CPSI:s projektdeltagare använder sig av metoder för att förbättra patientsäkerheten vilket i sin tur leder till förbättrade utfall.
- Involverade nyckelaktörer är mer upplysta kring och mer engagerade i att identifiera och prioritera patientsäkerhetsfrågor (såväl utmaningar som lösningar).
- De reglerande organisationer som CPSI har arbetat med baserar sina patientsäkerhetsunderlag och föreskrifter på evidensbaserad kunskap.

Intermediära utfall som CPSI:s arbete indirekt påverkar är enligt ramverket:

- Aktörer inom hälso-och sjukvården använder sig i allmänhet av evidensbaserade och hållbara metoder för förbättrad patientsäkerhet.
- Aktörer inom hälso-och sjukvården följer och tillämpar föreskrifter och regleringar som innehåller evidensbaserade krav för patientsäkerhet.

Det övergripande ultimata utfallet som CPSI:s verksamhet bidrar till är enligt ramverket:

- En hållbar förbättring av patientsäkerhetsutfall inom det kanadensiska hälso-och sjukvårdssystemet.

Detta bidrar i sin tur till regeringens (Government of Canada) mål om:

- Friska kanadensare.

Det så kallade ultimata utfallet uppnås om CPSI utför sina aktiviteter på ett framgångsrikt sätt, men är också beroende av att andra samarbetspartners och aktörer i hälso-och sjukvården bidrar i arbetet.

Leveransmål anges för varje utfallsnivå i ett prestationsramverk

I en bilaga till strategin för mätning av prestationer ("Performance Measurement Strategy") redovisas ett särskilt ramverk med mål och indikatorer. Målen ligger i linje med önskade prestationer och utfall som presenteras i programteorin (enligt ovan). Ramverket ska med andra ord användas för att mäta i vilken utsträckning planerade prestationer uppnås samt huruvida övriga önskade utfall nås. Exempel på en indikator för ett av prestationsmålen som redovisas i ramverket är att:

- 60–80 procent av samtliga deltagargrupper uppvisar förbättring i projekt-specifika patientsäkerhetsutfall.

Sammanställningen av indikatorer, utfall samt information om källan för datainsamling, frekvensen av datainsamling och metod för hur data ska samlas in redovisas i tabeller. Ett exempel på en sådan tabell kan ses i Figur 8.

Figur 8. Exempel på tabell för prestationsmätning

2.2 – Targeted stakeholders are better informed and more engaged in priority patient safety issues and solutions	2.2.1 - Percentage of stakeholders indicating awareness of relevant CPSI knowledge products <i>Breakdowns to be provided by: stakeholder group.</i>	%	KTIS evaluation data collection	Annual	20-30% increase in awareness of relevant CPSI knowledge products, among targeted stakeholders over baseline	Baseline to be established in 2018-19. Target reached by March 2023	<20% 20-24% ≥ 25%	Director – Safety Improvement Projects	As part of operating the KTIS function, stakeholders will be surveyed to determine their awareness of, use of, and knowledge gained resulting from the use of CPSI knowledge products relevant to the stakeholder group. The results of these surveys will be aggregated and used to calculate indicators 2.2.1, 2.2.2, and 2.2.3.
	2.2.2 - Percentage of stakeholders indicating that they have used relevant CPSI knowledge products <i>Breakdowns to be provided by: stakeholder group.</i>	%	KTIS evaluation data collection	Annual	20-30% increase in use of relevant CPSI knowledge products, among targeted stakeholders over baseline	Baseline to be established in 2018-19. Target reached by March 2023	<20% 20-24% ≥ 25%	Director – Safety Improvement Projects	
	2.2.3 - Percentage of stakeholders indicating that they have gained knowledge as a result of having used relevant CPSI knowledge products <i>Breakdowns to be provided by: stakeholder group.</i>	%	KTIS evaluation data collection	Annual	10-20% knowledge gain, among targeted stakeholders over baseline	Baseline to be established in 2018-19. Target reached by March 2023	<10% 10-14% ≥ 15%	Director – Safety Improvement Projects	
	2.2.4 - Percentage of stakeholders demonstrating increased prioritization of patient safety <i>Breakdowns to be provided by: stakeholder group.</i>	%	KTIS evaluation data collection	Annual	10-20% demonstrating increased prioritization of patient safety over baseline	Baseline to be established in 2018-19. Target reached by March 2023	<10% 10-14% ≥ 15%	Director – Making Patient Safety a Priority	As part of operating the KTIS function, stakeholders will also be surveyed to determine whether they are demonstrating increased prioritization of patient safety, relative to other priorities. The results of these surveys will be aggregated

En extern utvärdering av CPSI görs var femte år

I enlighet med krav från Health Canada, som står för en relativt omfattande del av CPSI:s finansiering, ska en extern utvärdering av CPSI genomföras vart femte år.

I strategin för mätning av prestationer ("Performance Measurement Strategy"), som beskrivs närmare ovan, anges att dessa externa utvärderingar bör utgå ifrån ett eget ramverk som framför allt undersöker två nyckelaspekter:

1. Bedömning av CPSI:s relevans: Inom ramen för denna aspekt undersöks huruvida CPSI och dess verksamhet speglar medborgarnas rådande behov. Vidare undersöks om och i vilken grad CPSI:s mål och aktiviteter ligger i linje med regeringens prioriteringar.
2. Bedömning av CPSI:s prestationer: Inom denna aspekt görs en bedömning kring huruvida genomförda aktiviteter resulterat i önskade utfall samt en analys av resursanvändning.

Ramverket som håller på att tas fram belyser utvärderingsperspektivet tydligare

I intervju med företrädare från CPSI framkommer att man överlag prioriterar och värdesätter mätning och uppföljning och att det pågår arbete för att undersöka hur uppföljningen kan stärkas – inte minst utifrån ett patientperspektiv. Respondenterna beskriver även att det finns andra organisationer som följer upp och mäter kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården på nationell nivå. CPSI samarbetar enligt uppgift med denna typ av organisationer och olika rapporter som belyser delar av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet publiceras löpande. Exempel på områden som undersöks är graden av vårdrelaterade skador i slutenvården.

Intervjurespondenterna uppger att en trend kan ses där mätning, uppföljning och rapportering av patientsäkerhetsrelaterade aspekter sker i allt större utsträckning. Detta i takt med att nya krav ställs på vårdgivare och sjukvårdsorganisationer, inte minst från patienter som efterfrågar att området undersöks. CPSI arbetar vidare, tillsammans med Health Canada och OEDC, för att utveckla instrument för att kunna samla in och undersöka patientrapporterade data med fokus på patientsäkerhet.

*"Vi funderar mycket på hur man kan **stärka mätning** inom olika områden det är ju något som **patienter också efterfrågar**. Tittar på möjlighet att följa upp utifrån **patientrapporterad data**"*

- Företrädare CPSI

Enligt uppgift ges utvärdering och uppföljning relativt stort fokus i det nya ramverket för patientsäkerhet som för närvarande håller på att utvecklas (se närmare beskrivning under rubrik *"Det pågår ett arbete för att ta fram ett*

nationellt patientsäkerhetsramverk”). Intervjuförelrädarna betonar, som tidigare nämnts, vikten av att styrdokumentets olika delar, såsom en strategi eller handlingsplan, länkas samman på ett tydligt och logiskt sätt. Detta för att det ska vara möjligt att följa upp effekter och resultat på samtliga nivåer, det vill säga för att kunna dra slutsatser kring huruvida aktiviteter på vårdgivarnivå bidrar till övergripande måluppfyllelse.

Styrdokumentets resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet ” Patient safety a bold new direction. Business Plan 2018–2023” (12).

Verksamhetsplanen har ännu inte utvärderats men vissa resultat finns tillgängliga

Då verksamhetsplanen publicerades under 2018 finns i dagsläget inga resultat som direkt kan kopplas till styrdokumentets innehåll. CPSI följer och sammanställer emellertid årligen eventuella framsteg i en årsrapport (21). I den senaste rapporten från 2017–2018 beskrivs det bland annat att:

- 86 procent av alla åtgärder i den integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet har genomförts.
- 66 patienter har medverkat som volontärer i nätverket ”Patients for Patient Safety Canada”.
- 1 924 individer deltog i ”Canadian Patient Safety Week”.
- 1 117 individer har genomgått certifiering för att utbilda andra kring patientsäkerhetsfrågor.

En extern utvärdering av den integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet har gjorts

En extern kvalitativ utvärdering av den nationella samlingen (National Patient Safety Consortium) och den integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet (Integrated Patient Safety Action Plan) gjordes under år 2017 (22). Utvärderingen visar sammanfattningsvis att:

- Den nationella samlingen bidrog till att stärka och skapa nya samarbetet mellan olika aktörer i hälso-och sjukvården.
- Samarbetet för att ta fram den integrerade handlingsplanen resulterade i ett gemensamt åtagande för att genomföra aktiviteterna på nationell nivå.
- CPSI hade en central roll i att underlätta samarbetet mellan de olika berörda aktörerna inom hälso-och sjukvården.
- Den integrerade handlingsplanen bidrog till att koordinera och skapa en bättre förståelse för patientsäkerhetsfrågor i landet.
- Arbetet resulterade i att samtliga deltagare överlag fick en ökad gemensam förståelse kring patientsäkerhet.

CPSI utvärderades senast 2017 och den övergripande slutsatsen är att deras verksamhet behövs

En extern utvärdering av CPSI genomfördes senast år 2017 och resultatet visar i korthet att (11):

- Det alltså finns ett behov att nationellt arbeta för en förbättrad patientsäkerhet och att en nationell organisation som CPSI behövs.
- CPSI:s målsättningar ligger i linje med regeringens och andra nyckelintressenters prioriteringar. Vissa intressenter anser dock att en mer fokuserad strategi som tydligare vägleder CPSI behövs.
- CPSI svarar upp mot befintliga krav och lever även upp till förväntningarna om att på nationell nivå driva samt koordinera ett nationellt samarbete inom patientsäkerhetsområdet. Vissa nyckelintressenter lyfter dock att det i viss mån varit utmanande för CPSI att identifiera sin roll inom det samlade arbetet för förbättrad patientsäkerhet.
- CPSI:s arbete har resulterat i evidensbaserade kunskapsunderlag inom patientsäkerhetsområdet. Vissa nyckelintressenter pekar på att än mer kan göras genom att ytterligare fokusera på mätning och uppföljning.
- CPSI:s arbete har bidragit till att evidensbaserad kunskap om patientsäkerhet inkluderats i utbildningen av vårdpersonal.
- CPSI:s arbete har generellt resulterat i en ökad medvetenhet och kunskap kring patientsäkerhetsfrågor bland aktörer inom hälso- och sjukvården.
- CPSI har, genom den nationella samlingen och integrerade handlingsplanen för patientsäkerhet, bidragit till en bättre koordination och ett bättre samarbete inom sjukvårdssystemet, vilket har resulterat i en gemensam patientsäkerhetsagenda.
- Flera nyckelintressenter anser att CPSI har bidragit till en positiv förändring av patientsäkerhetskulturen som delvis syns i nya regelverk och politiska beslut.
- CPSI:s aktiviteter har bidragit till att hälso- och sjukvårdsorganisationer har tillämpat åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Exempelvis deltog 88 procent av alla akutvårdsverksamheter och 26 procent av alla långtidsvårdsverksamheter i programmet "Safer Healthcare Now!".
- CPSI:s samarbete med Institute of Health Information (CIHI) för att utveckla verktyg som mäter vårdrelaterade skador på sjukhus (Hospital Harm Measure) har inneburit framsteg vad gäller mätning och rapportering kring patientsäkerhet i Kanada.
- CPSI har bidragit med verktyg som resulterat i att patientsäkerhetsaspekten har kunnat inkluderas i regleringar, föreskrifter och ackrediteringsunderlag.
- CPSI har bidragit till att involvera patienter och deras familjer i nationellt och internationellt förbättringsarbete, exempelvis genom programmet "Patients for Patient Safety Canada". Ingen utvärdering har emellertid gjorts för att undersöka huruvida patientinvolveringen bidragit till förbättrade patientsäkerhetsrelaterade utfall.

Sammanfattningsvis konstateras det i rapporten att CPSI:s arbete förväntas bidra till en bättre patientsäkerhet i Kanada. Trots att ingen märkbar förbättring av patientsäkerheten har uppmätts sedan CPSI bildades, är många nyckelintressenter ändå av uppfattningen att CPSI:s aktiviteter leder till förbättrad patientsäkerhet. Många tror även att patientsäkerheten skulle försämrats om CPSI:s verksamhet upphörde, istället för att som nu ligga på en stabil nivå.

Nyckelintressenter verkar uppfatta CPSI som ett relevant organ

Genom den externa utvärderingen av CPSI, som görs vart femte år, samlas i viss mån nyckelintressenters syn på institutet och deras styrdokument in. Sammantaget verkar den externa bilden vara, att CPSI:s verksamhet är ändamålsenlig och på många sätt nödvändig för att patientsäkerheten i landet ska förbättras. Organisationen behövs inte minst för att säkerställa en nationell koordinering av arbetet.

Referenser

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.healthdata.org/canada>.
2. Canadian Institute for Health Information. Health spending. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.cihi.ca/en/health-spending>.
3. The Commonwealth Fund. The Canadian Health Care System. Hämtad 2020-01-16 från <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>.
4. Government of Canada. Canada's health care system. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html#a2>.
5. OECD. Hämtad 2020-01-16 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.
6. Building a Safer System: A national Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care. The National Steering Committee on Patient Safety; 2002.
7. Canadian Patient Safety Institute. About CPSI. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/about/Pages/default.aspx>.
8. Health Standards Organisation. Hämtad 2020-01-16 från <https://healthstandards.org/>.
9. Accreditation Canada. Health and Social Services Standards. Hämtad 2020-01-16 från <https://accreditation.ca/standards/>.
10. Ask.Listen.Talk. Business Plan 2013-2018. Canadian Patient Safety Institute; 2013.
11. Evaluation of the Canadian Patient Safety Institute Activities 2013-2014 to 2016-2017. Office of Audit and Evaluation Health Canada and the Public Health Agency of Canada; 2017.
12. Patient Safety A Bold New Direction. 2018-2023 Business Plan. Canadian Patient Safety Institute; 2018.
13. Performance Measurement Strategy 2018-2023. Canadian Patient Safety Institute; 2018.

14. Canadian Patient Safety Institute. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>.
15. Canadian Patient Safety Institute. SHIFT to Safety. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Programs/shift-to-safety/Pages/default.aspx>.
16. Canadian Patient Safety Institute. National Patient Safety Consortium. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/pages/national-patient-safety-consortium.aspx>.
17. Canadian Patient Safety Institute. Integrated Patient Safety Action Plan. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Pages/Integrated-Patient-Safety-Action-Plan.aspx>.
18. A surgical care safety action plan. Canadian Patient Safety Institute; 2014.
19. Evaluation of the Canadian Patient Safety Institute Activities 2013-2014 to 2016-2017. Office of Audit and Evaluation Health Canada and the Public Agency of Canada; 2017.
20. Canadian Patient Safety Institute. Patients for Patient Safety Canada. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Programs/PPSC/Pages/default.aspx>.
21. Annual Report Highlights 2017-18. Canadian Patient Safety Institute; 2018.
22. Evaluation of the National Patient Safety Consortium & Integrated Patient Safety Action Plan. Vision & Results; 2018.

Landrapport Nederländerna

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta – Nederländerna	4
Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras huvudsakligen via ett obligatoriskt försäkringssystem.....	4
Olika statliga myndigheter arbetar med att kontrollera och säkerställa kvaliteten	5
Det nationella patientsäkerhetsarbetet tog fart tack vare internationella forskningsrapporter med fokus på vårdrelaterade skador.....	6
Styrdokumentets struktur	9
Patientsäkerhetsagendan ger sannolikt viss vägledning men begränsad information om mål och önskvärda aktiviteter	9
Deltagande sjukhus är den huvudsakliga mottagaren av agendans innehåll.....	10
Agendan redovisas samlat på en hemsida	10
Kommunikationen sker främst genom professionsorganisationerna ..	10
Patientsäkerhetsagendan har löpt över en fyraårsperiod	11
Styrdokumentets innehåll.....	12
Patientsäkerhetsagendan består av fyra fokusområden.....	12
Varje fokusområde innehåller viss vägledning kring förbättringsarbete	13
Agendan präglas av en relativt avgränsad syn på patientsäkerhet.	16
Den tematiska utgångspunkten kännetecknas till stor del av utfallsområden	16
Styrdokumentets processer	17
Agendan bygger på det tidigare patientsäkerhetsprogrammet	17
Beskrivningen av genomförandet är begränsad	18
Beskrivningar av uppföljningsprocessen är begränsad men i intervju framkommer att det tidigare programmet följts upp regelbundet....	18
Styrdokumentets resultat.....	19
Tidigare forskningsrapporter med fokus på det tidigare programmet indikerar goda resultat.....	19
Nyckelintressenter verkar vara positiva till agendan	20
Referenser	21

Introduktion

I analysen av Nederländerna fokuserar vi på det nationella initiativet Patient-säkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda). Agendan utgör i huvudsak genom fokusområden, den övergripande inriktningen för det nationella patient-säkerhetsarbetet. I genomförd intervju framkommer att detta nationella program utgör bakgrunden till tidigare och kommande styrdokument. Det har emellertid inte varit möjligt att lokalisera ett fysiskt styrdokument som omfattar den nationella agendan. Gjorda analyser av agendan och dess innehåll har därför i huvudsak utgått från agendans aktuella hemsida (www.vmszorg.nl) samt kompletterats med intervju av företrädare från det nederländska institutet för forskning inom hälso- och sjukvården med expertkunskap inom patientsäkerhet.

Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. Hemsidan för Patientsäkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda) som har analyserats inom ramen för denna landrapport.



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Nederländerna

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	17 (2017)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79,9/83,1 (2017)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	3,9 (2017)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	10,9% (2014)	

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras huvudsakligen via ett obligatoriskt försäkringssystem

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet kännetecknas av ett obligatoriskt sjukförsäkringssystem (3). Förebyggande insatser och sociala omsorgstjänster omfattas inte av systemet utan finansieras istället genom generell beskattning. Regeringen har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdens inriktning i Nederländerna. Den identifierar exempelvis övergripande prioriteringar och kontrollerar kvalitet och kostnader.

Den obligatoriska sjukförsäkringen köps från privata konkurrerande försäkringsbolag med vinstutdelningsförbud (4). Individer med försäkring från samma bolag betalar samma premie – oberoende av ålder och hälsotillstånd. Bidragen samlas in på central nivå och fördelas till de olika försäkringsbolagen utifrån vissa ramar som tar hänsyn till kön, hälsorisker, ålder etcetera. Försäkringsbolagen inom hälso- och sjukvårdssystemet måste enligt befintlig lagstiftning erbjuda ett standardiserat baspaket. Här ingår bland annat primär-

vård, sjukhusvård och specialiserad vård, tandvård upp till 18 år, receptbelagda läkemedel, fysioterapi, vissa former av hemsjukvård samt viss psykiatrisk vård. Den nationella regeringen, kommunerna och försäkringsbolagen delar ansvaret för hemsjukvård.

Sjukvårdstjänsterna finansieras både genom privata och offentliga medel. Vuxna privatpersoner över 18 år betalar en avgift direkt till försäkringsbolagen. Vidare används en statlig sjukvårdsförsäkringsfond för att finansiera motsvarande avgift för personer under 18 år. Utöver denna patientavgift är arbetsgivare också skyldiga att betala en inkomstbaserad sjukvårdsförsäkringsavgift för sina anställda. Det finns även offentliga bidrag för finansiering av sjukvårdsförsäkringsavgifter för låginkomsttagare.

De flesta tecknar, utöver den obligatoriska försäkringen, frivilliga kompletterande försäkringar som exempelvis omfattar tandvård, läkemedelskostnader eller alternativmedicin. Denna typ av tilläggsförsäkring innebär inte snabbare tillgång till vård eller bredare tillgång till specialister eller sjukhus. Systemet präglas av ett stort antal vårdgivare och även sjukhusläkare (bortsett från de som är verksamma vid universitetssjukhus) kan arbeta som privatpraktiserande. Många försäkringsbolag och vårdgivare är icke-vinstdrivande.

Utöver sjukvård erbjuds medborgare social omsorg

Kommunerna ansvarar för förebyggande vårdinsatser och sociala omsorgstjänster såsom äldreomsorg eller insatser för personer med olika typer av funktionsnedsättningar (4). Finansiering sker via kommunala fonder som ger kommunerna möjlighet att upphandla tjänsterna. Regeringen ansvarar för fördelning av dessa medel. Särskild lagstiftning reglerar vidare vissa långsiktiga eller permanenta omsorgstjänster såsom äldreomsorg eller vissa typer av psykiatriska insatser exempelvis vid kroniska besvär. Totalt 31 särskilda hälso- och vårdadministrativa enheter (Healthcare Administration Office) har till uppgift att, tillsammans med patienten, fördela dessa vård- och omsorgstjänster utifrån rådande behov. Därefter kan antingen patienten själv eller den administrativa enheten upphandla insatserna som behövs. Finansiering av dessa tjänster sker via en fond som till största delen finansieras av skattemedel. Samtliga medborgare bidrar till fonden via skattsedeln. En del av finansieringen utgörs av patientavgifter och regeringen kan även bidra med resurser vid behov.

Olika statliga myndigheter arbetar med att kontrollera och säkerställa kvaliteten

Som tidigare nämnts besitter regeringen det övergripande ansvaret för att kontrollera sjukvårdens kvalitet, bland annat genom att säkerställa följsamhet till befintlig lagstiftning. Detta ansvar fördelas på tre myndigheter (5):

- **Hälso-och sjukvårdsmyndigheten (Nederlandse Zorgautoriteit):** Myndigheten säkerställer att försäkringsbolag och vårdgivare följer befintliga regelverk, till exempel att försäkringsbolag inkluderar samtliga tjänster som enligt lagstiftning ska ingå i det så kallade "baspaketet" (6). Myndigheten fattar även beslut om tak för patientavgifter och man kontrollerar även att vårdgivare följer dessa beslut.

- **Myndigheten för konsumenter och marknader (Autoriteit Consument & Markt):** Myndigheten ansvarar för att främja och säkerställa likvärdig konkurrens på hälso- och sjukvårdsmarknaden på ett sätt som gynnar konsumenterna (patienter/brukare) (7).
- **Sjukvårds- och ungdomsinspektionen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd):** Myndigheten ansvarar för att säkerställa kvalitet och säkerhet i enlighet med befintliga regelverk (8). Myndigheten kan till exempel genomföra utredningar vid klagomål riktade mot vårdgivare eller förlägga vite eller andra straffåtgärder vid kvalitetsbrister.

Konkurrensen har betydelse för sjukvårdens kvalitet

Befintliga regelverk sätter ramarna för den önskvärda vårdkvaliteten. Givet att systemet präglas av relativt omfattande konkurrens mellan olika fristående aktörer – såväl försäkringsbolag som vårdgivare – kan vårdkvaliteten emellertid framför allt sägas regleras utifrån aktörernas och patienternas förväntningar, krav och val (4).

Det nationella patientsäkerhetsarbetet tog fart tack vare internationella forskningsrapporter med fokus på vårdrelaterade skador

I början på 2000-talet placerades patientsäkerhetsfrågorna – till stor del tack vare amerikanska forskningsrapporter – högt upp på sjukvårdsagendan. Rapporterna visade i korthet att ett relativt stort antal patienter generellt drabbas av undvikbara vårdrelaterade skador. Mot denna bakgrund lanserades ett nationellt program i Nederländerna med namnet ”Better Faster” (9). Programmet syftade till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet, och målen var bland annat ökad transparens och kvalitet.

Under denna period uppstod ett intresse hos professionsorganisationer att undersöka frekvensen av vårdavvikelser vid sjukhus. Därför genomförde det nederländska institutet för forskning inom hälso- och sjukvården (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, NIVEL) en studie med fokus på vårdrelaterade skador (10). Studien, som genomfördes på uppdrag av professionsorganisationerna, visade att nästan sex procent av 1,3 miljoner sjukhusinskrivningar år 2004 resulterade i någon form av vårdrelaterad skada. Omkring 40 procent av dessa kunde enligt studien undvikas.

Resultatet motiverade fyra olika professionsorganisationer¹, med stöd från Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), att gemensamt ta fram ett nationellt patientsäkerhetsprogram (VMS Veiligheidsprogramma) med namnet ”Prevent harm, work safely” (11).

¹ Föreningen för sjukhusen i Nederländerna (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ), Föreningen för specialistläkare i Nederländerna (Federation of Medical Specialists), Föreningen för sjuksköterskor och vårdgivare i Nederländerna (Verpleegkundigen & verzorgenden Nederland, V&VN) och Föreningen för Universitetssjukhusen i Nederländerna (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, NFU)

Genom det nationella patientsäkerhetsprogrammet minskade vårdrelaterade skador markant

Programmet pågick mellan år 2008 och år 2012 och inkluderade samtliga sjukhus och dess mål var att halvera vårdrelaterade skador (11). Som en del i arbetet infördes inom hälso- och sjukvården ett särskilt säkerhetssystem med inspiration från oljeindustrin. Systemet innebar sammanfattningsvis förbättrade förutsättningar för riskidentifiering och utvecklingsarbete. Ambitionen var att säkerhetssystemet skulle införts inom sammanlagt tio förutbestämda tematiska områden vid samtliga sjukhus (12). Förebyggande av sårinfektioner efter operation, säkrare barnsjukvård och smärtbehandling är exempel på tematiska områden som valdes ut. Områdena identifierades bland annat genom resultatet från NIVELS studie om vårdrelaterade skador.

I intervju med företrädare från NIVEL framkommer det, att forskningsstudier genomfördes för att följa upp patientsäkerhetsprogrammet vid ett flertal tillfällen under programperioden, bland annat för att undersöka förändringar i utfall. Uppföljningsstudien som genomfördes under 2011–2012 visade enligt intervjuad företrädare, att graden av vårdrelaterade skador hade minskat markant jämfört med år 2008. Målet om att halvera antalet skador hade därigenom nästan uppfyllts och programmet avslutades.

Programmet omvandlades till en nationell agenda med tydligare inslag av självständighet

Enligt intervjuad företrädare uttryckte sjukhusföreträdare därefter att programmet inneburit alltför hårda krav på vårdgivarna. Detta trots att sjukhusens deltagande och genomförandet av programmets förbättringsåtgärder formellt sett var frivilligt. Mot den bakgrunden fattade de berörda professionsorganisationerna beslut om att ändra programmets karaktär. Det nationella säkerhetsarbetet skulle fortsätta men ansatsen skulle vara mer stötande och motiverande än tidigare. Resultatet av detta var den så kallade "Patientsäkerhetsagendan" (Veiligheidsagenda) som kom år 2013 (13).

Fyra fokusområden identifierades inom ramen för agendan, och dessa var: 1) Säker läkemedelsbehandling, 2) Säker användning av medicinteknisk utrustning, 3) infektioner och antibiotikaanvändning samt 4) sårbara äldre. Fokusområdena valdes ut på basis av en behovsanalys. I korthet hade minst framsteg gjorts inom dessa områden inom ramen för föregående nationella säkerhetsprogram. De deltagande sjukhusen gavs möjlighet att mer självständigt prioritera mellan agendans olika delar, jämfört med föregående programperiod.

En ny utfallsanalys med fokus på vårdrelaterade skador genomfördes under 2017. Denna visar inte, enligt intervjurespondenten, på några påtagliga förändringar relativt föregående mätning. Resultaten har enligt uppgift varit en besvikelse för såväl professionen som för den ansvariga hälsoministern. Mot denna bakgrund har Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport givit professionsorganisationerna uppdraget att ta fram en ny handlingsplan för det nationella patientsäkerhetsarbetet. Handlingsplanen är tänkt att börja gälla från och med år 2019, och den ska utgå ifrån ett så kallat "bottom-up"-perspektiv, det vill säga i hög grad ta hänsyn till vårdgivarnas behov och önskemål. Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport ställer inga formella krav utan

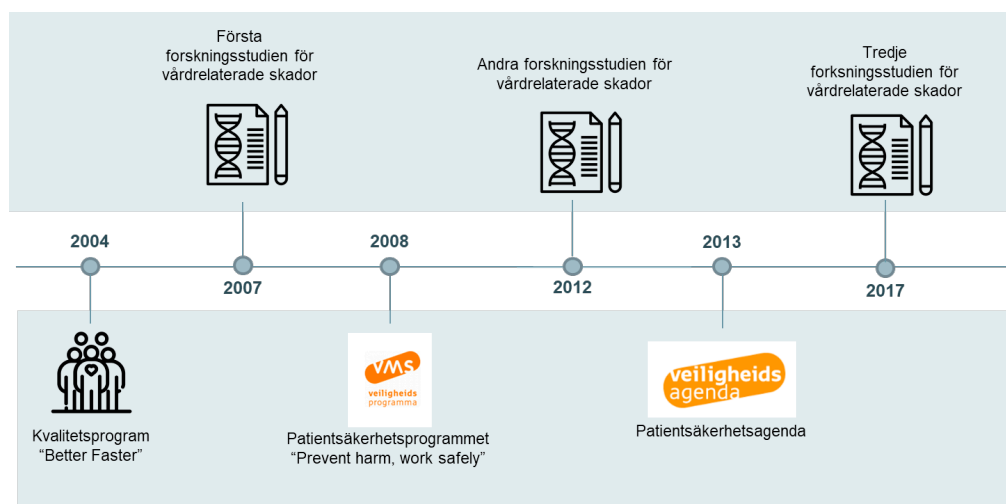
stödjer arbetet på olika sätt, exempelvis genom finansiering och offentliga uttalanden. Professionsorganisationerna ansvarar med andra ord självständigt för utformningen av planen.

"Inom vårt system går det inte att styra patientsäkerhetsarbetet uppifrån och ner utan man måste börja med berörda organisationer"

- Företrädare NIVEL

I Figur 3 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Nederländerna.

Figur 3. Tidslinje över det nationella patientsäkerhetsarbetet i Nederländerna



Patientsäkerhetsagendan står i fokus

Utifrån ovanstående information har vi valt att inom ramen för denna analys fokusera på "Patientsäkerhetsagendan". Agendan verkar sammanfattningsvis lägga grunden och inriktning för det nationella säkerhetsarbetet. Något fysiskt dokument kopplat till agendan har inte lokaliserats, men beskrivningar av dess innehåll finns tillgängligt en hemsida (vmszorg.nl) som drivs av föreningen för sjukhusen i Nederländerna (NVZ) samt föreningen för universitetssjukhusen (NFU). Innehållet från denna hemsida samt kompletterande information från intervju med företrädare från NIVEL med expertkunskap inom patientsäkerhetsområdet ligger till grund för analysen.

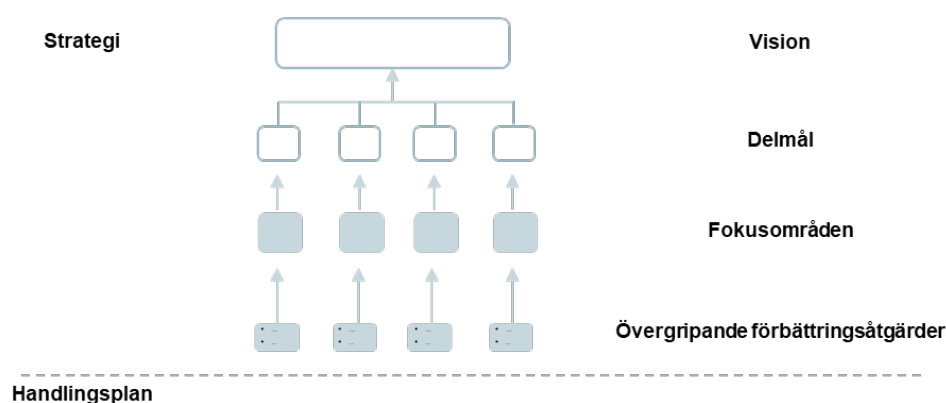
Styrdokumentets struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här "Patientsäkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda)" (13).

Patientsäkerhetsagendan ger sannolikt viss vägledning men begränsad information om mål och önskvärda aktiviteter

Sammantaget består agendan av två delar: 1) fyra fokusområden och 2) övergripande förbättringsåtgärder inom respektive fokusområde. En visualisering av agendans struktur kan ses i Figur 4.

Figur 4. Visualisering av agendans struktur



I korthet ingår inte traditionella beståndsdelar som i regel kan förknippas med strategidokument såsom vision, mission eller övergripande mål i den nationella patientsäkerhetsagendan. Fokusområdena samt beskrivningen av möjliga förbättringsåtgärder ger sannolikt viss vägledning kring förbättringsarbete på mer verksamhetsnära nivå. Eftersom mer övergripande strategiska delar saknas, kan agendan i högre utsträckning relateras till ett mer konkret styrdokument såsom en handlingsplan. Samtidigt verkar det finnas vissa gap vad gäller beskrivningar om vilka insatser och åtgärder som behövs, det vill säga agendan ger en relativt begränsad bild av önskvärda aktiviteter på operativ nivå.

Föregångaren till agendan hade ett övergripande kvantitativt mål

I intervju med företrädare från NIVEL framgår att övergripande kvantifierbara mål formulerades i föregångaren till den nationella patientsäkerhetsagendan. Lärdomen från detta var emellertid att det är mer ändamålsenligt att istället fokusera på aktiviteter som de deltagande sjukhusen självständigt kan

välja mellan. Detta beskrivs som särskilt viktigt i ett komplext och decentraliserat system, där den nationella patientsäkerhetsagendan präglas av frivillighet från vårdgivarnas sida.

“Inom ramen för det tidigare programmet fanns ett övergripande mätbart mål. Denna gång ville man inte kvantifiera. Nu kan sjukhusen själva välja mellan olika aktiviteter istället. Man kan välja sin egen väg”

- Företrädare Nivel

Samtidigt konstaterar intervjurespondenten att olika typer av målsättningar ändå behövs. Detta eftersom gemensamma mål skapar goda förutsättningar för att samla olika aktörer och verksamheter kring en riktning.

Deltagande sjukhus är den huvudsakliga mottagaren av agendans innehåll

Den nationella patientsäkerhetsagendan omfattar enbart sjukhusvård. Den uttalade mottagaren av innehållet är därför i första hand sjukhusledning. Sammanfattningsvis riktar sig agendan enbart till den så kallade mesonivån.

Agendan redovisas samlat på en hemsida

Agendans innehåll redovisas samlat på en hemsida (vmszorg.nl). Här finns exempelvis information om de fyra fokusområdena som ingår i patientsäkerhetsagendan samt tillhörande verktyg och råd. Hemsidan kan beskrivas som användarvänlig och strukturerad.

Kommunikationen sker främst genom professionsorganisationerna

Enligt intervjuade företrädare från NIVEL saknas tydlig kommunikationsplan för det nationella patientsäkerhetsarbetet som bedrivs inom ramen för patientsäkerhetsagendan. Däremot uppges att visst strategiskt kommunikationsarbete ändå sker. Professionsorganisationerna kommunicerar exempelvis med allmänheten på ett delvis målgruppsanpassat sätt. Involverade forskningsinstitut tar fram kortfattade och mer lättlästa sammanfattningar av forskningsresultat – sammanfattningar som kan användas vid kommunikation med både allmänhet och media.

“Kommunikationen sker främst via professionsorganisationerna. Ingen större vikt läggs på marknadsföringsmetoder, men man arbetar i viss mån målgruppsanpassat, till exempel vid kommunikation med allmänheten”

- Företrädare NIVEL

Tidigare nationella patientsäkerhetsprogram har haft särskilda titlar i syfte att öka genomslaget. Andra mer traditionella marknadsföringsmetoder, såsom

slogans eller loggor, har däremot enligt uppgift inte använts i någon större utsträckning.

Patientsäkerhetsagendan har löpt över en fyraårsperiod

Den nuvarande patientsäkerhetsagendan löpte under åren 2013–2017. Den hade med andra ord en tidsram på fyra år. Även förslaget till agendan, det vill säga det tidigare nationella patientsäkerhetsprogrammet, var fyra år. Enligt intervjuade företrädare från NIVEL har tidsramen valts utifrån en strategisk bedömning, dels kring hur mycket tid vårdgivare behöver för att påbörja och driva ett förbättringsarbete på verksamhetsnivå, dels för att det ska vara möjligt att visa resultat från de insatser som görs.

*"Agendan behöver ha **en livscykel på några år** för att vi ska kunna **uppmäta relevanta resultat**"*

- Företrädare NIVEL

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här "Patientsäkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda)" (13).

Patientsäkerhetsagendan består av fyra fokusområden

Patientsäkerhetsagendan består till stor del av fyra tematiska fokusområden, och dessa är:

- Säker läkemedelshantering och läkemedelsbehandling
- Säker användning av medicinteknisk utrustning
- Infektionsprevention och riktlinjer för antibiotikaanvändning
- Insatser för sårbara äldre.

Säker läkemedelshantering och läkemedelsbehandling

Området omfattar läkemedelsorsakade vårdavvikelser i samband med iordningställande, leverans, administrering eller övervakning av läkemedel. Brister i dessa processer kan resultera i olika typer av avvikelser.

Säker användning av medicinteknisk utrustning

Området omfattar olika medicinteknisk utrustning såsom medicinska apparater, förbrukningsartiklar, programvara, implantat och kirurgiska instrument som definieras närmare i lagen om medicinsk utrustning. Enligt nederländska forskningsstudier från 2015/2016 bidrog bristfällig medicinsk utrustning till nära fyra procent av vårdrelaterade skador och dödsfall. En del av dessa hade kunnat undvikas, vilket motiverar ett ökat fokus på förbättringar av medicinteknisk utrustning.

Infektionsprevention och riktlinjer för antibiotikaanvändning

Förebyggande av infektioner är tätt kopplat till antibiotikaanvändning och antibiotikaresistens. Nederländerna ligger relativt bra till när det kommer till förebyggande av infektioner och adekvat användning av antibiotika, men rapporter från den nationella myndigheten Sjukvård- och ungdomsinspektionen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) visar på att det fortfarande finns förbättringsutrymme.

Insatser för sårbara äldre

Sjukhusvård utgör en risk för äldre på grund av ökad risk för vårdskador såsom infektioner, undernäring, förvirring och fallolyckor. Tidig och systematisk identifiering av geriatriska problem är därför ett första nödvändigt steg för att förebygga undvikbara vårdrelaterade skador hos äldre samt för att förbättra funktionen efter sjukhusvistelse.

Varje fokusområde innehåller viss vägledning kring förbättringsarbete

Inom respektive fokusområde förmedlas en del information, råd och verktyg kring förbättringsarbete – uppgifter som vårdgivare kan använda som underlag i arbetet. I vissa fall redovisas även mer konkreta förbättringsåtgärder.

I fokusområdet, **säker läkemedelshantering och läkemedelsbehandling**, framgår följande:

- I föregående patientsäkerhetsprogram ingick upprättande av rutiner för läkemedelsgenomgång vid inskrivning till och utskrivning från sjukhus som en förbättringsåtgärd. Målet var att samtliga patienter skulle genomgå läkemedelsgenomgång. Ett särskilt ”patientsäkerhetskort för läkemedelsavstämning” togs fram. Kortet användes i samband med uppdatering av läkemedelslistan. I patientsäkerhetsagendan hänvisas vårdgivarna till detta verktyg som en metod för att öka säkerheten vid läkemedelsbehandling. Under föregående programperiod noterades även att majoriteten av läkemedelsrelaterade avvikelser kan förknippas med injektionsläkemedel. Dessa pekades därför ut som ”högriskläkemedel”. För att förbättra säkerheten rekommenderades vårdgivarna att använda sig av tydliga protokoll för beredning och administrering av dessa typer av läkemedel. En särskild handbok togs även fram för vårdpersonal som stöd vid läkemedelsinjektioner. I patientsäkerhetsagendan hänvisar man även till detta område och vårdgivarna uppmuntras till att fortsatt arbeta med förbättring av säkerheten inom området ”högriskläkemedel”.
- Den nationella myndigheten Sjukvård- och Ungdomsinspektionen (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) fortsatt kommer att se över och kontrollera läkemedelssäkerheten via kvalitetsindikatorer som har tagits fram under 2015. Inspektionen har sedan 2017 bedrivit tillsyn med fokus på säker läkemedelsförskrivning.
- Ett program för bättre informationsutbyte mellan patient och vårdgivare (Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional, VIPP) har utvecklats av den Nederländska Föreningen för Sjukhus (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, NVZ). Arbetet har skett i samarbete med Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport. Programmet syftar till att ge patienten ökad tillgång till sin egna medicinska data via digitala plattformar. Detta skapar förutsättningar för att patienten ska få bättre information om sitt hälsotillstånd och för att patienten ska bli mer delaktig i sin egen vård. En central del i projektet rör patientens tillgång till uppdaterad information om sin eventuella läkemedelsbehandling. Informationstillgången förbättrar förutsättningarna för en mer säker läkemedelsanvändning.
- Slutligen har även vårdgivarföreningarna (exempelvis NVZ) tecknat avtal kring riktlinjer för hantering av läkemedelsinformation. Dessa riktlinjer innebär bland annat att läkare måste säkerställa att en aktuell medicinsk

översikt finns tillgänglig i samband med läkemedelsförskrivning. Översikten ska exempelvis innehålla patientdata och relevanta medicinska data såsom aktiv substans, dosering, styrka etcetera. Sedan år 2013 är läkare enligt lag skyldiga att på receptet ange orsaken till förskrivningen vid förskrivning av ett antal olika läkemedel. Aktuellt värde för patientens njurfunktion ska också framgå i det fall detta är relevant.

I säker användning av medicinsk/medicinteknisk utrustning framgår följande:

- Avtal mellan de olika parterna inom hälso- och sjukvårdssektorn angående medicinteknisk utrustning har tecknats. Avtalen gör gällande att all medicinsk utrustning ska märkas med unika, elektroniska koder så att det går att fastställa vilken utrustning som har använts för vilken patient. Detta möjliggör även registrering av implantat. Bakom avtalet står sjukhusföreningar och olika företrädare från industrin. Detta innebär en bred uppslutning för registrering av medicinteknisk utrustning.
- År 2011 tog nationella sjukhusföreningar fram ett särskilt avtal för medicintekniska produkter (det så kallade MT-avtalet). Avtalet uppdaterades under 2016 och omfattar bland annat riskinventering för produkter inför inköp och utbildning av personal i produktanvändning.
- År 2014 publicerade den nationella Föreningen för Specialistläkare (Federatione Medisch Specialisten) samt den Nationella Sjukvårdsinstitutet (Zorginstituut Nederland) riktlinjer för introduktion av medicintekniska produkter i vårdverksamheter.
- Den nationella myndigheten Sjukvård- och Ungdomsinspektionen bedriver tillsyn av sjukhusens följsamhet till kriterierna i säkerhetsavtalet beskrivet ovan (MT-avtalet). Sjukhus som inte uppfyller kriterierna i avtalen ombeds vidta omedelbara åtgärder. En ny lag gällande kvalitet, klagomål och tvister (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) trädde i kraft under 2016. Lagen förtydligar kravet på säker användning av medicinsk utrustning.

I infektionsprevention och riktlinjer för antibiotikaanvändning, framgår följande:

- I det tidigare patientsäkerhetsprogrammet ingick två områden relaterade till infektionsprevention. Det ena var post-operativa sårinfektioner och det andra var sepsis. Patientsäkerhetsagendan hänvisar till användning av informationsmaterial och verktyg som togs fram under föregående programperiod. Vårdgivare uppmuntras även till att registrera och övervaka vårdrelaterade infektioner på sina sjukhus.
- En nationell struktur för att motverka antibiotikaresistens har upprättats med hjälp av ekonomiskt stöd från Ministeriet för Hälsa, Velfärd och Sport. Strukturen består av ett övervakningssystem samt ett antal regionala

nätverk. Syftet är att öka samarbetet tvärs aktörer, institutioner och sektorer inom sjukvården för att få en bättre kontroll över antibiotikaresistensen.

- En arbetsgrupp för framtagande av direktiv för antibiotikaanvändning (Stichting Werkgroep Antibioticabeleid, SWAB) tog under 2012 fram riktlinjer för förskrivning och användning av antibiotika. Inom ramen för riktlinjerna har även särskilda ”antibiotikagrupper” på sjukhus upprättats. Grupperna har till uppgift att kontrollera följsamheten till sjukhusets övergripande antibiotikapolicy. Enligt den nationella myndigheten Sjukvårds- och Ungdomsinspektionen är de framtagna riktlinjerna inte bindande, utan vårdgivare är endast skyldiga att upprätthålla en viss kvalitetsnivå inom området.
- Den nationella myndigheten Sjukvårds- och Ungdomsinspektionen kommer fortsatt att följa hur sjukhusen bedriver förebyggande arbete med fokus på vårdrelaterade infektioner. Inspektionen besöker sedan 2013 regelbundet sjukhusen inom ramen för ett projekt som heter ”Övervakning av förebyggande av infektioner (Toezicht op infectiepreventie, TIP)”. Myndigheten publicerade år 2016 en rapport inom området där det slogs fast att vissa förbättringsåtgärder behövs, exempelvis när det kommer till rengörings- och desinfektionsrutiner, kontroll av resistent bakterier samt utbildning angående hur isoleringsrum ska användas och underhållas.

I insatser för sårbara äldre, framgår följande:

- Insatser för gruppen sårbara äldre var ett tematiskt förbättringsområde i det tidigare patientsäkerhetsprogrammet. Under programperioden togs ett kunskapsunderlag fram angående vilka insatser som kan göras på sjukhus för att minska riskerna för vårdrelaterade skador hos äldre patienter. Sjukhusen uppmanas genom patientsäkerhetsagendan att fortsätta med dessa insatser vid och utifrån behov.
- Olika riktlinjer har tagits fram för att minska risken för vårdrelaterade skador hos äldre. Föreningen för klinisk geriatrik (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, NVKG) har exempelvis utvecklat riktlinjer kring fallolyckor hos äldre, förvirring och polyfarmaci samt för genomförandet av geriatriska utredningar. Föreningen för specialister inom geriatrisk medicin (Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) samt den Nederländska Institutet för Psykologi (Nederlands Instituut van Psychologen) har därutöver tagit fram riktlinjer för demenssjukdom.
- Mellan år 2008 och år 2016 genomfördes ett nationellt program för förbättrad äldreomsorg. Syftet var att säkerställa ändamålsenlig vård och omsorg för alla äldre patienter. Olika projekt initierades som en del av programmet. Detta resulterade bland annat i evidensbaserade underlag för vård av äldre.

Inom den nationella patientsäkerhetsagendan betonas även vikten av ett integrerat förhållningssätt mellan sjukhus och omsorg. Den framtida äldrevården kommer innebära krav på individanpassning, att vården erbjuds och tillhandahålls på rätt plats, utförs av kvalificerad personal etcetera. Äldrevården kommer med andra ord behöva anpassas utifrån dessa nya förutsättningar för att kunna svara upp mot patienternas behov på ett ändamålsenligt sätt.

Agendan präglas av en relativt avgränsad syn på patientsäkerhet

Patientsäkerhetsagendans huvudsakliga fokus verkar framför allt vara riktat mot minimering av risker för olika typer av vårdrelaterade skador. Denna ansats kan sägas ligga nära den svenska lagstiftningens patientsäkerhetsdefinition. Agendan verkar med andra ord inte uttryckligen göra anspråk på förbättrad vårdkvalitet i vid mening.

Den tematiska utgångspunkten kännetecknas till stor del av utfallsområden

Agendan fokuserar rent innehållsmässigt i relativt stor utsträckning på vad som kan benämnas som traditionella utfallsområden, såsom säker läkemedelsbehandling, förebyggande av vårdrelaterade infektioner etcetera. Inom ramen för fokusområdet kring medicinteknisk utrustning (se närmare beskrivning ovan) belyses snarare vad som kan betecknas som ett riskområde, det vill säga risker i sjukvårdens strukturella eller organisatoriska förutsättningar för försämrad patientsäkerhet. Inom fokusområdet ”insatser för sårbara äldre” betonas i viss mån framgångsområden, utöver traditionella utfallsområden såsom risk för infektioner och fallolyckor. Exempel på framgångsområden som lyfts fram är sammanhållen vård samt kunskaps- och informationsutbyte.

I intervjun bekräftas bilden av att man historiskt utgått från en relativt smal tematisk ansats där utfallsområdet utgjort huvudsakligt fokus. Det beskrivs att man av strategiska skäl inledde det nationella patientsäkerhetsarbetet med att utgå från smala områden, men att en bredare ansats planeras i samband med framtagande av en ny agenda eller ett nytt styrdokument.

*”Vi började arbetet genom att utgå från **smala utfallsområden** eftersom detta är enklare för att komma igång och belysa frågorna. Nu vill vi bredda oss och fokusera mer på **instrumentella vida områden** såsom följsamhet och resultatfokus”*

- Företrädare Nivel

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här "Patientsäkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda)" (13).

Agendan bygger på det tidigare patientsäkerhetsprogrammet

Patientsäkerhetsagendan bygger på det tidigare patientsäkerhetsprogrammet som togs fram i samsyn mellan olika professionsföreningar – föreningar som företrädar sjukhus, universitetssjukhus, läkare, sjuksköterskor och vårdgivare. Programmet kan därför sägas vara framtaget utifrån en relativt bred konsultativ process.

När programmet avslutades år 2012 fortsatte föreningen för sjukhusen i Nederländerna (NVZ) samt föreningen för universitetssjukhusen (NFU) att bedriva delar av patientsäkerhetsprogrammet i form av den nuvarande patientsäkerhetsagendan. Urvalet av fokusområden i patientsäkerhetsagendan är, som tidigare nämnts, områden från patientsäkerhetsprogrammet med fortsatt förbättringspotential.

*"Patientsäkerhetsagendan var en fortsättning av arbetet inom de områden som inte hade uppnått **tillräckligt bra resultat** under patientsäkerhetsprogrammet"*

- Företrädare NIVEL

I intervjun framkommer även att patienter/patientföreträdare involverats i framtagandet av det nationella programmet/styrdokumentet som håller på att utarbetas. Vidare beskrivs att det finns planer att tydligare inkludera patienter i det praktiska förbättringsarbetet, exempelvis genom att patientföreträdare från andra patienter samlar in relevanta uppgifter om säkerhetsaspekter.

*"Patienter har **involverats i framtagandet** av den kommande planen. Eventuellt ska vi **använda oss av patientföreträdare** i själva genomförandet, exempelvis genom att de inhämtar andra **patienters perspektiv**"*

- Företrädare NIVEL

Beskrivningen av genomförandet är begränsad

Konkreta beskrivningar av hur patientsäkerhetsagendan är tänkt att genomföras saknas på den undersökta webbplatsen. Vissa redovisningar av genomförda eller planerade aktiviteter framgår, vilket beskrivs närmare i föregående avsnitt. Beskrivningarna ger en översiktlig och indirekt bild av genomförandet av vissa förbättringsinsatser men kan inte ses som heltäckande. Att sjukhusen har en förhållandevis omfattande autonomi och ytterst är ansvariga för förbättringsarbetet på verksamhetsnivå kan sannolikt ha betydelse för konkretionsgraden vad gäller beskrivningen av genomförande.

Beskrivningar av uppföljningsprocessen är begränsad men i intervju framkommer att det tidigare programmet följts upp regelbundet

Beskrivningar av hur arbetet med den nationella patientsäkerhetsagendan ska följas upp saknas på den undersökta hemsidan. I intervjun framkommer att en extern forskningsbaserad uppföljning med fokus på undvikbara vårdavvikelser genomfördes under 2017. Denna visade inte på några stora förändringar i utfall. I intervjun framkommer även att det tidigare patientsäkerhetsprogrammet framför allt följdes upp på samma sätt, det vill säga genom externa forskningsstudier. NIVEL har kontinuerligt undersökt förekomsten av vårdavvikelser på sjukhus. Detta för att få en bild av graden av måluppfyllelse. Uppföljningarna har baserats på standardiserade metoder för journalgranskning. Detta uppges ha bidragit till goda förutsättningar för jämförelse av resultaten vid olika sjukhus.

Enligt intervjurespondenten har lokal verksamhetsuppföljning av patientsäkerhetsarbetet, som de deltagande sjukhusen själva genomför, i praktiken resulterat i skilda mätmetoder. Detta har också inneburit begränsade möjligheter att jämföra och därmed även aggregera resultaten.

*"Vi har använt **standardiserade metoder** i vår forskning för att följa upp resultaten. När sjukhusen skulle följa upp själva använde alla **olika mätmetoder**, vilket **försvårade jämförbarheten** av resultaten"*

- Företrädare NIVEL

Styrdokumentets resultat

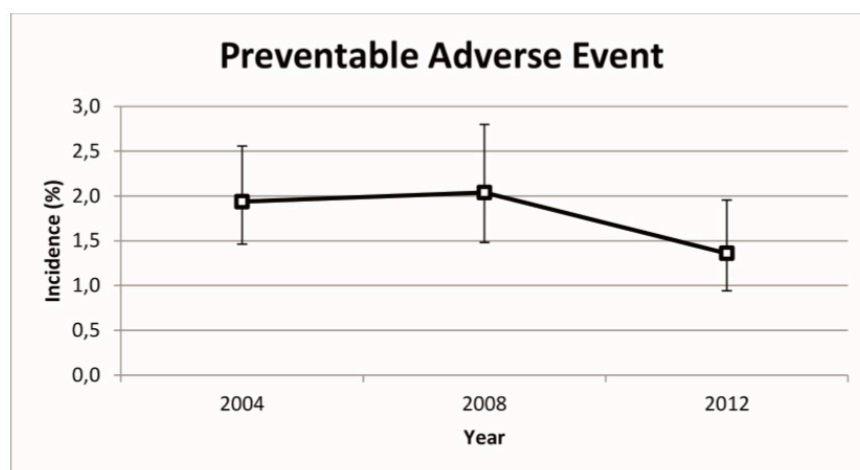
Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här "Patientsäkerhetsagendan (VMS Veiligheidsagenda)" (13).

Tidigare forskningsrapporter med fokus på det tidigare programmet indikerar goda resultat

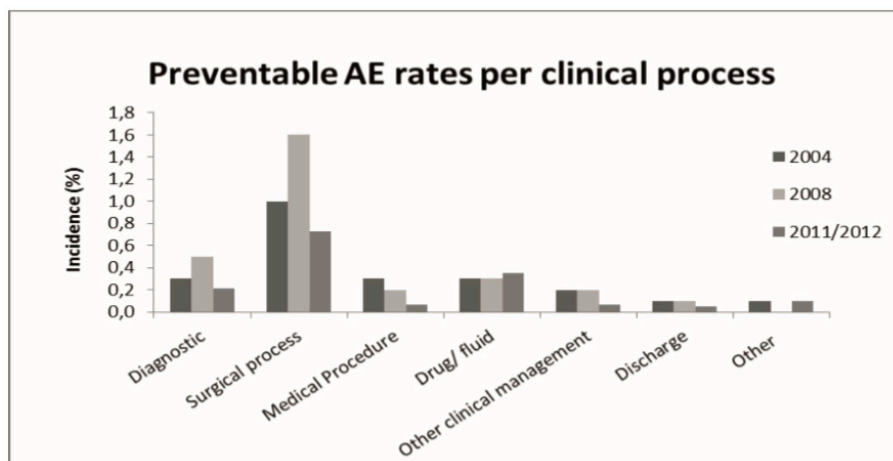
Som tidigare nämnts visade genomförda uppföljningar av föregångsprogrammet till den nationella patientsäkerhetsagendan på goda utfall. Uppföljningen från 2011/2012 visade att undvikbara vårdavvikelser minskat med 45 procent jämfört med föregående uppföljningstillfälle (14). Stor förändring sågs exempelvis inom kirurgin – ett område som tidigare präglats av relativt stora utmaningar med avseende på vårdavvikelser. Undvikbara vårdavvikelser var enligt tidigare gjorda undersökningar vanligt förekommande inom grupper med en stor del äldre patienter (80 år och äldre). Uppföljningen från 2011/2012 visade på en markant förändring för denna grupp – från 4,4 procent till 0,9 procent mellan år 2008 och 2011/2012.

En möjlig förklaring till denna positiva utveckling är att insatser för gruppen sårbara äldre var ett särskilt fokusområde även i det tidigare programmet. Samtidigt kunde en ökning av undvikbara vårdavvikelser – från cirka två procent till tre procent under samma tidsperiod – ses för gruppen patienter mellan 19 och 40 år. Nedan ses exempel på diagram som redovisas i forskningsstudien och som beskriver utvecklingen över tid.

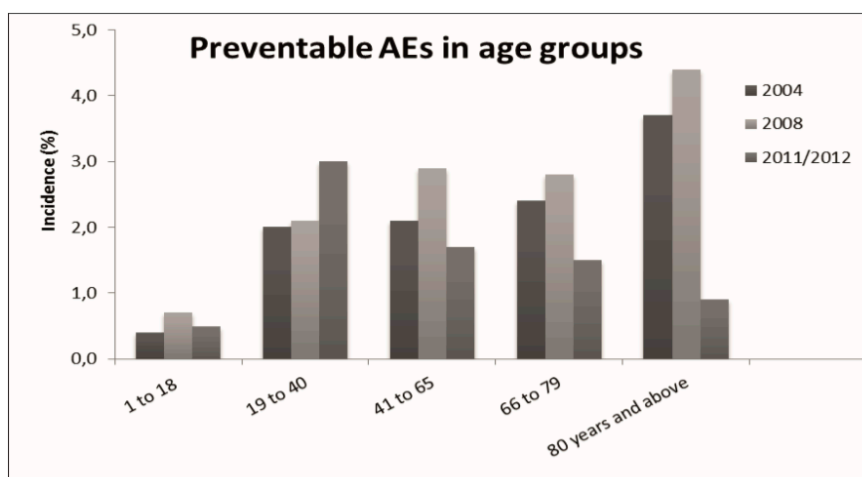
Figur 4. Undvikbara avvikelser i vården 2004, 2008 och 2011/2012 (14).



Figur 5. Undvikbara avvikelser i vården för olika vårdprocesser (14).



Figur 6. Undvikbara avvikelser i vården hos olika åldersgrupper (14).



Motsvarande uppföljningsrapport för Patientsäkerhetsagendan (Veiligheidsagenda) har inte lokaliserats inom ramen för denna analys. Det går därmed inte att dra några slutsatser kring vilka resultat inom patientsäkerhetsområdet som agendan bidragit till.

Nyckelintressenter verkar vara positiva till agendan

I intervju med företrädare från NIVEL har inte nyckelintressenters syn på agendan analyserats på ett strukturerat sätt. Däremot beskrivs att eftersom den nationella agendan ursprungligen tagits fram på initiativ av centrala aktörer, såsom professions- och sjukhusföreträdare, är den allmänna inställningen sannolikt positiv. Intervjurespondenten resonerar även kring det faktum att den nationella agendan, jämfört med det tidigare programmet, justerats utifrån synpunkter från vissa nyckelintressenter.

Som tidigare nämnts upplevde sjukhusföreträdare överlag det tidigare nationella patientsäkerhetsprogrammet som alltför direkt styrande. I samband med att den uppdaterade agendan trädde i kraft valdes därför en mer stödjande och motiverande ansats från initiativtagarnas sida.

Referenser

1. Institute for Health Metrics and Evaluation IHME: Netherlands. Hämtad 2020-01-20 från <http://www.healthdata.org/netherlands>.
2. World Health Organization. Countries: Netherlands. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.who.int/countries/nld/en/>.
3. Vad kan Sverige lära av Nederländerna och Schweiz. Forum för Health Policy; 2017. <http://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2017/12/Vad-kan-Sverige-lara-1.pdf>.
4. Healthcare in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport; 2016.
5. Government of the Netherlands. Monitoring the quality of healthcare. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-the-quality-of-healthcare>.
6. Nederlandse Zorgautoriteit. Overview of the Dutch Healthcare Authority. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.nza.nl/english>.
7. Autoriteit Consument & Markt. About ACM. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.acm.nl/en/about-acm>.
8. Ministry of Health, Welfare and Sport. Hämtad 2020-01-20 från <https://english.igj.nl/>.
9. Baines R. Monitoring adverse events in hospitals: How safe are hospitals for patients? Amsterdam: Vrije Universiteit; 2018.
10. Sheldon T. Dutch study shows that 40% of adverse incidents in hospital are avoidable. BMJ 2007; 334 (7600): 925.
11. Nederlanse Vereniging van Ziekenhuizen. VMS Veiligheidsprogramma. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/vms-veiligheidsprogramma>.
12. Veiligheidsagenda. Tien thema's VMS. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.vmszorg.nl/vms-veiligheidsprogramma/10-themas/>.
13. Veiligheidsagenda. Hämtad 2020-01-20 från <https://www.vmszorg.nl/>.
14. Baines R. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. BMJ Quality & Safety 2015;24(9): 561-71.

Landrapport Norge

Innehåll

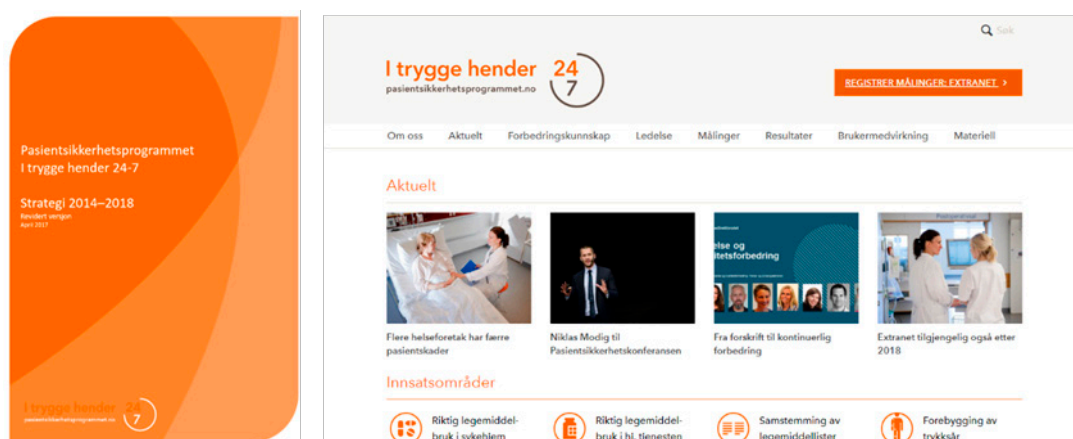
Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta - Norge	4
Det norska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av både statlig och kommunal styrning.....	4
Det nationella patientsäkerhetsarbetet över tid – samlat arbete sedan 2011	5
Styrdokumentens struktur	9
Styrdokumentet består av olika delar som utgår från en övergripande vision	9
Styrdokumentet riktar sig direkt till vård- och omsorgsutförare.....	10
Strategin är relativt kortfattad men texttung medan hemsidan är användarvänlig.....	10
Aktivt kommunikationsarbete ses som ett viktigt redskap för önskat genomslag men det måste kombineras med implementeringsstöd.....	10
Strategin sträcker sig över fyra år	11
Styrdokumentens innehåll.....	12
Den övergripande visionen lägger grunden för konkreta insatser	12
Innehållet indikerar ett avgränsat fokus på patientsäkerhet	13
Styrdokumentet fokuserar tematiskt på såväl utfalls- som framgångsområden	13
Styrdokumentens processer	14
Strategin bygger på den tidigare "patientsäkerhetskampanjen" och har förankrats brett	14
Styrdokumentet beskriver processerna för genomförandet relativt väl	14
Uppföljningen av arbetet beskrivs och den uppges ha flera syften ..	15
Resultaten analyseras och redovisas genom en så kallad "Dashboard"	15
Styrdokumentens resultat.....	17
Någon utvärdering av strategidokumentet eller handlingsplanen har inte identifierats	17
Inga tydliga resultat vad gäller utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet har noterats	17
Nyckelintressenters syn på styrdokumentet	18
Referenser	19

Introduktion

I analysen av Norge fokuserar vi på strategidokumentet ”Strategi 2014–2018 för Patientsäkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7” och den tillhörande hemsidan (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no) (se Figur 1 nedan). Patientsäkerhetsprogrammet är en nationell satsning som initierades av Hälso- och omsorgsdepartementet. Det syftar i korthet till att stimulera ett organiserat och likartat patientsäkerhetsarbete som sträcker sig över hela landet. Den ansvariga styrgruppen för arbetet har tagit fram en strategi för perioden 2014 till 2018, och denna står – tillsammans med programmets hemsida – i fokus för de gjorda analyserna.

Valet att analysera både strategin och hemsidan grundar sig i en samlad bedömning av strategins och hemsidans innehåll. Att uteslutande och enbart fokusera på strategin ger med andra ord inte en fullständig bild av programmets inriktning och genomförande. Vi tolkar det med andra ord som att hemsidan, som bland annat beskriver prioriteringsområden, kompletterar programmets strategi och därför har denna undersökts parallellt. Analysen har även kompletterats med information från genomförd intervju med företrädare från Patientsäkerhetsprogrammet. Nedan redovisas våra slutsatser från gjorda analyser utifrån det tillämpade analysramverket.

Figur 1. Strategi 2014–2018 för Patientsäkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 och den tillhörande hemsidan



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Norge

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	5,3 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	81/84 (2016)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	2,7 (2016)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	8,9 (2013)	

Det norska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av både statlig och kommunal styrning

Likt Sverige är den största delen av sjukvården i Norge skattefinansierad (3). Hälso- och sjukvården delas upp i primärvård (kommunale helsetjenester) och specialistvård (spesialisttjenester). Kommunerna – totalt 430 stycken – ansvarar för finansiering och drift av den norska primärvården samt även omsorgstjänster. De flesta patienter är listade hos en egen primärvårdsläkare. Läkaren är i sin tur antingen egenföretagare eller anställd vid en klinik. Kommunen ansvarar också för att tillhandahålla social omsorg och denna omfattar exempelvis personlig assistans eller äldreomsorg i form av hemtjänst eller äldreboende.

Till skillnad från Sverige är den specialiserade sjukhusvården statlig och styrs inom fyra geografiska regioner som bildar varsitt så kallat ”Regionalt Helseforetak” (RHF). Varje RHF bedriver sjukhusverksamhet, psykiatri, ambulansverksamhet, sjukhusapotek och laboratorium. Samtliga RHF styrs ytterst av Hälso- och omsorgsdepartementet via årliga uppdragsdokument (4).

Dokumentet sammanställer krav och målsättningar som respektive RHF måste uppfylla för att tilldelas sin budget.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet över tid – samlat arbete sedan 2011

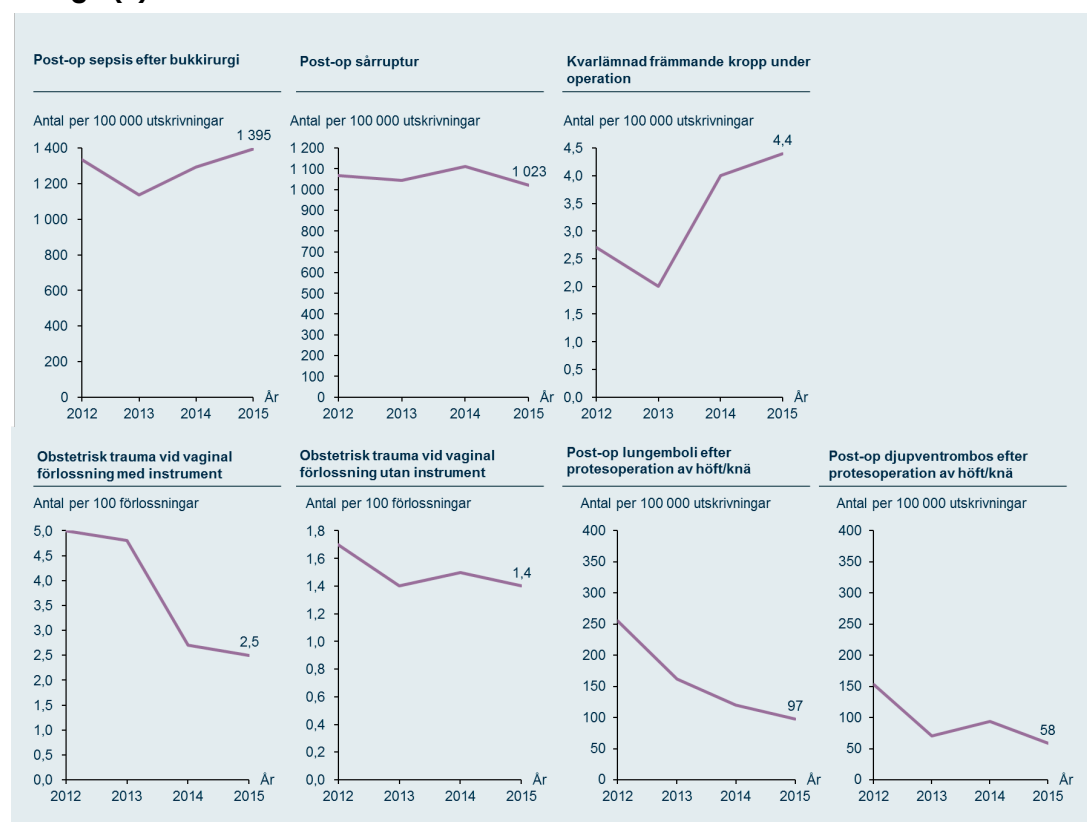
Undersökta patientsäkerhetsindikatorer visar att Norge har en varierande prestation över tid

Analyser av data från OECD (se Figur 3 nedan) visar att Norge har både försämrade och förbättrade utfall över tid inom olika områden. Exempelvis noteras det att två indikatorer inom det kirurgiska området har försämrats de senaste åren. För indikatorn kvarlämnad främmande kropp under operation ses en tydlig ökning i antal fall efter 2013, men samtidigt visar diagrammet att ökningen har planat ut något de senaste åren.

För tre indikatorer ses en tydlig förbättring, dvs. antal fall har minskat, sedan 2012. För exempelvis indikatorn post-operativ lungemboli efter protesoperation av höft eller knä verkar det finnas en positiv trend där antal utfall minskar för varje år.

Sammanfattningsvis ses en förbättring inom flera områden mellan 2012 till 2015, men utifrån enbart denna data är det svårt att uttala sig om någon övergripande trend för utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i Norge.

Figur 3. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD data) över tid i Norge (5)



Ansträngningarna började med en nationell kampanj

År 2009 gav det norska hälso- och omsorgsdepartementet i uppdrag till dåvarande ”Nasjonalt Kunskapscentrum for helsetjenesten”¹ – en enhet inom departementet med uppdraget att stärka kunskapsbasen med fokus på hälso- och sjukvård inom förvaltningen – att utforma en nationell kampanj för patientsäkerhet. (6) Kampanjen drevs sedan av ett särskilt tillsatt sekretariat med placering i det nationella kunskapscentret. Målet för kampanjarbetet definierades av departementet, och detta formulerades som: *”Att minska oönskade händelser på utvalda satsningsområden under kampanjperioden. Åtgärder som implementeras bör vara kunskapsbaserade och resultaten från kampanjinsatsen måste vara mätbara. Målet är också att kampanjen ska ligga till grund för varaktiga resultat, både inom insatsområdena och gällande kvalitet och patientsäkerhet i allmänhet.”*

”Patientsäkerhetkampanjen – I trygge hender” lanserades och påbörjades därefter år 2011 och pågick fram till 2013. Kampanjen innebar i korthet ett mer organiserat patientsäkerhetsarbete på nationell nivå. Den ansvariga styrgruppen ansåg emellertid att tidsramen för arbetet var alltför begränsad för att det skulle få tillräcklig spridning och genomslag. Mot denna bakgrund beslutades, att all verksamhet från kampanjen skulle fortlöpa inom ramen för det så kallade ”Patientsäkerhetsprogrammet – I trygge hender 24/7” 2014–2018. I samband med lanseringen av detta program togs även en tillhörande strategi fram (7). Strategin har sedan 2014 reviderats vid flera tillfällen (8). År 2016 exkluderades exempelvis olika delstrategier och ett skärpt fokus på kommunal omsorg (hälso- och omsorg) med betoning på ”brukarmedverkan” infogades.

Satsningen på patientsäkerhet sker parallellt med annat kvalitetsarbete inom sjukvården

Parallellt med ”Patientsäkerhetsprogrammet” har den norska regeringen också tagit fram ett antal olika strategier och handlingsplaner med fokus på kvalitetsförbättring inom olika områden av hälso- och sjukvården. År 2016 publicerade exempelvis regeringen styrdokumentet: ”Nasjonal helse- og sykehusplan” (9). Planen syftar till att beskriva den övergripande riktningen för den specialiserade sjukhusvården i landet samt hur vårdkvaliteten ska förbättras under perioden 2016–2019. I denna plan lyfts patientsäkerhet fram som ett perspektiv inom en av fyra målformuleringar. Detta uttrycks som att: *”Regeringen vill fortsätta arbetet med att utveckla bra och relevanta mål för kvalitet- och patientsäkerhet i den specialiserade sjukhusvården”*. Patientsäkerhetsperspektivet utgör med andra ord en relativt begränsad del i detta styrdokument, som dessutom endast riktar sig till den specialiserade sjukhusvården.

Exempel på andra styrdokument som beskriver regeringens strategier respektive handlingsplaner för kvalitetsförbättring inom specifika områden som på olika sätt kan relateras till hälso- och sjukvårdens arbete är (10):

¹ Centret heter i dag ”Kunnskapssenteret for helsetjenesten” och ingår som en del i den norska myndigheten Folkehelseinstituttets verksamhet.

- Demensplan 2020.
- Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017.
- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa.
- Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold.
- Nasjonal overdosestrategi.
- Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020.
- Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020.
- Regjeringens strategi for god psykisk helse.
- Regjeringens strategi for ungdomshelse.

Patientsäkerhetsarbetet rapporteras årligen till Stortinget
Sedan år 2014 lägger regeringen årligen fram rapporter till parlamentet (så kallade Melding til Stortinget). Dessa sammanfattar det nationella arbetet inom området ”kvalitet- och patientsäkerhet i sjukvården”. I den senaste rapporten från 2017 (10) lyftes felaktig läkemedelsanvändning och vårdrelaterade infektioner fram som angelägna utmaningar.

Värdet av att etablera en organisation kring det nationella förbättringsarbetet med fokus på patientsäkerhet betonas
I genomförd intervju med företrädare från patientsäkerhetsprogrammet betonas värdet av att bygga och etablera en samlad organisation som samlat arbetar med frågan. Detta särskilt i ett system som präglas av många aktörer och olika nivåer. Det betonas i intervjun att själva styrdokumentet enbart är en del av en helhet och att detta i sig inte kommer att kunna bidra till hållbara förändringar. Vidare lyfts värdet fram av att styra såväl direkt och indirekt. Programmet och styrdokumentet är såväl stöttande som reglerande. Detta givet att det är obligatoriskt för delar av vården att vidta programmets presenterade åtgärder. Kommunala aktörer kan välja att delta i programmet på frivillig basis och enligt intervju-företrädaren har det överlag varit utmanande att få till stånd önskat genomslag på den lokala nivån.

Det pågår ett arbete för att ta fram ett uppdaterat styrdokument för patientsäkerhet

Då nuvarande strategi löper ut under 2018 pågår det, enligt företrädare från patientsäkerhetsprogrammet, ett arbete med att ta fram ett nytt styrdokument. Fokus för den nya strategin/handlingsplanen, som sträcker sig från 2019 till 2023, är att dels överföra det arbete och den kunskap som etablerats under föregående strategiperiod, dels att utöka sjukhusens ansvar för patientsäkerhetsarbetet. Därutöver strävar berörda aktörer efter att rikta ljuset mot nya satsningar och initiativ inom ramen för det uppdaterade styrdokumentet. Företrädare från patientsäkerhetsprogrammet beskriver det som centralt att

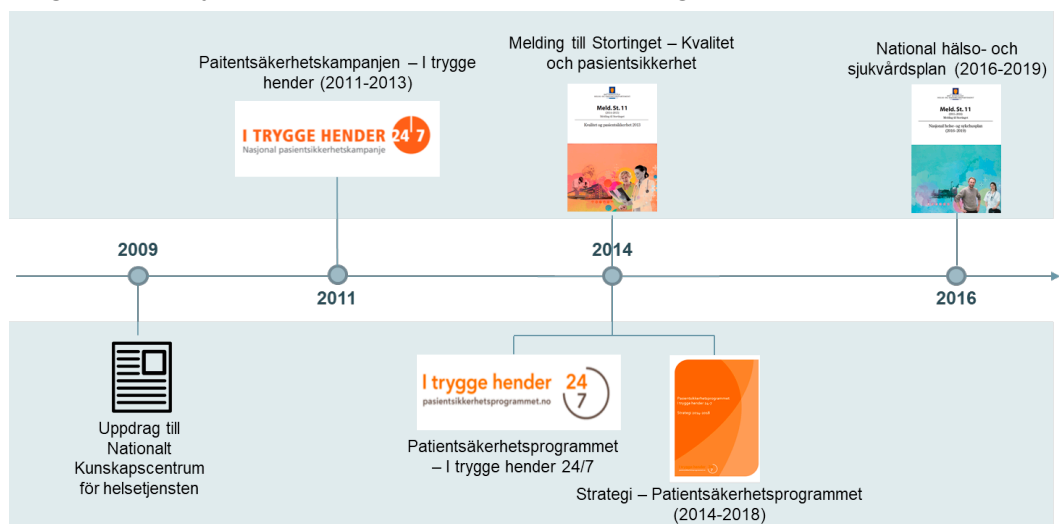
*”Nu handlar det i nästa steg om att **föra över all den kunskap** man byggt upp inom programmet, och att **utöka sjukhusens ansvar**”*

- Företrädare patientsäkerhetsprogrammet

identifiera nya fokusområden i syfte att skapa engagemang och väcka intresse för patientsäkerhetsfrågorna.

I Figur 4 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Norge.

Figur 4. Tidslinje över patientsäkerhetsarbetet i Norge



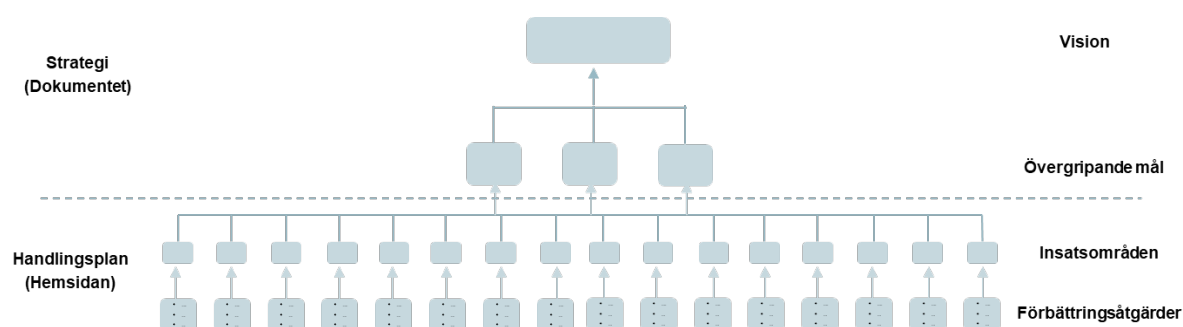
Styrdokumentens struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet ”Strategi 2014–2018 för Patientsäkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7” (8) och den tillhörande hemsidan (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Styrdokumentet består av olika delar som utgår från en övergripande vision

Sammanfattningsvis består strategidokumentet av två olika delar: 1) en vision (Visjon) som vägleder hela programmets arbete och 2) tre övergripande mål (Overordnede mål). På programmets hemsida, det vill säga motsvarigheten till handlingsplan, framkommer också att totalt 16 insatsområden (Innsatsområder) och en rad förbättringsåtgärder (Tiltak) identifierats (se visualisering av strategins struktur i Figur 5 nedan).

Figur 5. Visualisering av styrdokumentets struktur



Strategidokumentet ger en bredare och mer långsiktig vägledning i form av vision och övergripande mål. Informationen på hemsidan, vilken kan ses som en handlingsplan, ger istället mer direkt vägledning genom att beskriva insatsområden samt förslag på konkreta åtgärder. Dokumentet och hemsidan kan sägas komplettera varandra och de ger tillsammans en helhetsbild av den nationella strategin respektive handlingsplanen för patientsäkerhetsarbetet.

Strukturen är till delar tydlig men tolkning behövs för att skapa helhetsbild

Sammanfattningsvis är strukturen som redovisas i strategidokumentet relativt tydlig. Det går att få en uppfattning om hur vision relaterar till övergripande mål. Samtidigt behöver, som tidigare nämnts, bilden kompletteras av uppgifter från hemsidan som beskriver vilka insatsområden som prioriteras samt förbättringsåtgärder som bör genomföras. Strukturen kräver därmed viss

tolkning för att fastställa hur samtliga delar hänger samman och påverkar varandra.

Styrdokumentet riktar sig direkt till vård- och omsorgsutförare

Strategin är inte skuren utifrån eller riktad till olika nivåer (mikro, meso, makro) utan vänder sig uteslutande till vårdgivare på statlig respektive kommunal nivå. Inom den statliga sjukvården, det vill säga specialistvården, är medverkan i förändringsåtgärderna obligatorisk. För kommunernas del är medverkan istället frivillig, men de rekommenderas starkt att försöka implementera programmets åtgärds paket. Detta eftersom åtgärderna kan anses ingå i kommunernas lagreglerade ansvarsområde. I paragraf 4.2 i lagen om kommunala hälso- och omsorgstjänster framgår det exempelvis att kommunerna ska *”arbeta systematiskt för kvalitetsförbättring och patient- och brukarsäkerhet”*.

Strategin är relativt kortfattad men texttung medan hemsidan är användarvänlig

Strategin utgörs av ett Word-dokument på omkring totalt 20 sidor. Den består till största delen av text, det vill säga den saknar visualiserande bilder över strategins olika delar etcetera. Dokumentet kan emellertid beskrivas som relativt tillgängligt då den är tydligt uppdelad med strukturerade huvud- och underrubriker samt är jämförelsevis kortfattad. Hemsidan, som bland annat innehåller insatsområden, kan närmast beskrivas som användarvänlig då det är enkelt att navigera bland de olika rubrikerna för att hitta rätt information. Hemsidan innehåller både text och bilder för att synliggöra patientsäkerhetsprogrammets arbete. Dessutom finns ett på norska kallat ”extranät” där behöriga kan få tillgång till diagram för att följa resultatet av kvalitetsindikatorer. Sidan innehåller även information om aktuella händelser och ett nyhetsflöde som underlättar för användaren att hålla sig uppdaterad kring det löpande patientsäkerhetsarbetet.

Aktivt kommunikationsarbete ses som ett viktigt redskap för önskat genomslag men det måste kombineras med implementeringsstöd

I intervju med företrädare från Patientsäkerhetsprogrammet framkommer att strategiskt kommunikativt arbete ses som ett viktigt medel för att kunna få till stånd hållbara förändringar. Intervjurespondenten betonar att man under arbetets gång har investerat mycket tid i att aktualisera och skapa uppmärksamhet kring patientsäkerhetsfrågorna. Exempelvis bedrivs ett kommunikationsarbete via sociala medier samt digitala kanaler såsom Facebook, Twitter och programmets hemsida. Det beskrivs att byggandet av varumärket behövs för att skapa en igenkänningsfaktor. Det räcker enligt intervjurespondenten inte med att enbart ta fram ett styrdokument för att önskat genomslag ska kunna nås.

Samtidigt som vikten av aktivt kommunikationsarbete betonas, poängterar den intervjuade företrädaren för patientsäkerhetsprogrammet, att kommunikation enbart inte kan ersätta etableringen av goda förutsättningar för genomförande. Exempelvis behövs stödjande insatser parallellt såsom underlag eller verktyg för förbättringsarbete.

*"Det är jätteviktigt att bedriva ett **aktivt kommunikationsarbete**. Lika viktigt är det dock att **främja en god implementeringsmiljö**. Vi måste nå ut och stötta berörda **aktörer**"*

- Företrädare patientsäkerhetsprogrammet

Strategin sträcker sig över fyra år

Strategin togs fram år 2014 och sträcker sig fram till 2018. Det framkommer inte i varken de undersökta underlagen eller i genomförd intervju varför denna strategiperiod ursprungligen valdes. Då strategin löper ut under 2018 pågår för närvarande, som tidigare nämnts, ett arbete för att ta fram en ny nationell strategi/handlingsplan för förbättrad patientsäkerhet.

Styrdokumentens innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet ”Strategi 2014–2018 för Patientsäkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7” (8) och den tillhörande hemsidan (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Den övergripande visionen lägger grunden för konkreta insatser

Visionen som presenteras i strategin är formulerad som: ”Patienter, brukare och närstående ska uppleva att Norge har världens säkraste hälso- och sjukvård.” För att mer konkret kunna arbeta mot visionen, har denna brutits ner till tre övergripande mål. Dessa mål är:

1. Reducera patientskador
2. Bygga varaktiga strukturer för patientsäkerhet
3. Förbättra patientsäkerhetskulturen

Därutöver listas på hemsidan, det vill säga i handlingsplanen, mer konkreta insatsområden som åtgärder ska bedrivas inom. Områdena beskrivs som angelägna för att få till stånd en förbättring på klinisk nivå. Insatsområdena är:

- Trygg kirurgi, med särskilt fokus på postoperativa sårinfektioner
- Avstämning av läkemedelslistor
- Korrekt läkemedelsanvändning i vårdhem (boende)
- Avstämning av läkemedelslistor och korrekt läkemedelsanvändning i hemtjänsten
- Behandling av stroke
- Förebyggande av självmord i dagpsykiatriska avdelningar
- Förebyggande av dödsfall i överdosering efter utskrivning från institution
- Förebyggande av infektion i central venkateter
- Förebyggande av trycksår
- Förebyggande av fall i vårdinrättningar
- Förebyggande av urinvägsinfektioner i samband med kateterbruk
- Hantering av patientsäkerhet
- Tidig upptäckt av försämrat tillstånd
- Tidig upptäckt och behandling av sepsis
- Förebyggande och behandling av undernäring
- Trygg utskrivning med patienten som likvärdig part

Dessa insatsområden identifierades av styrgruppen, arbetsgrupper och expertgrupper genom en formaliserad konsensusprocess (processerna för strategins och handlingsplanens framtagande beskrivs närmare under rubrik ”Strategins processer”) där man värderade de områden som skulle ingå i kampanjen utifrån följande kriterier:

1. Områden med stor potential för klinisk förbättring i Norge
2. Åtgärder som har dokumenterad effektivitet
3. Det finns bra data och metoder för att utvärdera effekter av åtgärderna
4. Det finns stöd i norska akademiska miljöer

Inom ramen för respektive område ryms även, som tidigare nämnts, en rad konkreta åtgärder som vårdgivarna kan eller ska vidta för att åstadkomma förändring. Även åtgärderna presenteras på programmets hemsida (motsvarigheten till handlingsplan) (11).

Vikten av att definiera tydliga mål betonas

I intervju med företrädare från patientsäkerhetsprogrammet betonas värdet av att formulera tydliga och uppföljningsbara mål i ett tidigt skede. Gemensamma målsättningar med fokus på angeläget innehåll skapar förutsättningar för både strategisk styrning där samtliga berörda aktörer arbetar i en samlad riktning och möjliggör önskat genomslag.

Innehållet indikerar ett avgränsat fokus på patientsäkerhet

I styrdokumentet tillämpas, utifrån en bedömning av det huvudsakliga innehållet, en förhållandevis smal syn på patientsäkerhet. Dokumentet fokuserar i huvudsak på skydd mot och minimering av vårdrelaterade skador snarare än på att överlag förbättra vårdens kvalitet. Ansatsen liknar med andra ord den svenska patientsäkerhetslagens definitioner och målsättningar.

Styrdokumentet fokuserar tematiskt på såväl utfalls- som framgångsområden

Utifrån ovanstående blir det tydligt att man inom ramen för strategin och handlingsplanen inte uteslutande valt att inrikta arbetet på en särskild tematisk ansats. Istället kombineras i viss mån utfallsområden (exempelvis ”trycksår” eller ”infektioner”) med framgångsområden (”patientsäkerhetskultur” eller ”patientdelaktighet”). I intervju med företrädare från patientsäkerhetsprogrammet framkommer att gapanalyser ligger till grund för styrdokumentens tematiska fokus. Vidare lyfter intervjurespondenten att det finns tankar om att utgå från en bredare tematisk ansats i den uppdaterade strategin som ersätter den nuvarande.

”Vi valde ut tematiska områden utifrån kartläggningar och analyser av riskområden”

- Företrädare patientsäkerhetsprogrammet

Styrdokumentens processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet ”Strategi 2014–2018 för Patientsäkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7” (8) och den tillhörande hemsidan (www.pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Strategin bygger på den tidigare ”pasientsikkerhetskampanjen” och har förankrats brett

Strategins övergripande vision, huvudmål och prioriteringsområden har sin grund i den tidigare ”pasientsikkerhetskampanjen” som bedrevs från 2011–2013. Programmets styrgrupp är relativt bred och består av företrädare från både professionen, fackföreningar, brukarföreningar och folkhälsoinstitutet. Styrgruppen har, tillsammans med expertråd, arbetat fram strategins övergripande mål. Därutöver har samtliga vårdgivare i Norge inkluderats i identifieringen av insatsområden på nationell nivå.

En av huvudprinciperna för programmet är att det är till för patienter och brukare, varför medverkan av patient- och brukarorganisationer har varit central i utvecklingen av alla åtgärdsförslag. Man har därför till exempel involverat patient- och brukarföreträdare i organisationens olika organ – från styrgrupp till rådgivande organ och expertgrupper. Framtagandet av strategin kan därmed sägas ha baserats på en relativt bred konsultativ process. Som en del i arbetet sammanställdes, enligt intervjuade företrädare, även information från andra nationella patientsäkerhetskampanjer, exempelvis från Kanada, Danmark, England, Skottland och USA.

Styrdokumentet beskriver processerna för genomförandet relativt väl

När det kommer till själva genomförandet, det vill säga förverkligandet av vision, övergripande mål etcetera, framgår det bland annat av strategin att varje enskild vårdgivare inom den specialiserade vården ska utse ansvariga för patientsäkerhetsarbetet. Personen som utses har i uppgift att säkerställa att programmet sprids till samtliga relevanta avdelningar. Den ansvarige personen ska även se till att programmets åtgärder prövas, implementeras och sprids inom verksamheten. Vårdgivarna ska dokumentera implementeringsarbetet och rapportera sina resultat till nationella register enligt givna kriterier.

Vård och omsorgsgivare inom kommunen kan på frivillig basis välja om de vill ingå i programmet, men de rekommenderas som tidigare nämnt ändå starkt att påbörja implementering av åtgärderna. Detta då åtgärdsförslagen ligger i linje med vad som framgår av den aktuella lagstiftningen på området

enligt paragraf 4.2 i Lagen om Kommunala Hälso- och omsorgstjänster som beskriver att kommunen ska ”jobba systematiskt för kvalitetsförbättring och patient-och brukarsäkerhet”.

I strategin framgår också att en konkret handlingsplan ska utformas för hur arbetet ska genomföras. Något sådant dokument har dock inte lokaliserats inom ramen för den genomförda analysen.

Det ansvariga sekretariatet ska även underlätta patientsäkerhetsarbetet för samtliga vård- och omsorgsgivare. Detta görs bland annat genom ett särskilt träningsprogram. Lärande nätverk har också upprättats i syfte att utbilda sjukvårdspersonal i att själva utföra strukturerat patientsäkerhetsarbete.

Mål för genomförandet har formulerats, och dessa är:

- **Inom specialistsjukvården (obligatoriskt):** Alla relevanta åtgärds paket ska testas, implementeras och spridas till alla relevanta enheter/avdelningar innan 2016.
- **Inom kommunala hälso- och omsorgstjänster (frivilligt):** Ansträngningar ska initieras på minst ett insatsområde i 75 procent av kommunerna fram till slutet av 2018. ”Korrekt läkemedelsanvändning” är det område som prioriteras högst på kommunal nivå.

Uppföljningen av arbetet beskrivs och den uppges ha flera syften

Uppföljningen av arbetet har två syften. Den syftar dels till att utvärdera själva ”Patientsäkerhetsprogrammet” och dess verksamhet, dels till att följa upp resultatet av vissa indikatorer för patientsäkerhet på nationell nivå. När det kommer till utvärdering av själva programmet framgår av strategidokumentet att en extern aktör, bekostad av Helse direktoratet (en myndighet som lyder under Hälso- och omsorgsdepartementet), ska genomföra utvärderingen. På programmets hemsida finns en delrapport som är genomförd av en extern aktör (12). En slutrapport av det samlade arbetet förväntas publiceras 2019.

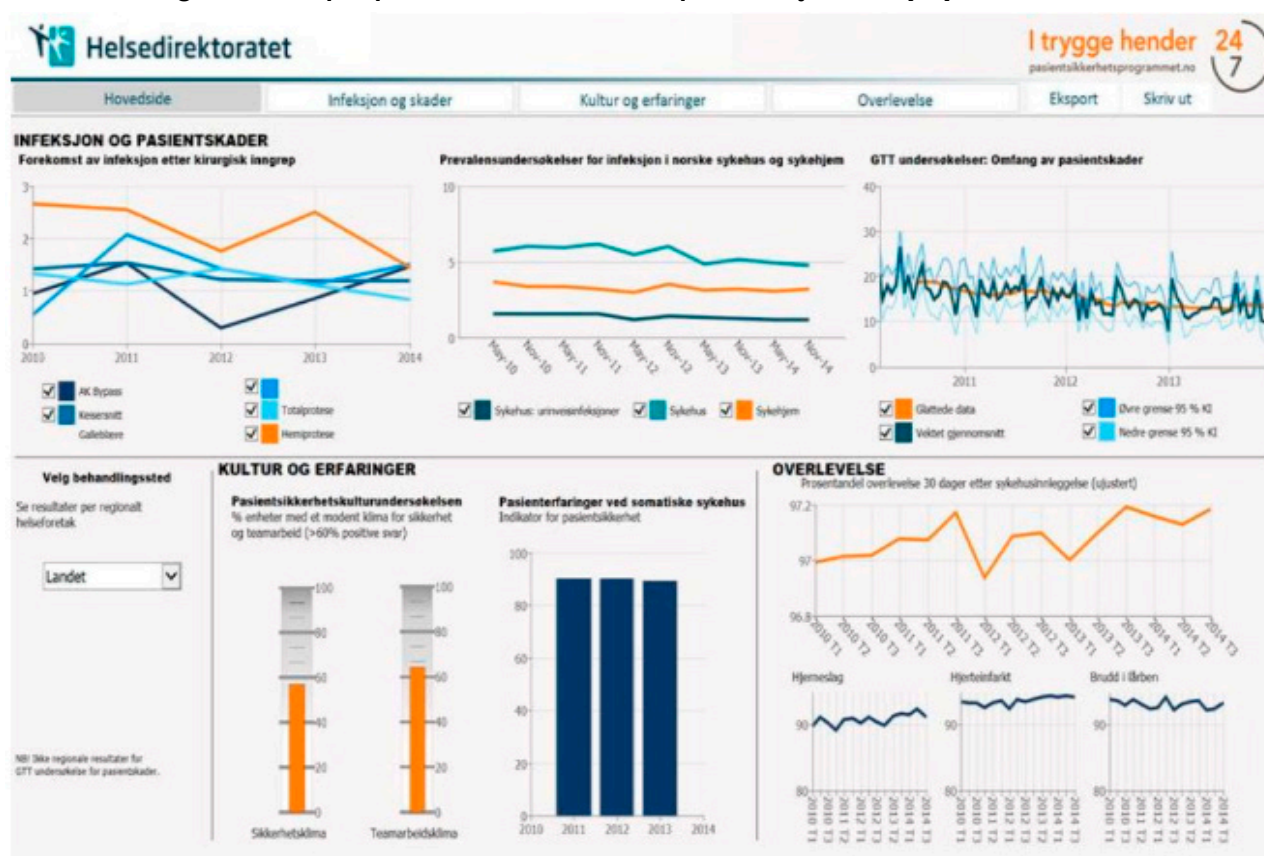
Resultaten analyseras och redovisas genom en så kallad ”Dashboard”

Vad gäller uppföljning av resultat inom patientsäkerhetsområdet så finns det inte en enskild indikator som speglar utfallet för det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Mot denna bakgrund har, vilket också framgår som en ambition i strategidokumentet, en så kallad ”Dashboard” upprättats för redovisning och analys av resultaten (en för specialistsjukvården och en för kommunal vård och omsorg). ”Dashboarden” kan närmast beskrivas som ett verktyg för visualisering av utvalda nationella kvalitetsindikatorer (se Figur 6 nedan) med koppling till patientsäkerhet. Ett nationellt målvärde sätts för varje enskild indikator – ett värde som gäller för en hel programperiod. Resultatet som analyseras för att kunna bedöma utfall, hämtas i regel genom journalgenomgångar.

De nationella kvalitetsindikatorerna, inklusive det fastställda målvärdet för respektive indikator, är:

- **Patientskador:** Att reducera skador med 25 procent till år 2018.
- **Infektioner:** Att reducera post-op infektioner efter höftprotes, kejsarsnitt och kolecystektomi med 25 procent samt reducera UVI på sjukhus med 25 procent till år 2018.
- **30-dagar överlevnad:** Ska öka med två procent efter höftfraktur och med tre procent efter inläggning efter stroke samt allmän inläggning på sjukhus till år 2018.
- **Patientsäkerhetskultur:** Minst 70 procent respons på "Pasientsikkerhetskulturundersökelsen" som går ut till medarbetare på sjukhusen till år 2018. Minst 70 procent av medarbetarna ska uppleva ett bra team-work klimat och 60 procent av medarbetarna ska uppleva ett bra säkerhetsklimat på enheterna till år 2018.
- **Patientupplevelse:** 90,4 procent av patienterna ska uppleva att det är patientsäkert enligt den årliga nationella rapporten för patientupplevelser i norska sjukhus (PasOPP-rapport).

Figur 6. Exempel på en "Dashboard" för specialistsjukvård (13)



Styrdokumentens resultat

Nedan presenteras strategins eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till strategin eller mer till styrningen eller organiseringen i stort?

Någon utvärdering av strategidokumentet eller handlingsplanen har inte identifierats

Det verkar inte ha gjorts någon utvärdering med fokus på själva strategin eller handlingsplanen, det vill säga om dessa underlag påverkat programmets arbete eller utfall på olika sätt. Däremot har programmet utvärderats i sin helhet genom både intervjuer och enkätstudier. Respondenterna i utvärderingen är de medarbetare som jobbar i hälso- och sjukvårdsverksamheterna. I en utvärderingsdelrapport från 2017 (12) framgår att:

- 52 procent av respondenterna inom primärvården (som medverkat i undersökningen) respektive 54 procent av respondenterna inom specialistvården (som medverkat i undersökningen) uppger att patientsäkerhetsprogrammet har resulterat i förändringsbeteende hos ledare.
- Omkring 60 procent av respondenterna anser att programmet har bidragit till att patientsäkerhet står högt i dagordningen på deras enheter.
- Majoriteten av respondenterna tycker att patientsäkerhetsprogrammet har bidragit till ökad patientsäkerhet.

I delrapporten presenteras också en del förslag kring hur programmet ska kunna få ännu större genomslag. Här lyfts exempelvis fram att programmet bör satsa mer på lokal ledarskapsförankring och att det krävs ytterligare insatser för att engagera läkare mer i patientsäkerhetsarbetet.

Inga tydliga resultat vad gäller utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet har noterats

Det verkar som att det än så länge inte gjorts några breda nationella utvärderingar inom patientsäkerhet som helhet, exempelvis kopplat till programmets arbete. I den senaste upplagan av regeringens rapportering till riksdagen om kvalitet och patientsäkerhet ("Melding till Stortinget") beskrivs att utvecklingen överlag har gått i rätt riktning (10). Här förklaras emellertid inte vad utvecklingen består av, det vill säga vilka indikatorer som analyserats eller över hur lång tidsperiod. Det enda utfall som lyfts fram som tydligt kan kopplas till patientsäkerhetsområdet är resultat gällande vårdrelaterade infektioner i slutenvården. Här kan en marginell ökning ses – från 3,5 till 3,7 procent mellan år 2015 till år 2016.

Det är med andra ord svårt att dra några tydliga övergripande slutsatser kring utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet på nationell nivå enbart baserat på rapportens innehåll.

Det nationella programmet verkar ha bidragit till att sätta patientsäkerhet på agendan

Enligt intervjuade företrädare har det nationella patientsäkerhetsarbetet bidragit till att generellt göra patientsäkerhet till en mer prioriterad och uppmärksam fråga. Intervjurespondenten lyfter att det nationella samlade arbetet har inneburit en förändring i synen på patientsäkerhet tvärs olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns utifrån detta en uppfattning om att det nationella arbetet bidragit till en positiv förändring med avseende på patientsäkerhetskulturen inom vårdnära verksamheter.

Nyckelintressenters syn på styrdokumentet

I genomförd analys framkommer att berörda nyckelintressenter generellt varit positiva till styrdokumentet, och inget direkt motstånd har uttryckts. Enligt intervjurespondenten beror detta framför allt på att det finns en allmän vilja bland vårdgivare att arbeta med patientsäkerhet, inte minst som en del i att förbättra vården. Det finns med andra ord ett tydligt ägarskap på olika nivåer.

"Nyckelintressenter har generellt varit positiva och detta tror jag beror på att man vill arbeta för en förbättrad patientsäkerhet. Det finns ett ägarskap för frågan"

- Företrädare patientsäkerhetsprogrammet

Referenser

1. Country Note: How does health spending in Norway compete? OECD; 2015.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.healthdata.org/norway>.
3. The Commonwealth Fund. Hämtad 2020-01-16 från <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>.
4. Regeringen.no. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>.
5. OECD.Stat: Health Care Quality Indicators. Hämtad 2020-01-16 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.
6. Slutrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7; 2014.
7. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 Strategi 2014-2018. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7; 2014.
8. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 Strategi 2014-2018, revidert versjon . Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7; 2017.
9. Meld.St.11 2015/16: Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement; 2015.
10. Medl.St.6 2017/18: Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement; 2017.
11. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>.
12. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7: Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet, devaluering 2. Deloitte; 2017.
13. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/m%C3%A5linger/dashboard/dashboard-spesialisthelsetjeneste>.

Landrapport Nya Zeeland

Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta – Nya Zeeland.....	4
Hälso- och sjukvårdssystemet är offentligt finansierat och präglas av nationell styrning	4
Ett nationellt patientsäkerhetsarbete påbörjades år 2000 genom framtagande av en nationell strategi	5
Styrdokumentets struktur	9
Avsiktsförklaringen innehåller övergripande beskrivning av önskade prestationer	9
Styrdokumentet riktar sig till olika nivåer – från patienter och medarbetare till beslutsfattare på nationell nivå.....	10
Styrdokumentet är omfattande men samtidigt relativt lättillgängligt	10
Kommissionen har en genomtänkt kommunikationsstrategi	11
Tidsramarna för styrdokumentet är satta utifrån krav i aktuell lagstiftning	11
Styrdokumentets innehåll.....	12
Avsiktsförklaringen fokuserar generellt på vårdkvalitet där patientsäkerhet lyfts fram som en central del.....	12
Styrdokumentet utgår från en avgränsad syn på patientsäkerhet men relaterar till förbättrad vårdkvalitet	14
Styrdokumentet har ett huvudsakligt tematiskt fokus på utfallsområden och framgångsområden	15
Styrdokumentets processer	16
Beskrivningen av hur styrdokumentet har tagits fram är översiktlig....	16
Genomförandet beskrivs på olika sätt i flera dokument.....	17
Kommissionen arbetar på olika sätt med uppföljning.....	20
Styrdokumentets resultat.....	21
Ingen utvärdering av styrdokumentet har identifierats men uppgifter om uppnådda resultat finns	21
Nyckelintressenters syn på styrdokumentet	22
Referenser	23

Introduktion

I analysen av Nya Zeeland fokuserar vi i huvudsak på ett styrdokument från den så kallade "Health Quality and Safety Commission" (benämns som kommissionen härnäst). Kommissionen arbetar bland annat med patientsäkerhet på nationell nivå. Dokumentet som analyserats inom ramen för denna landrapport heter "Statement of Intent 2017-21", det vill säga ett slags avsiktsförklaring (se figur 1 nedan). Vår bedömning är att underlaget kan ses som den övergripande strategin för kommissionens patientsäkerhetsarbete – en tolkning som även stämts av med intervjuade kommissionsföreträdare.

Då kommissionen är ett betydande offentligt organ inom det studerade området och eftersom det nationella patientsäkerhetsarbetet i huvudsak utgår från kommissionens verksamhet har avsiktsförklaringen valts ut för fördjupad analys. Analysen har även kompletterats med uppgifter från genomförd intervju med företrädare från kommissionen. Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. Statement of Intent 2017-21 för "Health Quality and Safety Commission"



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Nya Zeeland

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1), (2)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	4,6 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79,5/83,4 (2016)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	5,6 (2016)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	9,34 (2015)	

Hälso- och sjukvårdssystemet är offentligt finansierat och präglas av nationell styrning

I Nya Zeeland finansieras hälso- och sjukvården till största delen av offentliga medel (3). Inom det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet ryms primärvård, specialiserad vård, förebyggande vårdinsatser, vissa receptbelagda läkemedel, barntandvård samt vissa sociala tjänster i form av hemtjänst, tjänster för funktionshindrade och omsorg.

Regeringen styr utifrån befintlig lagstiftning hälso- och sjukvården genom det nationella hälsoministeriet (Ministry of Health) och fördelar offentliga medel till verksamheterna.

Vidare finns särskilda regionala hälsoenheter vilka benämns som: "District Health Boards" (DHB). Enheterna ansvarar, inom sina respektive geografiska områden, för organisering och utförande av både vården och delar av omsorgen. Deras verksamhet utgår från regeringens nationella krav på området och hälsoministeriet utövar tillsyn av enheterna. Primärvården organiseras genom särskilda primärvårdsorganisationer, så kallade "Primary Health Organisations" (PHO). Primärvårdsorganisationerna har särskilda avtal med

DHB-enheterna och de har bland annat till uppgift att stötta landets primärvårdsmottagningar.

Samtliga medborgare har tillgång till offentligt finansierad sjukvård. Specialistvården är avgiftsfri medan patienten måste betala en avgift inom primärvården. Nivån för denna sätts av den enskilda mottagningen. Utöver den offentligt finansierade hälso- och sjukvården finns möjligheter för patienter att köpa kompletterande sjukförsäkringar som bland annat täcker elektiv kirurgi och besök hos privata specialister. Det finns även ett särskilt organ för finansiering av sjukvårdskostnader i samband med olycksrelaterade skador eller tillstånd – det så kallade ”Accident Compensation Corporation” (ACC) (4).

Ett nationellt patientsäkerhetsarbete påbörjades år 2000 genom framtagande av en nationell strategi

År 2000 publicerade regeringen, genom hälsoministeriet, för första gången en nationell strategi för hälso- och sjukvården samt delar av omsorgen¹ i landet (5). I strategin – ”The New Zealand Health Strategy” – redovisades bland annat nationella mål för den samlade hälsoutvecklingen respektive för sjukvård- och omsorg. Målsättningarna rörde bland annat kvalitetsutveckling och här lyftes patientsäkerhet fram som en del. Exempelvis betonades behovet av att minska vårdrelaterade skador.

Året därpå, det vill säga år 2001 stiftades en ny lag i Nya Zeeland kallad ”The Health and Disability Services (Safety) Act” (6). I och med den nya lagstiftningen blev patient- respektive brukarsäkerhetsarbete obligatoriskt inom vård och omsorg, vilket på många sätt innebar ett betydande skifte för området. Lagen syftade i korthet till att premiera och stärka säkerhetsperspektivet i verksamheterna. I korthet innebar detta att vårdgivarna blev ytterst ansvariga för att genomgående tillhandahålla en säker vård- och omsorg samt att kontinuerligt arbeta med kvalitetsutveckling.

En nationell kommission för kvalitet och säkerhet som ska stötta berörda aktörer bildades år 2010

År 2010 bildades, på regeringens initiativ, det statliga organet: ”The Health Quality and Safety Commission New Zealand” (7). Syftet var att genom kommissionen förbättra förutsättningarna för ett mer systematiskt, sammanhållet och samordnat arbete på nationell nivå med fokus på kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården samt delar av omsorgen.

Kommissionen beskrivs, i genomförda intervjuer, ha ett särskilt mandat inom området och ett nära samarbete med hälsoministeriet. Enligt intervjuade företrädare består kommissionens uppdrag av två huvudsakliga delar: 1) att ta fram och utveckla mätmetoder samt kvalitets- och säkerhetsindikatorer för hälso- och sjukvården/omsorgen samt 2) att stödja enskilda vårdgivare i förbättringsarbetet med fokus på kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, exempelvis vad gäller identifiering av utvecklingsområden. Inledningsvis definierade regeringen vilka områden kommissionen skulle prioritera inom ramen för sin verksamhet. Med tiden har kommissionens handlingsutrymme

¹ Not: Den sociala omsorgen syftar på äldreomsorg samt tjänster för funktionshindrade (disability services)

emellertid ökat och i dag formuleras prioriteringsområden i samråd med regeringen.

Kommissionen har inga regulativa befogenheter, det vill säga den har ingen möjlighet att ge bindande direktiv till vård- och omsorgsarbete. Istället har kommissionen framför allt en stödjande roll gentemot vårdgivare och arbetet bedrivs genom samarbete mellan olika berörda aktörer. Därutöver strävar kommissionen i allmän mening efter att påverka beslut inom kvalitets- och säkerhetsområdet på olika nivåer. Detta för att kunna bidra till centrala förändringar. Uppdragsbeskrivningen ligger i linje med bilden som ges i intervjuer med företrädare från kommissionen.

*"Vi har **inget reglerande mandat** utan arbetar med att **stötta utförarna**. Det är i dessa delar vi kan **påverka och göra skillnad** och vi måste ständigt **bevisa vårt värde** uppåt i ledet"*

- Företrädare Nya Zeeland

Sedan bildandet år 2010 har kommissionen på olika sätt arbetat för kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården på nationell nivå, bland annat genom en rad olika program (8). Ett exempel är kampanjen "Open for Better Care" (2013-2016) som fokuserade på att minska skador inom områdena vårdrelaterade infektioner, kirurgi och läkemedel. Ytterligare ett exempel är programmet "The Adverse Events Learning Programme". Detta syftar till att stödja vårdgivarna i utvecklingen av arbetssätt för rapportering, granskning, erfarenhetsåterföring och lärande i samband med vårdavvikelser.

För att underlätta arbetet med kvalitets- och säkerhetsförbättring utvecklade kommissionen ett särskilt ramverk. Detta publicerades år 2016 i dokumentet "From knowledge to action – A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system" (9). Ramverket förtydligar bland annat roll- och ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården med fokus på kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Enkelt uttryckt beskrivs det vad vårdpersonal eller verksamhetschefer i vården kan göra för att stärka kvalitets- eller säkerhetskulturen. Ramverket beskrivs i genomförda intervjuer vara en av flera liknande riktlinjer eller beslutsstöd som kommissionen tar fram för att kunna stödja vårdgivare och utförare i arbetet med att åstadkomma en förbättrad kvalitet och patientsäkerhet.

*"Ramverket ska ses som en **kunskapskälla** för att att **utbilda** aktörer inom hälso-och sjukvården till att **förstå deras roller** inom kvalitets-och säkerhetsarbete"*

- Företrädare Nya Zeeland

Den nationella hälsostrategin uppdaterades år 2016

Under år 2016 uppdaterade regeringen också den övergripande strategin för kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården i landet – ”The New Zealand Health Strategy” (5) och en ny version publicerades. Denna strategi består av två huvudsakliga delar. Den första delen anger riktningen för hälso- och sjukvården i Nya Zeeland de kommande tio åren (”Future direction”) (10). Här identifieras fem strategiska teman som ska präglade sjukvårdens framtida utveckling. Dessa är: 1) drivet av folket (people-powered), 2) nära vård (closer to home), 3) värde och goda prestationer (value and high performance), 4) ett lag (one team) och 5) smarta system (smart systems).

Strategins andra del kallas för ”Roadmap of actions” (11). Denna kan närmast beskrivas som en handlingsplan för att nå målen inom de fem strategiska teman som lyfts fram i dokumentets första del. Inom ramen för temat, som belyser värde och goda prestationer, lyfts patientsäkerhetsperspektivet fram. Här redovisas även tre övergripande mål skuret på tre olika nivåer (mikro/meso/makro) där patientsäkerhet ingår som en del.

I strategins andra del (det vill säga ”Roadmap to Actions”) görs även andra kopplingar till patientsäkerhetsperspektivet genom åtgärdsförslag med fokus på förbättrade säkerhetssystem. Sammanfattningsvis är patientsäkerhet en av flera delar i Nya Zeelands nationella hälsostrategi.

Kommissionen är skyldig att rapportera sin verksamhet till regeringen

Lagstiftning kräver att kommissionen på regelbunden basis tar fram en mer långsiktig avsiktsförklaring som anger övergripande riktning för verksamheten under de kommande åren. Mot denna bakgrund publicerade kommissionen år 2017 en så kallad avsiktsförklaring (”Statement of Intent 2017–2021”) (12). I denna redovisas bland annat strategiska prioriteringar och mål för kommissionens arbete. Då kommissionens uppdrag till stora delar omfattar patientsäkerhetsperspektivet, ges detta område relativt stort utrymme i avsiktsförklaringen. Avsiktsförklaringen kan ses som organisationens strategi för genomförandet och förverkligandet av regeringens övergripande styrdokument: ”The New Zealand Health Strategy”. Därigenom kan det även beskrivas som en nationell strategi för förbättrad patientsäkerhet, något som också bekräftas i genomförda intervjuer med företrädare från kommissionen.

Därutöver kräver även lagstiftningen att kommissionen tar fram årliga prestationsplaner – så kallade ”Statement of performance expectations (SPE)” (13). Detta dokument länkas samman med avsiktsförklaringen samt den övergripande strategin och beskriver konkreta aktiviteter som kommissionen ska vidta under året för att på bästa sätt svara upp mot sitt uppdrag. Dokumentet innehåller även en finansiell plan för det kommande året med uppgifter om förväntade intäkter och utgifter. Det syftar med andra ord till att ge regeringen en tydlig bild av vilka prestationer som planeras från kommissionens sida under året och kan närmast liknas vid en slags verksamhetsplan.

Sammanfattningsvis tar kommissionen regelbundet fram en mängd olika interna och externa styrdokument som anger riktningen för organisationens arbete såväl på kort- som på lång sikt.

"Vi måste enligt lag ha en mer långsiktig avsiktsförklaring som täcker ungefär tre till fyra år. Detta anger vårt strategiska fokus för perioden. Sen upprättar vi årliga prestationsplaner (SPE) som mer kan liknas vid handlingsplaner och utifrån innehållet i dessa ställs vi till svars"

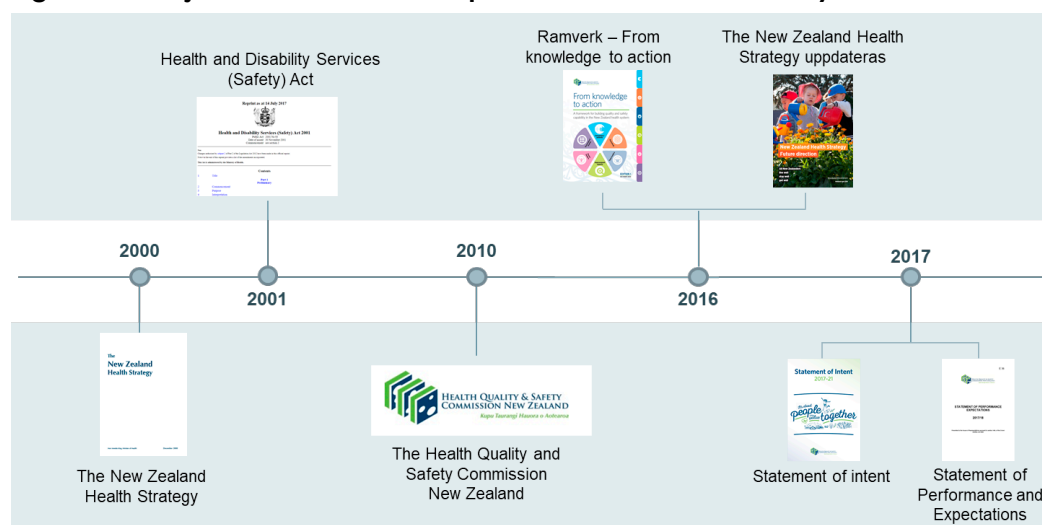
- Företrädare kommissionen

Eftersom kommissionen har en särskild roll vad gäller kvalitetsutveckling och arbetet för förbättrad patientsäkerhet på nationell nivå, har vi valt att särskilt att fokusera på avsiktsförklaringen för 2017–2021 ("Statement of Intent 2017–21") (12). Trots att avsiktsförklaringen är ett internt styrdokument kan det som tidigare nämnts liknas vid en nationell strategi för patientsäkerhetsarbetet på en övergripande nivå.

Intervjuade kommissionsföreträdare uppmanade oss även att undersöka den årliga prestationsplanen ("Statement of performance expectations 2017/18") (13) som ett kortsiktigt och mer konkret komplement (handlingsplan) till den undersökta avsiktsförklaringen. Efter att ha tagit del av prestationsplanens innehåll blev det emellertid tydligt att denna till största del beskriver kommissionens interna aktiviteter. Detta snarare än att ange riktning för hur förbättrings- och förändringsarbete ska eller bör ske på lägre mer operativa nivåer. Mot denna bakgrund gjordes bedömningen att fördjupad analys av detta dokument inte skulle bidra till relevanta insikter. Då prestationsplanen till stora delar innehåller vissa centrala processer, belyser vi istället delar av dess innehåll under rubrik "I den årliga prestationsplanen förtydligas genomförandeprocesserna".

I Figur 3 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Nya Zeeland.

Figur 3. Tidslinje över det nationella patientsäkerhetsarbetet i Nya Zeeland



Styrdokumentets struktur

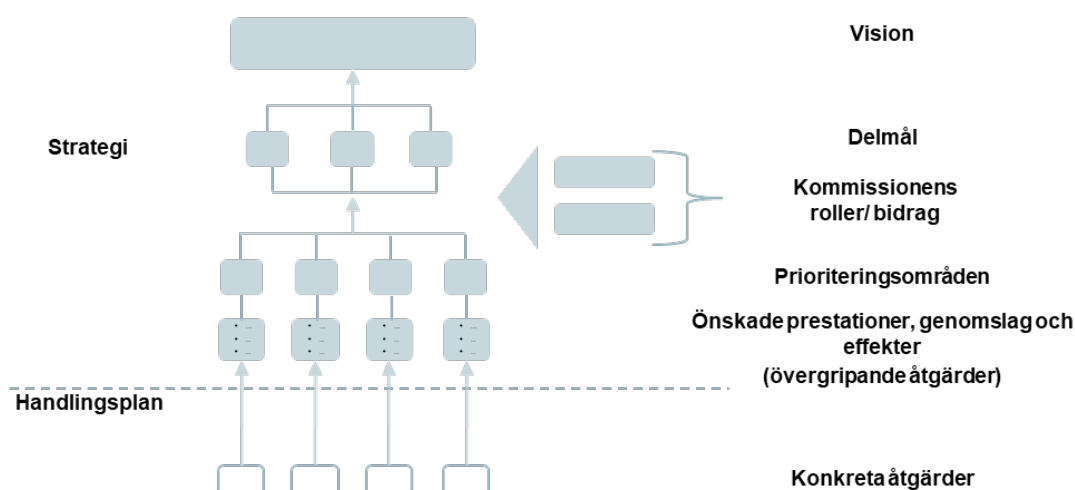
I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här den analyserade avsiktsförklaringen ”Statement of Intent 2017–21” (12).

Avsiktsförklaringen innehåller övergripande beskrivning av önskade prestationer

Det undersökta styrdokumentet – ”Statement of Intent” (avsiktsförklaringen) – som i viss utsträckning kan beskrivas som en övergripande strategi för kommissionens arbete, består sammanfattningsvis av fem huvudsakliga delar: 1) en vision, 2) tre övergripande delmål för förbättrad kvalitet utifrån tre nivåer (vad som kan benämnas för mikro/meso/makro-nivå), 3) fyra strategiska prioriteringsområden, 4) beskrivning av önskade prestationer (vilket även kan ses som åtgärdsförslag), genomslag och effekter inom respektive prioriteringsområde samt 5) en kategorisering av kommissionens huvudsakliga roller/bidrag (”contributions”) för att bidra till förbättrad kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården samt delar av den sociala omsorgen. Därutöver beskrivs kommissionens arbetssätt på en övergripande nivå.

Avsiktsförklaringen innehåller med andra ord inga konkreta åtgärdsförslag som framför allt riktar sig till mer operativa nivåer för hur patientsäkerhetsarbetet kan förbättras under året. En visualisering av avsiktsförklaringens struktur kan ses i Figur 4.

Figur 4. Visualisering av styrdokumentets struktur



Avsiktsförklaringens struktur kan framför allt liknas vid en strategi men innehåller vissa delar som kan relateras till en handlingsplan

Avsiktsförklaringen består sammanfattningsvis både av delar som kan relateras till en övergripande strategi och något mer konkreta styrdokument såsom en handlingsplan. Exempelvis redovisas en vision, övergripande delmål och prioriteringsområden vilka framför allt kan relateras till ett övergripande strategidokument. Samtidigt beskrivs till exempel önskade prestationer vilket även ger en övergripande bild av möjliga aktiviteter och åtgärder, som i högre utsträckning kan förknippas med en handlingsplan. Samtidigt är beskrivningen av önskade prestationer etcetera relativt generell och ger, som tidigare nämnts, en begränsad bild av vilket typ av förbättringsarbete som kan och bör bedrivas på lägre mer operativa nivåer.

Styrdokumentet riktar sig till olika nivåer – från patienter och medarbetare till beslutsfattare på nationell nivå

Det undersökta styrdokumentet kan å ena sidan ses som interna riktlinjer vilka framför allt riktar sig till kommissionens medarbetare. Å andra sidan är kommissionen en statlig aktör som i dokumentet beskriver mål och aktiviteter med mer eller mindre direkt koppling till såväl sjukvårdsaktörers verksamhet. Målformuleringarna som presenteras i dokumentet är dessutom indelade utifrån tre aktörsnivåer, där bland annat patientperspektivet inkluderas. Avsiktsförklaringen är även uttryckligen ett verktyg för förankring av kommissionens arbete hos regeringen. Nationell politisk ledning är därmed också direkt mottagare av dokumentens innehåll.

Utifrån ovanstående kan styrdokumentet sägas rikta sig relativt brett till olika målgrupper – i alla fall indirekt. Det är med andra ord möjligt att sortera mottagnivåerna utifrån ett så kallat mikro/meso/makro-perspektiv, även om detta inte tydligt uttrycks i avsiktsförklaringen.

Styrdokumentet är omfattande men samtidigt relativt lättillgängligt

Avsiktsförklaringen är skriven i Word-format och uppgår till omkring 30 sidor. Största delen av innehållet utgörs av text, men det finns också en del visualiserande element vilket gör innehållet något mer tillgängligt för läsaren. Dokumentet innehåller exempelvis en bilaga där kommissionens utfallsramverk ("outcome framework") presenteras. Ramverket synliggör exempelvis hur kommissionens strategiska prioriteringar är tänkta att bidra till uppfyllandet av regeringens nationella mål för hälso- och sjukvården. Figuren ger läsaren en god överblick och underlättar förståelsen av hur avsiktsförklaringens innehåll relaterar till den generella nationella styrningen av sjukvården och omsorgen.

Kommissionen har en genomtänkt kommunikationsstrategi

Enligt intervjuade kommissionsföreträdare är kommunikation en mycket viktig aspekt av kommissionens arbete och en förutsättning för att arbetet ska få önskat genomslag. En del av kommissionens kommunikationsstrategi är exempelvis en regelbunden digital närvaro. Detta förverkligas genom olika digitala kanaler såsom kommissionens egen hemsida, digitala nyhetsbrev och social media som exempelvis Facebook, Twitter och LinkedIn. Beroende på budskapet som ska kommuniceras, till exempel angående förbättringsprogram riktade till en specifik målgrupp, kan kommissionen också anpassa informationen till de tänkta mottagarna.

Kommissionen använder sig även av större kampanjer för att sprida information kring fokusområden inom arbetet för en förbättrad patientsäkerhet – områden som berör en större publik eller till och med allmänheten. Exempel på sådana fokusområden är handhygien. Varje år anordnas bland annat en ”patientsäkerhetsvecka” (Patient Safety Week) som belyser ett specifikt och angeläget tema. Under år 2018 fokuserar kommissionen på temat ”handhygien” och under patientsäkerhetsveckan riktade man sig bland annat till allmänheten, vårdpersonal, vårdgivare och andra berörda aktörer.

Kommissionens kommunikationsstrategi är i regel väl genomtänkt, utarbetad och speciellt anpassad till den tänkta målgruppen.

Tidsramarna för styrdokumentet är satta utifrån krav i aktuell lagstiftning

Avsiktsförklaringen sträcker sig från 2017 till 2021, det vill säga över en fyraårsperiod. Enligt intervjuade kommissionsföreträdare har kommissionen inget handlingsutrymme i att själva bestämma tidsperioden för styrdokumentet, utan dessa utgår helt och hållet från krav i aktuell lagstiftning.

Styrdokumentens innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här den analyserade avsiktsförklaringen ”Statement of Intent 2017–21” (12).

Avsiktsförklaringen fokuserar generellt på vårdkvalitet där patientsäkerhet lyfts fram som en central del

I avsiktsförklaringen är kommissionens övergripande vision formulerad som: ”Nya Zeeland kommer att ha ett hållbart, världsledande och patientcentrerat sjukvårds- och omsorgssystem (”disability system”), vilket kommer att leda till att både attrahera och behålla arbetskraft. Detta tack vare personalens engagemang för ständig kvalitetsutveckling och för att bidra till att leverera en rättvis/jämlig (”equitable”) och hållbar sjukvård”

Som en del i strävan mot att uppnå den övergripande visionen utgår kommissionen från tre långsiktiga delmål för förbättrad kvalitet och dessa redovisas i ett särskilt ramverk (”New Zealand triple aim”) (i Figur 5 nedan redovisas det aktuella ramverket). Målen och ramverket är ursprungligen hämtade från den nationella hälsostrategin som beskrivs i tidigare avsnitt (”The New Zealand Health Strategy”) (10). Inom ramen för temat ”värde och goda prestationer” som lyfts fram i den övergripande hälsostrategin, redovisas ramverket. De tre målen är:

- **På individnivå:** Förbättrad kvalitet, säkerhet och upplevelse av vården.
- **Populationsnivå:** Förbättrad hälsa och mer rättvisa för alla samhällsgrupper.
- **Systemnivå:** Största möjliga nytta för investerade offentliga resurser.

Figur 5. Ramverket ”triple aim” ursprungligen hämtat från ”New Zealand Health Strategy” (10)



Totalt fyra strategiska prioriteringsområden för kommissionens kvalitetsutvecklande arbete har identifierats och redovisas i avsiktsförklaringen, varav ett tydligt utgår från patientsäkerhet. Områdena är:

1. Förbättra konsumentupplevelsen.
2. Förbättra förutsättningarna för en mer rättvis/jämlig hälsa ("health equity").
3. **Reducera skador och dödlighet.**
4. Reducera omotiverade variationer i vården.

Det tredje området – "reducera skador och dödlighet" – är det mest relevanta sett från ett patientsäkerhetsperspektiv. Det poängteras att vissa vårdrelaterade skador är möjliga att förebygga och därför ska varje möjlighet för att minska skador i vården alltid tas. Kommissionens uppgift är, enligt dokumentet, att leda och samarbeta inom för området relevanta kvalitetsutvecklande initiativ.

Kommissionen tar även fram rekommendationer för minskad dödlighet bland barn och ungdomar, foster och mödrar i samband med kirurgi och vid våld i hemmet. Rekommendationerna är riktade till såväl vårdgivare som till andra samhällsaktörer eller till allmänheten (14).

För varje strategiskt prioriteringsområde beskrivs önskade effekter, framgångsrikt genomslag och tillhörande prestationer

Önskade effekter (outcome), framgångsrikt genomslag (impact) och prestationer (output) redovisas även, som tidigare nämnts, för varje strategiskt prioriteringsområde. Vad gäller önskade effekter inom det tredje prioriteringsområdet ("reducera skador och dödlighet") beskrivs dessa som:

- Reducera skador inom högriskområden så som infektion vid kirurgi, fallolyckor, klinisk försämring av inskrivna patienter, säker kirurgi och säker läkemedelsbehandling.
- Minska antalet funktionsjusterade levnadsår (DALYs) som är kopplade till vårdrelaterade skador.
- Minska undvikbara skador respektive undvikbar dödlighet genom att undersöka dödsorsaker och utfärda rekommendationer för att minska riskerna för undvikbar död.

Framgångsrika genomslag, kopplat till ovanstående, sammanfattas i dokumentet som:

- En ökad användning av evidensbaserade insatser och rutiner.
- Ett ökat kliniskt engagemang och kapacitet för förbättring.
- Ett ökat partnerskap med patient/brukare, deras närstående och vårdgivare i syfte att minska skador samt slöseri av resurser.

De prestationer (output) som anses nödvändiga för att nå önskat genomslag respektive långsiktiga effekter redovisas också. För att nå måluppfyllelse behöver ett antal aktiviteter genomföras – aktiviteter som även kan ses som övergripande åtgärdsförslag:

- Leda och koordinera olika förbättringsprogram där varje program ska ha ett specifikt förbättringsmål i syfte att förbättra samarbete med patienter/brukare, reducera omotiverade variationer, fokusera på rättvis/jämlik vård samt bygga ledarskap och kapacitet för förbättring.
- Stödja kommittéer som undersöker olika former av dödsfall ("mortality review committees") till att kunna utfärda evidensbaserade rekommendationer i syfte att minska undvikbar dödlighet respektive skador.
- Utvidga förbättringsprogram till att omfatta hela sjukvårdssystemet, det vill säga inte enbart sjukhusbaserad vård (till exempel vård för att behandla psykisk ohälsa, äldreomsorg och primärvård).
- Arbeta tillsammans med vårdgivare, vårdpersonal och konsumenter (patienter/brukare) i utformningen och genomförandet av förbättringsprogram i syfte att uppnå mätbara och långsiktigt hållbara förbättringar.
- Verka i partnerskap med andra organisationer, såsom Accident Compensation Corporation (ACC), för att gemensamt förbättra patientsäkerheten.

I dokumentet beskrivs även kommissionens två huvudsakliga roller/bidrag ("contributions") vilka kan beskrivas som kärnuppdrag. Dessa är: 1) bidra till att samla/bygga information/kunskap ("intelligence hub"/"intelligence") och 2) bidra i förbättringsarbete ("improvementhub"/"improvement"). Då rollerna/bidragen främst kan relateras till genomförandeprocesser beskrivs dessa närmare under rubrik *"Genomförandet beskrivs på olika sätt i flera dokument"*.

Styrdokumentet utgår från en avgränsad syn på patientsäkerhet men relaterar till förbättrad vårdkvalitet

Visionen och de övergripande delmål som redovisas i avsiktsförklaringen har en relativt bred ansats. I korthet speglar den önskade riktningen en förbättrad vårdkvalitet i vid mening, snarare än ett fokus uteslutande på förbättrad patientsäkerhet. Samtidigt framkommer det att den använda patientsäkerhetsdefinitionen framför allt tar fasta på minimering av vårdrelaterade skador, vilket kan liknas vid den svenska ansatsen bakom patientsäkerhetslagen. På samma gång beskrivs till exempel prestationer inom ramen för den strategiska prioriteringen angående patientsäkerhet, som även kan kopplas till kvalitetsarbete i mer vid mening såsom patientdelaktighet. Bilden av att kommissionen i dokumentet utgår från en snäv definition av patientsäkerhet, som dock länkas samman med vårdkvalitet i vidare bemärkelse, bekräftas även i genomförd intervju med kommissionsföreträdare. Respondenterna poängterar att säkerhet ses som en del i arbetet med att uppnå ökad patientsäkerhet.

"Kvalitet kontra säkerhet – uppdelningen är inte alltid tydlig. Säkerhet är en dimension av vårdkvalitet"

- Företrädare Nya Zeeland

Styrdokumentet har ett huvudsakligt tematiskt fokus på utfallsområden och framgångsområden

Styrdokumentets tematiska fokus riktas bland annat mot utfallsområden – framför allt i beskrivningen av mål och önskade effekter/utfall. Exempel på utfallsområden som lyfts fram är: ”reducering av skador”, ”vårdrelaterade infektioner”, ”läkemedelsanvändning”, ”fall” etcetera. I andra delar, exempelvis i beskrivningen av önskat genomslag och prestationer beskrivs istället aktiviteter som i större utsträckning kan relateras till framgångsområden, såsom ”kliniskt engagemang”, ”partnerskap med patienter”, ”evidensbaserade angreppssätt och metoder” etcetera. I intervju beskrivs kommissionens arbete och tematiska fokus bland annat baseras på analyser och undersökningar kring vilka behov som ses, det vill säga var de största utmaningarna finns.

*”Genom dataanalyser har vi undersökt **var gapen är störst inom olika utfallsområden** – analyserna ligger till grund för våra prioriteringar och vår generella styrning”*

- Företrädare Nya Zeeland

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här den analyserade avsiktsförklaringen ”Statement of Intent 2017–21” (12).

Beskrivningen av hur styrdokumentet har tagits fram är översiktlig

Enligt intervjuade företrädare för kommissionen har avsiktsförklaringen tagits fram genom att kommissionen har genomfört en utvärdering av vad andra nyckelaktörer inom hälso- och sjukvården, som exempelvis regionala hälsoenheter (District Health Boards) och det nationella hälsoministeriet, hade för prioriteringar för patientsäkerhetsarbetet. Utifrån detta och de gapanalyser av patientsäkerhetsområdet, som kommissionen utfört, utformades de strategiska prioriteringarna som redovisas i ”Statement of Intent 2017–2021”.

Det framgår även på ett tydligt sätt, att dokumentet i relativt stor utsträckning utgår ifrån innehållet i nationella hälsostrategin (”The New Zealand Health Strategy”). De tre övergripande målen som redovisas ovan (så kallad ”Triple Aim”) är exempelvis hämtade från den nationella strategin.

Som tidigare nämnts kräver lagstiftningen bland annat att kommissionen tar fram en avsiktsförklaring ungefär vart tredje till vart fjärde år. Därutöver ska den varje år ta fram en årlig prestationsplan. Underlagen riktar sig uttryckligen till regeringen som, genom att ta del av styrdokumentet, får en tydlig bild av hur kommissionen arbetar för att svara upp mot sitt uppdrag och sina målsättningar.

Det framgår inte i strategin om patienter involverats i framtagandet av strategin. I intervjuer med kommissionsföreträdare betonas däremot vikten av att inkludera patienter och patientperspektivet i arbetet med förbättrad patientsäkerhet på nationell nivå. Respondenterna beskriver att patienter dels inkluderas i arbetet genom att delta i regelbundna enkätundersökningar, vilka fungerar som ett förbättringsunderlag, dels genom att rutiner upprättats för direkt återkoppling till patienter när vissa patientsäkerhetsbrister uppkommer.

*”Patientinvolvering är centralt när det kommer till förbättrad patientsäkerhet, både med fokus på **patientrapporterade mått** men också **öppen återkoppling till patienten** när incidenter sker”*

- Företrädare Nya Zeeland

Genomförandet beskrivs på olika sätt i flera dokument

I den undersökta avsiktsförklaringen beskrivs på olika sätt hur dess innehåll ska genomföras. I viss utsträckning ges en övergripande bild av kommissionens arbete och insatser genom redovisningen av vissa prestationer. En redogörelse ges också av kommissionens huvudsakliga roll och bidrag ("contributions") för uppfyllelsen av nationella mål för en förbättrad hälso- och sjukvård.

De huvudsakliga rollerna/bidragen, vilka kan ses som kommissionens kärnuppdrag, är som tidigare nämnts: 1) bidra till att samla/bygga information/kunskap ("intelligence hub"/"intelligence") och 2) bidra i förbättringsarbete ("improvement hub"/"improvement"). I avsiktsförklaringen beskrivs aktiviteter som ryms inom ramen för respektive roll och bidrag – aktiviteter som är tänkta att bidra till att målen på nationell nivå uppfylls. Inom den förstnämnda kategorin, det vill säga bidra till att samla/bygga information/kunskap ("intelligence") ska kommissionen:

- Samla in, tolka, analysera, kommentera och sprida information om kvalitet och patientsäkerhet samt ta fram råd och rekommendationer utifrån detta.
- Öppet rapportera kring uppgifter som rör vårdkvalitet.
- Analysera data i stödjande syfte för att stimulera förbättringsarbete inom hela hälso- och sjukvårdssektorn.
- Kontinuerligt uppdatera befintliga datainsamlingsmetoder. Publicera analyser och resultat i kvalitetsgranskade artiklar i syfte att informera allmänheten och skapa diskussioner kring kvalitet och patientsäkerhet som leder till förbättrade rutiner och arbetssätt inom i hälso- och sjukvården.
- Fungera som en förtroendegivande organisation dit vårdgivare, patienter/brukare och deras anhöriga/närstående, myndigheter, regering, media etcetera kan vända sig till för att erhålla kunskap inom området.
- Prioritera och stödja kommissionens egna arbete genom att använda flera kunskapskällor samt identifiera problemområden och framgångsområden både nationellt och lokalt.
- Rapportera kring kvalitet på ett transparent sätt genom att publicera resultatet från kvalitetsindikatorer i tillgängligt format, exempelvis genom en "kvalitets-dashboard" som underlättar tolkning och bidrar till översikt.
- Använda data för att identifiera och förespråka åtgärder som fungerar för kvalitetsarbete på lokal nivå. Jämförelser mellan olika metoder ska vara tillgängliga, exempelvis genom hemsidan "Health Quality Measures New Zealand".
- Fortsätta att utreda hur kommissionen kan stärka sin roll som förmedlare av data och information som kan användas för kvalitetsförbättring.

Inom den andra kategorin, det vill säga bidra i förbättringsarbete ("improvement hub"/"improvement") ska kommissionen:

- Agera som en central källa för expertis i syfte att hjälpa vårdgivare i genomförandet av evidensbaserade förändringar på klinisk nivå.
- Leda nationella kvalitetsförbättrande program som bidrar till att minska risker och skador.

- Leda och koordinera kapacitetsbyggande och etablering av nätverk inom kvalitets- och säkerhetsområdet inom hälso- och sjukvården.
- Leda och koordinera ett arbete som bidrar till att göra hälso- och sjukvårdssystemet mer patientcentrerat med patientdeltagande i utformningen av arbetet – såväl inom kommissionens som i sjukvårdens verksamhet.
- Fungera som en förtroendegivande organisation dit vårdgivare, patienter/brukare och deras anhöriga/närstående, myndigheter, regering, media etcetera kan vända sig till för att få kunskapsbaserad rådgivning kring kvalitets- och patientsäkerhetsförbättring inom hälso- och sjukvården.
- Utredda huruvida olika träningsprogram och kompetensutveckling för kvalitetsförbättring kan levereras på ett mer effektivt sätt.

I den årliga prestationsplanen förtydligas genomförandeprocesserna

I den årliga prestationsplanen, det vill säga "Statement of performance expectations" (13), förtydligas genomförandeprocessen ytterligare. Här beskrivs mer konkret de prestationer/aktiviteter som kommissionen ska genomföra under kommande verksamhetsåret för att bidra till måluppfyllelse.

Aktiviteterna ska ligga i linje dels med regeringens förväntningar på kommissionens arbete, dels med prioriteringsområdena i avsiktsförklaringen.

I dokumentet sorteras och presenteras kommissionens planerade årliga prestationer inom två kategorier ("output classes"). Uppdelningen görs på basis av kommissionens två huvudsakliga roller/bidrag, det vill säga 1) bidra till att samla/skapa information/kunskap ("intelligence") och 2) bidra i förbättringsarbete ("improvement"). Prestationerna/aktiviteterna redovisas därefter inom olika teman som ryms i kommissionens roll/bidrag.

Inom den första kategorin, det vill säga bidra till att samla/skapa information/kunskap ("intelligence") lyfts totalt sju olika teman fram. Dessa är:

1. Mätning av kvalitet och säkerhet inom sjukvården
2. Patientupplevelser
3. Kvalitetsvariationer
4. Avvikelseberapportering
5. Kvalitets- och säkerhetsindikatorer
6. Mortalitetstudier/granskning
7. Tillhandahåll offentlig information och främja debatt (inom sektorn och bland allmänheten)

Inom varje tema specificeras vilka aktiviteter som ska genomföras under 2017/18. Exempel på aktiviteter är publicering av rapporter angående vårdavvikelser (tema 4), framtagande av kvalitets- och säkerhetsindikatorer, exempelvis med koppling till fallolyckor vid sjukhus, handhygien och vårdrelaterade infektioner (tema 5).

Inom den andra kategorin, det vill säga bidra i förbättringsarbete ("improvement") lyfts också sju särskilda teman fram:

1. Expertråd, verktyg och vägledning
2. Förbättringar inom primärvård
3. Nya förbättringsinitiativ

4. Spridning av goda exempel och innovation
5. Utveckling av ett större engagemang hos och samarbete med konsumenter och familjer
6. Kapacitetsbyggande insatser med fokus på kvalitets-och säkerhetsarbete, inklusive ledarskapsutveckling
7. Samarbeta med andra intressenter

Även här redovisas olika konkreta aktiviteter som kan kopplas till respektive tema. Exempel är framtagande av råd, verktyg och riktlinjer för att minska infektioner i samband med kirurgi (tema 1) och anordnandet av konferenser och workshops för att sprida lärdomar kring avvikelser i vården samt skapa bättre förståelse för hur dessa ska förebyggas (tema 4).

De olika aktiviteterna sammanfattas i tabeller på ett sätt som underlättar utvärdering och uppföljning av kommissionens arbete. Exempel på en sådan tabell kan ses i Figur 6 nedan.

Figur 6. Exempel på tabell från prestationsplanen

How we will assess the performance of output class 2

	Deliverable	Quantity	Timeliness	Quality	Why are we doing this?
8	Expert advice, tools and guidance to support specific improvement programmes	Provide expert advice, tools and guidance to the sector on: - improving teamwork and communication in DHB operating theatres - reducing surgical site infections for people having hip, knee or cardiac surgery - implementing a patient deterioration recognition and response system - implementing and supporting the 2017 national adverse events policy	30 June 2018	Resources and tools are based on evidence and developed in partnership with consumers, families and whānau.	Leads to: reducing patient harm by improved levels of teamwork, a more inclusive culture, improved communication, improved preparation for operations and better recognition and response to patient deterioration.
9	Primary care improvement	- Implement chosen primary care improvement programmes - Identify and choose the next set of primary care improvement initiatives to implement in 2018/19	30 June 2018	- An evaluation of programme implementation will provide us with lessons to apply to the next set of initiatives. - We will choose initiatives prioritising consumer engagement, equity and integration, and alignment with service-level measures (SLM), in partnership with the expert advisory group.	Leads to: reducing patient harm by health professionals taking up new methods and improving their practice, and passing on their improvement skills and expertise to others.

Utöver ovanstående beskrivs i "Statement of Performance Expectations" även en rad andra aktiviteter som kommissionen planerar att genomföra under året som också tydligt kan kopplas till patientsäkerhetsområdet.

Kommissionen tar fram vägledande dokument för att stödja vårdgivare och andra mer operativa aktörer

Ett annat exempel på hur kommissionen genomför sitt uppdrag är att den tar fram olika stödjande och vägledande underlag som riktar sig till operativa verksamheter såsom vårdgivare. Ramverket "From knowledge to action – A framework for building quality and safety capability" (9) är enligt intervju-

ade kommissionsföreträdare ett exempel på denna typ av vägledande underlag. Ramverket förtydligar bland annat roll- och ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården med fokus på kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Det riktar sig framför allt till sex olika mottagare (nivåer):

1. Patienter/brukare och deras närstående
2. Sjukvårds- och omsorgspersonal
3. Operativ eller klinisk ledning alternativt teamledare
4. Experter inom kvalitet och säkerhet
5. Organisatorisk ledning
6. Styrande enheter eller styrelser

Kommissionen arbetar på olika sätt med uppföljning

Utgångspunkten för att följa upp kommissionens egna arbete är de leveransmål som definieras och redovisas i den årliga prestationsplanen ("Statement of performance expectations") (13). Målen är kopplade till specifika tidsintervall vilket skapar förutsättningar för att kontinuerligt följa eventuella framsteg. Upplägget underlättar även rapportering till regeringen och synliggör huruvida kommissionen svarar upp mot sitt uppdrag och regeringens förväntningar.

I den undersökta avsiktsförklaringen betonas vikten av att kommissionen redovisar uppnådda resultat samt hur den arbetar utifrån den övergripande nationella hälsostrategin ("New Zealand Health Strategy"). Mot denna bakgrund följer kommissionen kontinuerligt upp utvecklingen inom fyra områden:

1. Undvikbara kostnader som orsakas av vårdrelaterade skador
2. Alternativkostnader (Opportunity costs")
3. Antalet vunna levnadsår
4. Undvikbara dödsfall

Uppföljning genomförs genom kvalitets- och säkerhetsindikatorer (se nedan). Exempel på strategier och metoder för att sprida resultatet är regelbunden publicering av särskilda resultatrapporter, såsom "Open4Results" som publiceras halvårsvis, publicering av artiklar i vetenskapliga och medicinska tidskrifter, på hemsidor samt genom sociala medier.

I genomförd intervju med kommissionsföreträdare framgår att kommissionens verksamhet till stora delar är inriktad på mätning och analys av tillgänglig kvalitets- och säkerhetsdata. Företrädarna pekar till exempel på genomförandet av enkätundersökningar inom både primärvården och den specialiserade vården för att inhämta patienternas perspektiv och upplevelse av vården. Det beskrivs att datan med fördel kan användas för att identifiera olika prioriteringsområden.

Kommissionen har även utvecklat kvalitets- och säkerhetsindikatorer (15) som vårdgivare kan använda vid uppföljning, exempelvis inom områdena: vårdrelaterade infektioner, säker kirurgi och säker läkemedelsbehandling.

Styrdokumentens resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här den analyserade avsiktsförklaringen "Statement of Intent 2017–21" (12).

Ingen utvärdering av styrdokumentet har identifierats men uppgifter om uppnådda resultat finns

Strategins genomslag verkar inte ha utvärderats och uppföljningsrapport med fokus på uppfyllda leveransmål utifrån prestationsplanen för 2017/18 finns ännu inte tillgänglig. Den senaste rapporten som utvärderar leveransmålen är från 2016 och visar då på att kommissionen uppnådde alla sina mål för det verksamhetsåret, exempelvis som att fyra rapporter har publicerats gällande patientupplevelser på sjukhus samt att en konferens anordnats gällande dödsfall vid kirurgi (16).

Som tidigare nämnts betonas i avsiktsförklaringen vikten av löpande uppföljning inom fyra områden: 1) undvikbara kostnader som orsakas av vårdrelaterade skador, 2) alternativkostnader, 3) antalet vunna levnadsår och 4) undvikbara dödsfall). I juni 2018 publicerade kommissionen en så kallad "Open4Results"-rapport med fokus på dessa fyra områden (17). Rapporten visar på följande resultat:

- 147 färre fall som resulterar i höftfraktur har inträffat sedan 2013, vilket har inneburit besparingar för sjukvården på nära 7 miljoner dollar. Detta motsvarar 1,6 vunna hälsosamma levnadsår per person där höftfraktur har undvikits, vilket värderas till 42,6 miljoner nyzeeländska dollar totalt.
- 351 färre fall av djup ventrombos (blodpropp i de djupa venerna) och lungembolier (propp i lungkärlen) har inträffat sedan 2013. Detta har inneburit besparingar för sjukvården på 7,3 miljoner nyzeeländska dollar. Minskningen motsvarar 0,6 vunna hälsosamma levnadsår per person där en blodpropp har undvikits, vilket värderas till 38 miljoner nyzeeländska dollar totalt.
- Andelen kirurgiska operationer med infektion som komplikation har minskat från 1,2 procent i augusti 2015 till 0,9 procent i juni 2018, vilket har inneburit besparingar för sjukvården på nära 3 miljoner nyzeeländska dollar. Detta motsvarar 0,5 vunna hälsosamma levnadsår per person där infektion har undvikits, något som värderas till 6,5 miljoner nyzeeländska dollar totalt.
- 138.000 färre återinskrivningar av äldre sedan 2013, vilket har inneburit besparingar för sjukvården på 106 miljoner nyzeeländska dollar.
- 896 färre dödsfall inom gruppen barn (från 24 månader till 24 år) har noterats sedan 2010.

Svar från enkätundersökningarna riktade till patienter i slutenvården har också sammanställts. I den senaste rapporten från augusti 2018 (18) redovisas resultatet i fyra olika kategorier: 1) kommunikation, 2) partnerskap, 3) koordination samt 4) bemötandet av fysiska och emotionella behov. Det nationella genomsnittsbetyget inom de olika kategorierna redovisas i rapporten och dessa uppgick till:

- Kommunikation: 8,4/10
- Partnerskap: 8,5/10
- Koordination: 8,4/10
- Bemötandet av fysiska och emotionella behov: 8,6/10

Slutligen finns även nationella resultat från de kvalitets- och säkerhetsindikatorer som kommissionen har utvecklat. Den senaste rapporten från juni 2018 (19) visar bland annat att:

- 91 procent av alla äldre patienter fick genomgå en fallriskbedömning under perioden april-juni 2018.
- De praktiska riktlinjerna för god handhygien efterföljdes i 85 procent av fallen under perioden april-juni 2018.
- 99 procent av alla patienter som genomgick protesoperation av höft eller knä erhöll under perioden januari-april 2018 profylaktisk antibiotikabehandling 0–60 minuter innan operationen påbörjades.

Nyckelintressenters syn på styrdokumentet

Det har inte inom ramen för vår analys eller vid intervju med företrädare från kommissionen framkommit vad nyckelintressenter har haft för inställning till styrdokumentet ”Statement of Intent 2017–2021”. Dock uppger intervjuade företrädare att kommissionen har involverat nyckelintressenter vid utformningen av innehållet i detta dokument, varför det är rimligt att tänka sig att deras syn på dokumentet är positiv.

Referenser

1. Institution for Health Metrics and Evaluation. Hämtad 2020-01-16 från <http://www.healthdata.org/new-zealand>.
2. The World Bank. Hämtad 2020-01-16 från <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
3. The Commonwealth Fund. Hämtad 2020-01-16 från https://international.commonwealthfund.org/countries/new_zealand/.
4. Accident Compensation Corporation. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.acc.co.nz/>.
5. The New Zealand Health Strategy. Wellington: Ministry of Health, New Zealand; 2000.
6. Health and Disability Services (Safety) Act 2001 (2001 No.93). Hämtad 2020-01-16 från <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2001/0093/latest/DLM119975.html>.
7. Introducing the Health Quality & Safety Commission. Best Practice Journal; 2011.
8. Health Quality & Safety Commission New Zealand. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/>.
9. From knowledge to action – A framework for building quality and safety capability in the New Zealand health system. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2016.
10. New Zealand Health Strategy: Future direction. Wellington: Ministry of Health; 2016.
11. New Zealand Health Strategy: Roadmap of actions 2016. Wellington: Ministry of Health; 2016.
12. Statement of Intent 2017-21. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2017.
13. Statement of performance expectations 2017/18. Wellington: Health Quality & Safety Commission; 2017.
14. Health Quality & Safety Commission. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/mrc/>.

15. Health Quality & Safety Commission. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/projects/quality-and-safety-markers/>.
16. Health Quality & Safety Commission. Summary of Quarter 4 report against the 2015/16 Statement of Performance Expectations. Hämtad 2020-01-16 från https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-PR-files-images/Accountability_documents/quarterly-report-summary-Q4-Jun-2016.pdf.
17. Health Quality & Safety Commission. Open4Results. Hämtad 2020-01-16 från https://www.hqsc.govt.nz/assets/Health-Quality-Evaluation/PR/Open4ResultsJune2018_final.pdf.
18. Health Quality & Safety Commission. Hämtad 2020-02-16 från <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/projects/patient-experience/adult-inpatient-experience/>.
19. Health Quality & Safety Commission. Hämtad 2020-01-16 från <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/projects/patient-experience/adult-inpatient-experience/>.

Landrapport Skottland

Innehåll

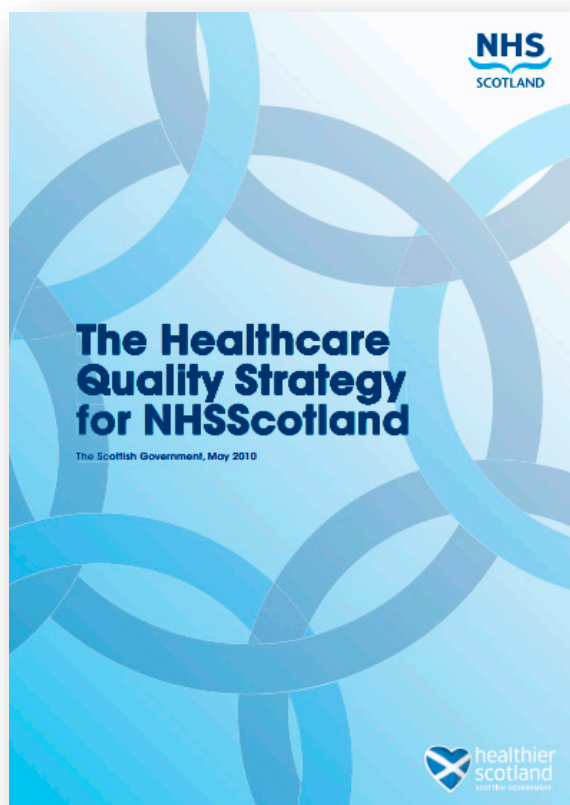
Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta - Skottland.....	4
Hälso- och sjukvårdssystemet i Skottland styrs i huvudsak från centralt håll men med tydlig regional och lokal koppling.....	4
Det nationella patientsäkerhetsarbetet påbörjades 2004	5
Styrdokumentets struktur	8
Styrdokumentet består av inslag från en strategi och en övergripande handlingsplan.....	8
Styrdokumentet riktar sig till fyra olika nivåer – från patienten till det nationella systemet.....	9
Styrdokumentet är omfattande men ändå lättillgängligt.....	10
Kommunikation beskrivs som en viktig del i förverkligandet av strategins innehåll	10
Styrdokumentet anger uttryckligen inget slutdatum	10
Styrdokumentets innehåll.....	11
Innehållet fokuserar på förbättrad vårdkvalitet där patientsäkerhet utgör en av tre dimensioner	11
En relativt snäv beskrivning av patientsäkerhetsperspektivet ges, samtidigt som det sätts i ett brett sammanhang.....	13
Framgångs- och utfallsområden präglar det tematiska innehållet....	13
Styrdokumentets processer	14
Styrdokumentet har tagits fram utifrån en bred konsultativ process..	14
Styrdokumentet beskriver processen för genomförande på en övergripande nivå	14
Uppföljningen av strategins ambitioner beskrivs relativt väl och försök görs för att jämk samman denna med befintliga uppföljningsstrukturer	16
Styrdokumentets resultat.....	20
Någon utvärdering av styrdokumentet verkar inte ha genomförts, men vissa resultat kan ses inom patientsäkerhetsområdet	20
Referenser	21

Introduktion

I analysen av Skottland fokuserar vi på styrdokumentet ”The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland”. Detta styrdokument publicerades år 2010 av NHS Scotland och dess huvudsakliga syfte är att bidra till att förbättra hälso- och sjukvårdens kvalitet på nationell nivå. Patientsäkerhet lyfts här fram som en av tre framgångsfaktorer (”key drivers”) för en förbättrad kvalitet och patientsäkerhet och utgör därmed en relativt sett stor del av styrdokumentets fokus. Vår bedömning är att styrdokumentet innehåller inslag från såväl strategi som handlingsplan och att det lägger en central grund för det nationella patientsäkerhetsarbetet i Skottland.

Mot denna bakgrund har vi valt att särskilt fokusera på detta dokument. Analysen har även kompletterats med information från genomförd intervju med företrädare från Improvement Hub (IHUB) som arbetar med kvalitetsutveckling inom NHS Skottland. Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det analysramverk som använts i detta arbete.

Figur 1. The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Skottland

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1)

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	5,4 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	77/81 (2015)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	4,1 (2016)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	?	

Hälso- och sjukvårdssystemet i Skottland styrs i huvudsak från centralt håll men med tydlig regional och lokal koppling

Hälso- och sjukvårdssystemet i Skottland – National Health Service (NHS Scotland) – finansieras framför allt av skattemedel (2). Regeringen besitter, genom utsedd minister (Cabinet Secretary for Health and Sport), det huvudsakliga och övergripande ansvaret för NHS och dess verksamhet. Regeringen är även skyldig att regelbundet rapportera till parlamentet vad gäller NHS samt läget inom hälso- och sjukvården.

NHS Scotland tillhandahåller hälso- och sjukvård i hela landet och systemet är uppdelat i 14 olika geografiska styrelser (boards). Varje styrelse ansvarar för såväl primärvård som specialiserad vård inom sitt geografiska område. Primärvården består till största delen av privata mottagningar som verkar på uppdrag av NHS. Vårdgivare eller profession som är verksamma inom den specialiserade vården är istället direkt anställda av NHS. Styrelserna har visst handlingsutrymme när det kommer till organiseringen av vården, men styrs i övrigt av lagstiftning och andra statliga krav eller föreskrifter. Årligen förnyas ett slags avtal mellan regeringen och styrelserna i form

av en så kallad Local Delivery Plan (tidigare så kallade HEAT-targets). Planen anger prioriteringskrav som styrelserna ska efterleva under det kommande året. Utöver de regionala styrelserna finns också 32 lokala råd (Local councils) med ansvar för olika typer av sociala tjänster och omsorg. Sedan 2016 har ansträngningar gjorts för att tydligare integrera sjukvården och omsorgen, varför så kallade integrationsmyndigheter (Integration Authorities) har bildats. Här samlas representanter från varje regional styrelse respektive lokalt råd inom ett visst geografiskt område för att gemensamt utarbeta en plan för hur sjukvården och omsorgen ska kunna integreras.

Utöver ovanstående finns ett flertal andra nationella organ inom NHS. Dessa kallas för särskilda hälsostyrelser (Special Health Boards) och utgörs av:

- Healthcare Improvement Scotland
- NHS Health Scotland
- Scottish Ambulance Service
- State Hospitals Boards for Scotland
- NHS Education for Scotland
- NHS 24
- National Waiting Times Centre

Healthcare Improvement Scotland har exempelvis en central roll i kvalitetsutvecklingen av hälso- och sjukvården i Skottland (3).

Det nationella patientsäkerhetsarbetet påbörjades 2004

Det nationella patientsäkerhetsarbetet i Skottland kan sägas ha påbörjats genom ett ideellt drivet program för patientsäkerhet kallat för "The Safer Patient Initiative UK" (4). Detta lanserades år 2004 av "The Health Foundation och Institute for Healthcare Improvement" (IHI) och sträckte sig tvärs över hela Storbritannien. Skottland deltog genom ett antal medverkande sjukhus. Insatserna för förbättrad patientsäkerhet som genomfördes inom ramen för programmet visade på goda resultat och intresse för patientsäkerhetsarbete växte successivt i landet.

År 2007 publicerade NHS Scotland ett styrdokument med namnet "Better Health, Better Care: Action Plan" med ambitionen att öka kvaliteten i vården på nationell nivå (5). En stor del av dokumentet fokuserade på ökad patientdelaktighet. Planen pekade även på det framgångsrika arbete som påbörjats inom ramen för "The Safer Patient Initiative UK" och det konstaterades att detta arbete skulle fortsätta. Vidare betonades att ett större fokus skulle riktas mot att minska vårdrelaterade infektioner (VRI).

Mot denna bakgrund lanserade NHS Scotland år 2008, i samarbete med IHI, det så kallade Skotska patientsäkerhetsprogrammet ("The Scottish Patient Safety Program", SPSP) (6). Lanseringen av programmet innebar en etablering av en permanent plattform för nationellt patientsäkerhetsarbete i landet. Samma år bildades även en särskild arbetsgrupp för ett nationellt arbete mot vårdrelaterade infektioner ("Health Associated Infection (HAI) Task-force") (7).

I syfte att intensifiera arbetet med att utveckla en världsledande hälso- och sjukvård med avseende på god kvalitet publicerade NHS Scotland år 2010 ett styrdokument med namnet ”The Healthcare Quality Strategy” (8). Dokumentet lyfter fram patientsäkerhet som en av tre kvalitetsambitioner (för närmare beskrivning av styrdokumentets innehåll se rubrik ”Innehållet fokuserar på förbättrad vårdkvalitet där patientsäkerhet utgör en av tre dimensioner”). Styrdokumentet har sedan dess varit och är alltså vägledande för Skottlands nationella patientsäkerhetsarbete. Ett år efter ”The Healthcare Quality Strategy” lanserades också en övergripande vision för NHS med namnet ”2020 vision” (9) med tydlig koppling till styrdokumentets innehåll.

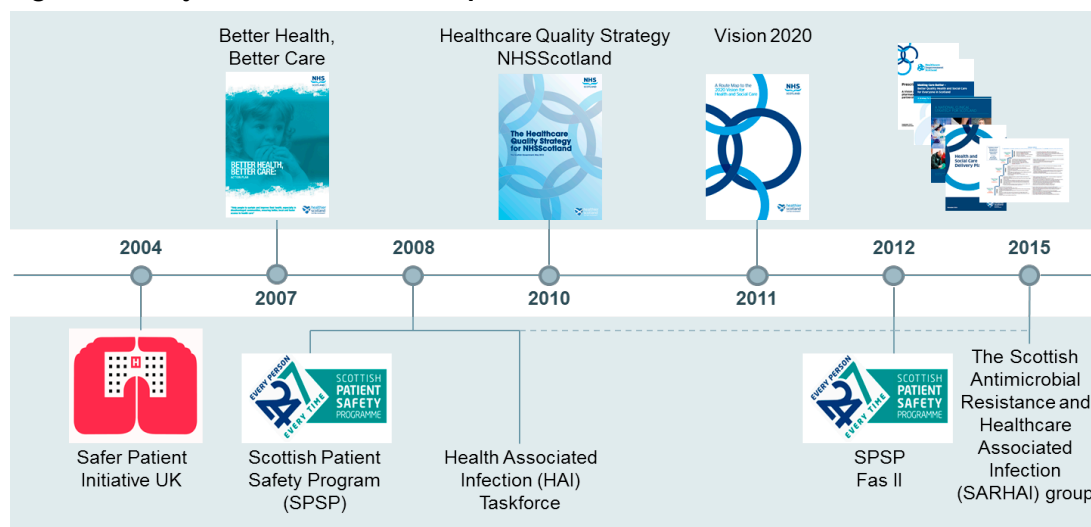
Efter att den nationella strategin och visionen lanserades har den skotska regeringen tagit fram en rad styrdokument som kan relateras till det nationella patientsäkerhetsarbetet. Exempel på dessa är ”Prescription for Excellence” (2013) (10) som handlar om hur kvaliteten vid förskrivning och hantering av läkemedel kan stärkas och ”Health and social care delivery plan ” (2016) (11) som fokuserar på stärkt integration mellan social omsorg och sjukvård. Detta i syfte att åstadkomma förbättrad samverkan och vårdflöde som gynnar patienterna. Ett annat exempel på styrdokument med koppling till patientsäkerhetsområdet som upprättats sedan 2010 är ”A national clinical strategy for Scotland” (2016) (12) som belyser sjukvårdens mer långsiktiga utmaningar och hur dessa bör hanteras.

Parallellt har SPSP:s nationella patientsäkerhetsarbete fortsatt och breddats. År 2012 påbörjades fas två av programmets arbete (13). I korthet vidgades då SPSP:s verksamhet – från uteslutande fokus på patientsäkerhet inom akutsjukvård för vuxna till insatser för patientsäkerhet inom psykiatri (2012), mödra- och barnhälsovård (2013), primärvård (2013) och läkemedelsbehandling (2016). Inom respektive område bedrivs ett antal olika projekt, exempelvis för förebyggande av trycksår. SPSP stödjer vårdgivarna till att implementera dessa projekt i deras kliniska verksamheter och hittills har SPSP:s arbete varit mycket uppskattat.

Även arbetet med vårdrelaterade infektioner har fortsatt och 2015 utvecklades HAI Taskforce till The Scottish Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection (SARHAI) group i syfte att ta ett större grepp om den vårdrelaterade infektionsproblematiken (14).

I Figur 3 nedan synliggörs och sammanfattas patientsäkerhetsarbetet utveckling över tid i Skottland.

Figur 3. Tidslinje över det nationella patientsäkerhetsarbetet i Skottland



Det nationella patientsäkerhetsarbetet har framför allt en stödjande ansats

I intervju med företrädare från organisationen Improvement Hub (IHUB), som arbetar med kvalitetsutveckling inom NHS Skottland, framkommer det att det nationella förbättringsarbetet med fokus på patientsäkerhet framför allt är motiverande och stödjande. Styrningen är med andra ord mer indirekt ("mjukare"). Intervjurespondenten poängterar att denna ansats har varit mest ändamålsenlig i den rådande nationella kontexten och förordar överlag liknande förhållningssätt för att kunna åstadkomma förändringar på området.

*"Förbättringsarbetet är frivilligt. Tror mer på detta **stödjande förhållningssätt** snarare än hård styrning. Har fungerat väl här i Skottland"*

- Företrädare IHUB NHS Scotland

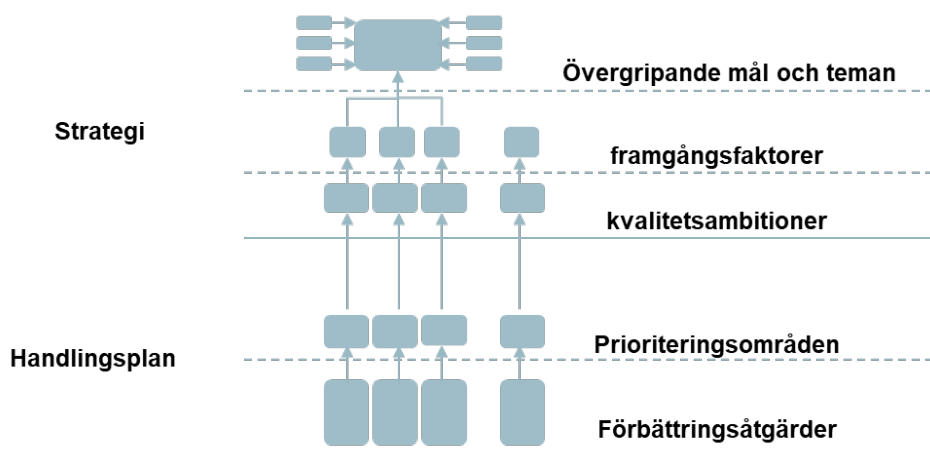
Styrdokumentets struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här besvaras bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här ”The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland” (8).

Styrdokumentet består av inslag från en strategi och en övergripande handlingsplan

Sammanfattningsvis består strategidokumentet av sex olika delar: 1) ett övergripande mål, 2) sex teman som är kopplade till målet, 3) tre framgångsfaktorer (key drivers), 4) tre kvalitetsambitioner (quality ambitions), 5) tre prioriteringsområden och 6) ett antal förbättringsfaktorer för varje prioriteringsområde. Därutöver tillkommer en framgångsfaktor, kvalitetsambition, prioriteringsområden och förbättringsåtgärder för genomförandet samt etableringen av ett uppföljningssystem kopplat till styrdokumentet (se visualisering av strategins struktur i Figur 4 nedan).

Figur 4. Visualisering av styrdokumentets struktur



Styrdokumentet kan utifrån ovanstående sägas ange en övergripande riktning för förbättringsarbetet, framförallt genom det övergripande målet och dess tillhörande teman, framgångsfaktorer samt kvalitetsambitioner. Prioriteringsområden samt tillhörande förbättringsåtgärder anger en något mer konkret vägledning för hur styrdokumentets innehåll ska omsättas i praktiken. Dessa delar kan därför i högre grad beskrivas som delar av en övergripande handlingsplan.

Strukturen kan beskrivas som tydlig

Utifrån ovanstående kan strategins struktur överlag beskrivas som förhållandevis tydlig. Det går med andra ord att förstå, enbart genom att ta del av styrdokumentet, hur de olika beståndsdelarna hänger samman och relaterar till varandra. De olika nivåerna är logiskt kopplade till varandra och de mer

övergripande delarna, såsom mål och framgångsfaktorer, hänger förhållandevis tydligt samman med de mer konkreta aspekterna såsom förbättringsåtgärder.

I den genomförda intervjun med företrädaren från förbättringsorganet IHUB bekräftas bilden av att NHS värdesätter en tydlig struktur. Vikten av att de övergripande strategiska delarna såsom mål och kvalitetsambitioner måste ha en tydlig koppling till de aktiviteter som sker på operativ verksamhetsnära nivå lyfts också. Vidare betonas värdet av att inom ramen för en nationell strategi formulera gemensamma mål. Detta uppges skapa förutsättningar för att samtliga berörda aktörer på olika nivåer ska arbeta i en samlad riktning.

*"En nationell strategi behövs bland annat för att **klargöra övergripande mål** som alla berörda aktörer och verksamheter **kan arbeta mot gemensamt**"*

- Företrädare IHUB NHS Scotland

Styrdokumentet riktar sig till fyra olika nivåer – från patienten till det nationella systemet

Styrdokumentet betonar att framgångsrika resultat kräver breda ansträngningar som sträcker sig tvärs hela hälso- och sjukvårdssystemet. Mot denna bakgrund riktar sig styrdokumentet till fyra nivåer (mikro/meso/makro/metamakro-nivå):

- **Mikronivån – Patientfokus (patient-based):** Individen ska, med utgångspunkt i sina unika erfarenheter, ges rätt förutsättningar i form av stöd, råd och information för att, tillsammans med vårdgivare och anhöriga, kunna vara delaktig i sin egen vård och ta hand om sin egen hälsa.
- **Mesonivån – Personalfokus (staff-based):** NHS Skottlands medarbetare ska ges rätt förutsättningar att fullt ut använda sina färdigheter. Detta för att förbättra och stärka medarbetarnas upplevelse, engagemang och kapacitet. Med rätt stöd ska medarbetarna känna att det är enkelt att göra rätt saker.
- **Makronivån - Systemfokus (systems-based):** Ledarskapet och den berörda organisationen ska arbeta utifrån gemensamma prioriteringar. Det ska därutöver finnas en balans mellan prestation och utveckling. Relationen mellan olika styr- och policydokument ska tydliggöras och förenklas.
- **Metamakronivån – Partnerskapsfokuserad (partnership-based):** NHS Skottland ska samarbeta brett med övriga delar av den offentliga sektorn, den privata sektorn, ideella organisationer ("third sector"), personal, patienter och omsorgsutförare.

Styrdokumentet är omfattande men ändå lättillgängligt

Styrdokumentet utgörs av ett löptext-dokument på totalt omkring 50 sidor där en stor del består av text. Visualiseringar i form av figurer lättar emellertid upp dokumentet vilket bidrar till en ökad förståelse av både strukturen och innehållet. Textmassan är förhållandevis luftig och dokumentet inleds med en relativt heltäckande sammanfattning på knappt tio sidor som underlättar för läsaren att följa och förstå det samlade innehållet. Sammanfattningsvis kan styrdokumentet, trots sin omfattning, beskrivas som lättillgängligt.

Kommunikation beskrivs som en viktig del i förverkligandet av strategins innehåll

I det undersökta styrdokumentet framkommer att kommunikation ses som ett viktigt verktyg i förverkligandet av strategins innehåll. Detta för att både öka medvetenheten kring NHS Skottlands kvalitetsambitioner och för att motivera berörda aktörer och intressenter att bidra till genomförande av strategins innehåll. Tre mål för det kommunikativa arbetet redovisas i strategin. Dessa är:

1. Öka den interna och externa medvetenheten kring regeringens vision för NHS Skottland i syfte att säkerställa att befolkningen ser den skotska vården som världsledande.
2. Inspirera både personal och allmänhet till att förstå sin egen del i förverkligandet av den övergripande visionen.
3. Belys nationella och lokala program som bidrar till en sjukvård av god kvalitet.

För att nå ovanstående målsättningar ska man bland annat sträva efter att positionera och tydligt rama in strategins syfte på ett sätt som bland annat underlättar allmänhetens förståelse. Det framgår även att NHS Skottland ska använda tillgängliga arenor och verktyg, såsom kampanjer, publikationer och digitala kanaler, för att nå ut till och engagera olika målgrupper, aktörer och intressenter på nationell och lokal nivå.

Styrdokumentet anger uttryckligen inget slutdatum

I styrdokumentet framkommer det inte någon tydlig tidsperiod för strategin, men det övergripande målet samt den nära sammanlänkande visionen löper ut år 2020. Motivet till den valda tidsperioden framkommer inte heller i genomförd intervju med företrädare från förbättringsorganet IHUB.

Styrdokumentets innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet "The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland" (8).

Innehållet fokuserar på förbättrad vårdkvalitet där patientsäkerhet utgör en av tre dimensioner

Det övergripande målet som redovisas i styrdokumentet är formulerat som: "Att leverera hälso- och sjukvård av högsta kvalitet till medborgarna i Skottland, och genom detta säkerställa att NHS Skottland ses som världsledande av den skotska befolkningen". Målformuleringen utgår från ett tydligt medborgarperspektiv då det bygger på undersökningar av vilka teman befolkningen prioriterar särskilt inom hälso- och sjukvården. Dessa teman är:

1. Omtänksamhet och empati bland personal
2. God kommunikation vad gäller sjukdomstillstånd och behandling
3. Effektivt samarbete mellan sjukvårdspersonal, patienter och andra berörda instanser
4. Ren och säker sjukvårdsmiljö
5. Kontinuitet
6. Utmärkt klinisk kunskap

De tre framgångsfaktorerna som lyfts fram och som knyter an till det övergripande målet är:

1. Personcentrerad vård
2. Säker vård
3. Effektiv vård

Säker vård kan därmed sägas utgöra en central del av strategin. Varje enskild framgångsfaktor kopplas i styrdokumentet till en så kallad kvalitetsambition. Kvalitetsambitionerna fungerar som utgångspunkter för det nationella kvalitetsarbetet och de bidrar enligt styrdokumentet till att förverkliga det övergripande målet. Kvalitetsambitionen för respektive framgångsfaktor formuleras som:

1. **Kvalitetsambition för Personcentrerad vård:** Ett ömsesidigt fördelaktigt partnerskap mellan patienter, närstående och vårdgivare som respekterar enskilda behov, värderingar; bygger på medkänsla, kontinuitet, tydlig kommunikation och patientdelaktighet i beslutsfattandet.
2. **Kvalitetsambition för Säker vård:** Inga undvikbara vårdrelaterade skador ska förekomma och all vård och behandling ska alltid ges i en ren, säker och lämplig miljö.

3. **Kvalitetsambition för Effektiv vård:** Den mest ändamålsenliga vården ska ges i rätt tid till alla som har nytta av den, och onödiga eller skadliga variationer i vården ska upphöra.

Prioriteringsområden beskrivs också i styrdokumentet och ramar in de redovisade kvalitetsambitionerna tematiskt. Inom patientsäkerhetsområdet beskrivs två prioriteringsområden:

1. Att säkra framgångarna från SPSP och utöka programmet till flera delar av NHS Scotland.
2. Att stödja ett nationellt åtgärdsprogram (HAI Taskforce) för att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

Ett antal förbättringsåtgärder kopplade till prioriteringsområdena listas också i styrdokumentet. Åtgärder som kan kopplas till patientsäkerhet är att:

- Öka etableringstakten av SPSP i akutvården med syftet att minska dödlighet och vårdrelaterade skador på sjukhus.
- Expandera SPSP och implementera programmet inom primärvården och inom psykiatrin.
- Förstärka arbetet för utökade medicinska avstämningar i samband med vårdövergångar.
- Säkerställa synergier mellan arbetet som bedrivs inom ramen för HAI Taskforce (Gruppen som arbetar med vårdrelaterade infektioner) och övrigt patientsäkerhetsarbete för att fortsätta minska antalet vårdrelaterade infektioner.
- Utöka och förstärk tillgängligheten av centrala digitala patientuppgifter (Electronic Care Summary).

Som tidigare nämnts redovisas även framgångsfaktorer, kvalitetsambitioner, prioriteringsområden respektive förbättringsåtgärder för själva genomförandet och uppföljningen av styrdokumentets innehåll. En närmare beskrivning av dessa delar följer under rubriken ”*Styrdokumentets processer*”.

En relativt snäv beskrivning av patientsäkerhetsperspektivet ges, samtidigt som det sätts i ett brett sammanhang

Givet ett tydligt fokus på vårdrelaterade skador samt vård i en ren, säker och lämplig miljö tillämpas en relativt snäv syn på begreppet patientsäkerhet. Samtidigt sätts patientsäkerhetsperspektivet in i ett brett sammanhang som tydligt kopplar till förbättrad vårdkvalitet i stort. I genomförd intervju med företrädare från IHUB bekräftas att patientsäkerhet bör ses som en av flera delar i det samlade kvalitetsarbetet.

*"Arbetet med **förbättrad patientsäkerhet** måste vara en del av den allmänna kvalitetsutvecklingen, precis som i strategin där patientsäkerhet är en av tre delar"*

- Företrädare IHUB NHS Scotland

Framgångs- och utfallsområden präglar det tematiska innehållet

I styrdokumentets mål och tillhörande teman, riktas fokus på den mest övergripande nivån framför allt på "framgångsområden" (snarare än riskområden eller utfallsområden). Exempel är "personcentrering", "Ren och säker sjukvårdsmiljö" samt "Kontinuitet".

När det kommer till kvalitetsambitioner, prioriteringsområden samt förbättringsåtgärder fokuseras styrdokumentet framför allt på mer traditionella utfallsområden såsom "förebyggande av vårdrelaterade skador" med mer specifikt fokus på vårdrelaterade infektioner och sjukhusrelaterad dödlighet. Samtidigt lyfts även konkreta aktiviteter kopplade till framgångsområden fram på denna nivå, exempelvis "stärkta medicinska avstämningar i samband med vårdövergångar". Utöver dessa tematiska områden fokuseras åtgärdsförslagen mer på övergripande processer, exempelvis på att utvidga SPSP:s verksamhet.

I intervju med företrädare från förbättringsorganet IHUB bekräftas bilden av att olika tematiska utgångspunkter bör kombineras. Det beskrivs att utfallsområden, såsom reducering av vårdrelaterade skador, bör kombineras med exempelvis ett fokus på framgångsområden såsom förbättringskultur och ledarskap.

Styrdokumentets processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här dokumentet "The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland" (8).

Styrdokumentet har tagits fram utifrån en bred konsultativ process

Det beskrivs att styrdokumentet har tagits fram utifrån en bred konsultativ process. Synpunkter och tankar har inhämtats från såväl patienter och medborgare som vårdpersonal, företrädare från både NHS Skottland och från övriga välfärdssektorn. Konsultationer har bland annat skett inom ramen för en rad olika diskussionsföreläsningar och möten såsom "Patient Rights Bill consultation" och "Big Cancer conversation". Att inhämta medborgarnas perspektiv lyfts fram som en central del i framtagandet av styrdokumentet, vilket också synliggörs genom de sex teman som baseras på medborgarnas prioriteringar och som relateras till det övergripande målet.

En annan central utgångspunkt för utvecklingen av styrdokument har varit att utgå ifrån och förhålla sig till befintliga strategier och underlag, exempelvis "Better Health, Better Care: Action Plan (2007)" (15) samt arbetet som ryms inom ramen för SPSP.

Styrdokumentet beskriver processen för genomförande på en övergripande nivå

En bild av genomförandeprocessen ges inom ramen för förbättringsåtgärderna

Styrdokumentet lyfter delvis, inom ramen för förbättringsåtgärder, processer för genomförandet av strategins innehåll med fokus på patientsäkerhet. Exempelvis beskrivs att ansträngningar ska göras för att accelerera och utvidga SPSP:s verksamhet och att insatser för mer systematiskt arbete mot vårdrelaterade infektioner ska bedrivas. Denna typ av beskrivningar ger en fingervisning om vilka genomförandeprocesser som är tänka att bedrivas inom ramen för styrdokumentet. Samtidigt ger dessa enbart en begränsad bild av hur innehållet ska omsättas till konkreta aktiviteter på lägre nivåer, såsom för enskilda vårdgivare eller dess medarbetare.

Det finns framgångsfaktorer, kvalitetsambitioner och åtgärdsförslag specifikt för genomförandet av strategin

Som tidigare nämnts så finns en framgångsfaktor med tillhörande kvalitetsambitioner, prioriteringsområden och förbättringsåtgärder för genomförande och uppföljning. Framgångsfaktorn respektive kvalitetsambitionen är formulerade som:

- Kvalitetsinfrastruktur (Quality Infrastructure): Skapa nödvändiga strukturer för styrning och genomförande så att förbättringsåtgärderna integreras på ett tydligt och ändamålsenligt sätt.

Prioriteringsområden för att uppfylla kvalitetsambitionen sammanfattas i tre punkter:

- Utveckla ett ramverk för uppföljning av kvalitet (Quality Measures Framework) i syfte att driva och följa utvecklingen.
- Ta fram information som ger snabb återkoppling till de regionala styrelserna (NHS Boards) i syfte att identifiera och hantera risker. Styrelserna ska lyfta kvalitetsfrågan vid samtliga möten.
- Utveckla ändamålsenligt styrsystem.

Inom ramen för prioriteringsområden beskrivs också förbättringsförslag:

- Etablera kvalitetsambitioner (Quality Ambitions) till senast maj år 2010.
- HEAT (numera LDP) – mål 2011/12 ska överensstämma med styrdokumentets innehåll senast oktober 2010.
- Uppföljningsramverket inklusive identifiering av relevanta övergripande utfallsindikatorer ska vara färdigt senast oktober 2010.
- Fastställ såväl ansvarsområden som processer för styrning mot ökad kvalitet som minimerar eventuella risker.
- Säkerställ att nationella och lokala tillsynsorganisationer medverkar i framtagandet av relevanta kvalitetsindikatorer. Tillsynen ska även lyfta fram eventuella variationer i vården som anses vara olämpliga.
- Utveckla, stötta och använd de färdigheter, den kunskap och det ledarskap som medarbetarna besitter för att säkerställa kvalitet i vården som sträcker sig tvärs alla nivåer.
- Utveckla ”The Quality Improvement Hub” som är ett nytt partnerskap mellan NHS National Services Scotland (NSS), NHS Quality Improvement Scotland (QIS), NHS Health Scotland, NHS National Education for Scotland (NES) och the Scottish Government Health Directorates Improvement and Support Team (IST).

Ovanstående förbättringsförslag är relativt konkreta. Samtidigt är flera av förbättringsförslagen tidsbestämda till år 2010 och ger därmed en begränsad bild av det kontinuerliga implementeringsarbetet fram till år 2020.

Ett särskilt implementeringsavsnitt kompletterar också bilden av genomförandet

Styrdokumentet beskriver även, utöver ovanstående, implementeringen av strategin i ett särskilt avsnitt. I denna del betonas vikten av strategisk styrning det vill säga att olika aktörer och verksamheter som arbetar med eller berörs

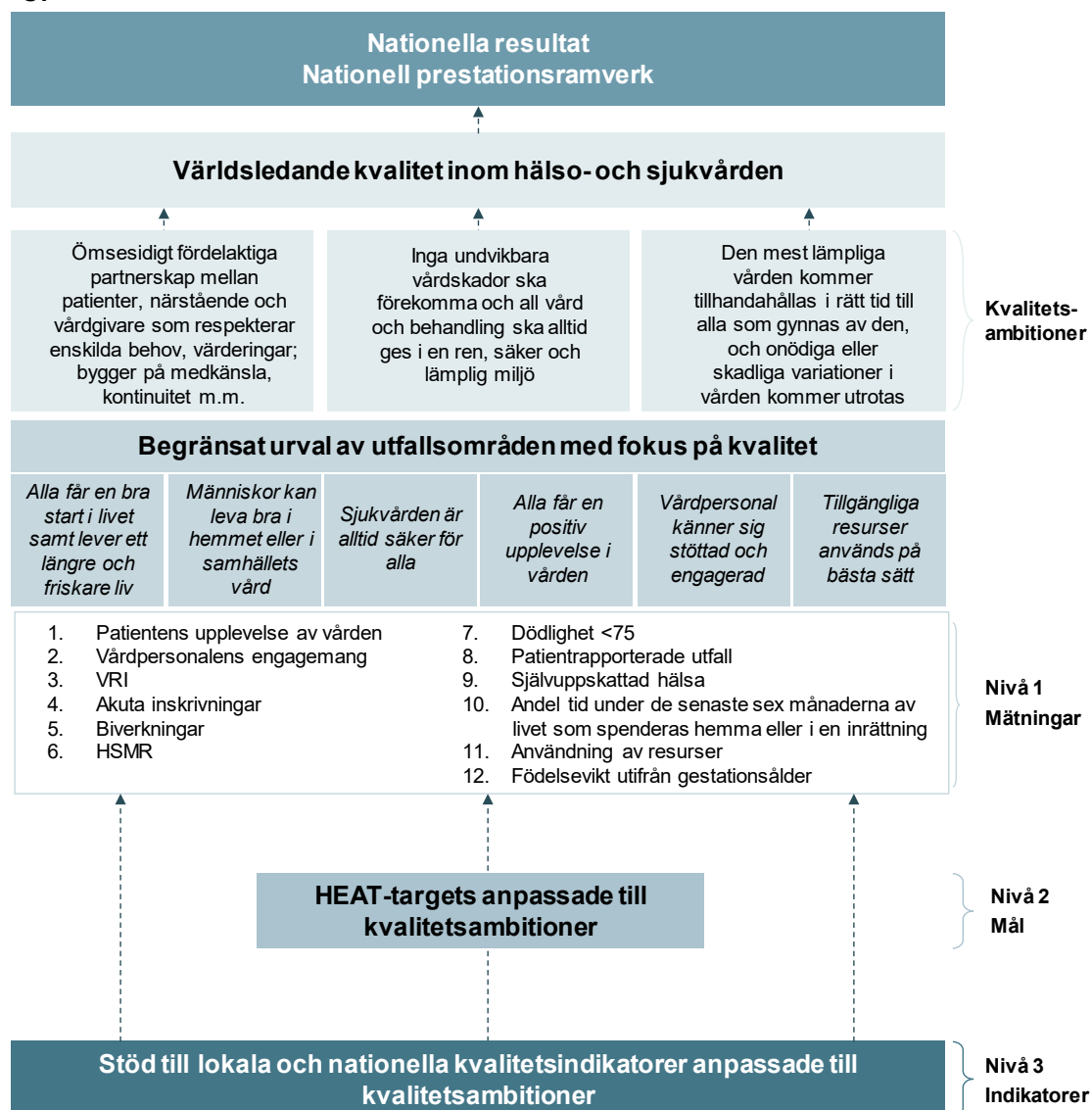
av strategins innehåll måste synkroniseras i syfte att skapa samstämmighet och därmed goda förutsättningar för önskat genomslag. Mot denna bakgrund föreslås att en så kallad kvalitetsallians (Quality Alliance) bildas. Alliansen samlar nyckelaktörer, såsom företrädare från NHS Skottlands ledning samt berörda ministrar. Denna allians har bland annat till uppgift att följa genomförandet av strategin. Samarbetet öppnar även för ökad samordning mellan nya politiska beslut och ambitioner och prioriteringar inom styrdokumentet. Kvalitetsalliansen finns i dag (16) vilket innebär att styrdokumentet haft önskat genomslag i denna del.

Uppföljningen av strategins ambitioner beskrivs relativt väl och försök görs för att jämk samman denna med befintliga uppföljningsstrukturer

I styrdokumentet föreslås ett nytt ramverk för kvalitetsuppföljning (Quality Measurement Framework). Ramverket är sammanlänkat med uppföljning inom flera olika sektorer på nationell nivå, men fokuserar på mätning av kvalitetsambitioner som lyfts i styrdokumentet. Ramverket består av tre nivåer:

- 1) Tolv kvalitetsindikatorer som speglar styrdokumentets kvalitetsambitioner.
- 2) Årliga nationella prestationsmål (tidigare så kallade HEAT-mål som numera har ersatts av så kallade LDP-mål).
- 3) Befintliga nationella och lokala indikatorer som sammanfaller med kvalitetsambitioner från styrdokumentet (se visualisering av strukturen i Figur 5).

Figur 5. Visualisering av det befintliga ramverket för uppföljning av kvalitet inom hälso- och sjukvården som beskrivs i "The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland"



Det samlade kvalitetsarbetet för ett flertal olika områden utgår från ett nationellt prestationsramverk. Prestationsramverket utgör också grunden för den nationella uppföljningen av kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården (se Figur 6).

Figur 6. Det nationella prestationsramverket (17)



Sammanfattningsvis har ansträngningar gjorts för att koppla uppföljningen som sker inom ramen för styrdokumentet till befintliga strukturer för mätning av utfall inom flera områden. Detta angreppssätt speglar ambitionen av att åstadkomma en strategisk styrning. Samtidigt är inte kopplingen mellan de olika ramverken fullkomligt logisk.

Vikten av kontinuerlig uppföljning betonas i intervju

Intervjurespondenten betonar värdet av att löpande följa upp strategins innehåll. Det lyfts fram att denna typ av uppföljning behövs för att innehållet och arbetet kontinuerligt ska kunna justeras utifrån identifierade resultat.

Utvärdering av strategin pågår, men det finns ännu inga resultat.

***"Kontinuerlig uppföljning av strategin
behövs, inte minst för att arbetet ska kunna
anpassas utifrån observerade resultat"***

- Företrädare IHUB NHS Scotland

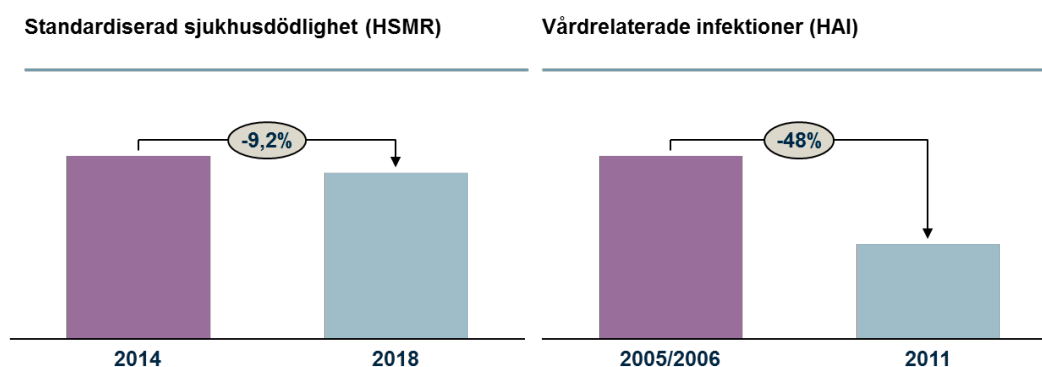
Styrdokumentets resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade dokumentet ”The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland” (8).

Någon utvärdering av styrdokumentet verkar inte ha genomförts, men vissa resultat kan ses inom patientsäkerhetsområdet

Det verkar inte finnas en utvärdering av själva styrdokumentet vilket gör det svårt att dra några slutsatser kring dokumentets genomslag. På nationell nivå finns resultat från vissa utfallsmått som kopplar till patientsäkerhet. Analyser av senast tillgängliga data visar att förbättringar har skett över tid.

Figur 7. Resultat som visar en minskning av utfallsmåtten standardiserad sjukhusdödlighet (HSRM) mellan perioden 2014–2018 (18) samt vårdrelaterade infektioner (HAI) mellan perioden 2005/06–2011 (19)



Därutöver har en utvärdering med fokus på ett av SPSP:s arbetsområden ”akut vuxensjukvård” gjorts (20). Utvärderingen visar att insatserna inom ramen för programmet har resulterat i:

- En minskning vad gäller standardiserad sjukhusdödlighet (HSMR) med 16,5 procent jämfört med 2007.
- En minskning med 21 procent av 30-dagars mortalitet för sepsispatienter.
- En reducering av patienter som drabbas av hjärtstillestånd med 19 procent, rapporterat av elva sjukhus under perioden 2012–2015.
- Åtta av femton NHS boards har rapporterat att mer än 95 procent av patienterna har skrivits ut utan någon vårdskada under perioden 2014–2015.

Referenser

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. IHME: United Kingdom - Scotland. Hämtad 2020-01-15 från <http://www.healthdata.org/united-kingdom-scotland>.
2. Robson K. SPICe briefing: The National Health Service in Scotland. SPICe: The information centre; 2016.
http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-100_The_National_Health_Service_in_Scotland.pdf.
3. Healthcare Improvement Scotland. About us. Hämtad 2020-01-15 från http://www.healthcareimprovementscotland.org/about_us.aspx.
4. Learning report: Safer Patients Initiative. London: The Health Foundation; 2011.
5. Better Health, Better Care: Action Plan. Edinburgh: The Scottish Government; 2007.
6. Healthcare Improvement Scotland. Scottish Patient Safety Program: About us. Hämtad 2020-01-15 från <https://ihub.scot/spsp/about-us/>.
7. The Healthcare Associated Infektion (HAI) Task Force. The Scottish Government; 2011.
8. The Healthcare Quality Strategy NHS Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2010.
9. 2020 Vision. The Scottish Government; 2010. Hämtad 2020-01-15 från <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Policy/2020-Vision>.
10. Prescription for Excellence. Edinburgh: The Scottish Government; 2013.
11. Health and social care delivery plan. Edinburgh: The Scottish Government; 2016.
12. A national clinical strategy for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2016.
13. Healthcare Improvement Scotland. 10 years of SPSP. Hämtad 2020-01-15 från <https://ihub.scot/improvement-programmes/scottish-patient-safety-programme-spsp/spsp10/>.
14. Reilly J, Mullings A. The national agenda for Healthcare Associated Infection, Antimicrobial Resistance and Infection Prevention and Control in

Scotland: Structures, current priorities and programmes. Journal of Infection Prevention. 2017; 18(4): 2010-12.

15. Better Health, Better Care action plan. NHS; 2007.

16. The Scottish Government. Quality Alliance Board. Hämtad 2020-01-15 från <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Policy/Quality-Strategy/Quality-Alliance-Board>.

17. The Scottish Government. Scotland's National Performance Framework. Hämtad 2020-01-15 från <http://nationalperformance.gov.scot/>.

18. Hospital Standardised Mortality Ratios. NHS National Services Scotland; 2018. <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Indicators/Publications/2018-08-14/2018-08-14-HSMR-Summary.pdf>.

19. ISD Scotland. Quality Measurement Framework: Summary of progress. Hämtad 2020-01-15 från <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Quality-Measurement-Framework/Summary-of-Progress/>.

20. SPSP Acute Adult: End of phase report. Healthcare Improvement Scotland; 2016.

Landrapport Tyskland

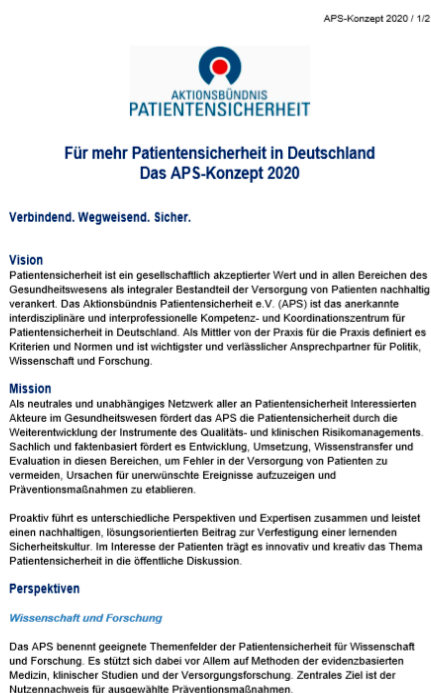
Innehåll

Introduktion.....	3
Beskrivning av den rådande kontexten.....	4
Översiktliga landfakta - Tyskland	4
Det tyska hälso- och sjukvårdssystemet består av många olika aktörer och är försäkringsbaserat	4
Det nationella patientsäkerhetsarbetet	5
Styrdokumentens struktur	10
Det finns en övergripande strategi med tillhörande handlingsplaner	10
Strategin är kortfattad medan handlingsplanerna varierar till sin karaktär	11
Behovet av kommunikationsstrategi ses nu som större än vad det tidigare gjorts	11
Nuvarande strategidokument gäller i åtta år	12
Styrdokumentens innehåll.....	13
Den övergripande strategin utgår från en vision som kopplas till föreningens mission och en rad fokusområden.....	13
Handlingsplanerna innehåller rekommendationer inom specifika områden	15
Etiska principer för patientsäkerhet har publicerats separat	15
Det är inte möjligt att fullständigt kategorisera styrdokumentets innehåll.....	16
Strategins processer	17
Det finns en tydlig process för framtagande av handlingsplaner och den övergripande strategin	17
Det finns ingen konkret beskrivning av processen för genomförande	19
Uppföljningsprocesser beskrivs inte i styrdokumentet	20
Strategins resultat	21
Resultat som kan kopplas till styrdokumentet finns inte eftersom dessa inte har utvärderats	21
Nyckelintressenters syn på styrdokumentet	21
Referenser	22

Introduktion

I analysen av Tyskland fokuserar vi på strategidokumentet "Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020" som kan översättas till: "För mer patientsäkerhet i Tyskland – APS-konceptet 2020". APS står för "Aktionsbündnis Patientensicherheit", vilket kan översättas till "Den tyska koalitionen för patientsäkerhet". Det är med andra ord APS strategi som analyserats. Som komplement, och för att få en helhetsbild av dokumenten som ligger till grund för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs på nationell nivå i Tyskland, har vi även undersökt tillhörande handlingsplaner som APS tagit fram. Handlingsplanerna fokuserar på olika tematiska områden såsom digitalisering, läkemedelsbehandling, medicinsk utrustning etcetera och kompletterar det övergripande strategidokumentet. Bakgrunden till varför dessa underlag studeras är att APS är en betydelsefull aktör inom patientsäkerhetsområdet och organisationens styrdokument är i mångt och mycket vägledande för det övergripande patientsäkerhetsarbetet i Tyskland. Något styrdokument, där en statlig aktör såsom parlamentet, regeringen eller en myndighet är avsändare, verkar dessutom saknas i Tyskland. Analysen har kompletterats med uppgifter från genomförd intervju med företrädare från APS samt information från organisationens hemsida (<https://www.aps-ev.de/>). Nedan redovisas resultatet från gjorda analyser utifrån det använda ramverket.

Figur 1. APS strategidokument "Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020" ses till vänster och de tematiska handlingsplanerna till höger



Beskrivning av den rådande kontexten

I detta avsnitt beskriver vi närmare det sammanhang som på olika sätt präglar styrdokumentet. Här besvaras exempelvis frågor kring vilka eventuella behov som ligger till grund för att styrdokumentet togs fram samt hur styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Översiktliga landfakta – Tyskland

Figur 2. Sammanställning av grundläggande landfakta (1),

Landfakta		
Befolkning (miljoner)	81 (2016)	
Medellivslängd (män/kvinnor, år)	79/83 (2016)	
Barnadödlighet (<5år per 1000/födslar)	3,7 (2017)	
Sjukvårdskostnad (%GDP)	11,3 (2013)	

Det tyska hälso- och sjukvårdssystemet består av många olika aktörer och är försäkringsbaserat

Det tyska hälso- och sjukvårdssystemet kan delas in i tre huvudsakliga områden: 1) poliklinisk öppenvård, 2) specialiserad sjukhusvård och 3) rehabiliteringsinsatser (3). Ansvar för utförande av vården fördelas på föreningar, professions- och vårdgivarföreträdare, hälsovårdsföretag, reglerande institutioner, det federala hälsoministeriet, patientorganisationer med flera. Hälso- och sjukvårdssystemet består och påverkas med andra ord av en mängd olika aktörer och organisationer.

Tysklands sjukvårdssystem skiljer sig från det svenska så till vida att det är försäkringsbaserat. En del av sjukvårdsförsäkringen är obligatorisk. I korthet innebär detta att samtliga medborgare med en bruttoinkomst under en viss nivå måste ha lagstadgad sjukvårdsförsäkring. Medborgare vars inkomst överstiger denna nivå kan istället välja en privat försäkring. Sjukvårdens finansiering baseras framför allt på försäkringspremier. Premierna betalas av försäkrade anställda och deras arbetsgivare. Även överskott från skatteintäkter bidrar till sjukvårdens finansiering. Trots att systemet är försäkringsbaserat och delvis bygger på privat finansiering präglas det, likt det svenska, av en solidaritetsprincip. Alla som omfattas av den obligatoriska försäkringen

bär gemensamt riskerna för sjukvårdskostnader och har rätt till lika vård och ersättning för utebliven lön vid sjukdom (motsvarande sjukpenning). Detta oavsett vilken inkomst eller premie de har. Den privata försäkringen är istället baserad på inkomst. Systemet innebär med andra ord att mer resursstarka grupper bär en större del av sjukvårdens kostnader. Dessa premier har dock ett finansieringstak (en så kallad ”inkomsttröskel”). Individer vars inkomst överstiger en viss nivå, betalar ändå samma pris för en maximal premie.

Det tyska hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som decentraliserat. Staten styr förvisso sjukvården genom att fastställa vissa villkor, men den största delen av ansvaret (inklusive finansieringen) av enskilda sjukvårdstjänster är delegerat till självstyrande organ inom systemet. Organen består bland annat av företrädare från professionen, exempelvis läkare, tandläkare, psykoterapeuter, företrädare från sjukhus, försäkringstagare med flera. Den högsta självstyrande enheten inom det lagstadgade sjukförsäkringssystemet är den samlade federala kommittén (Gemeinsamer Bundesausschuss). Kommittén ansvarar även för kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Arbetet stöds bland annat av Institutet för kvalitet och effektivitet i vården (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Institutet har bland annat i uppgift att bedöma fördelar och risker när det kommer till behandlingar och diagnostisering.

Det federala hälsoministeriet ansvarar för beslutsfattandet på federal nivå. Deras uppgifter består bland annat av att utveckla lagar och ta fram administrativa riktlinjer för sjukvårdens olika självstyrande enheter. Under ministeriet lyder ett antal institutioner och myndigheter med ansvar för sjukvårdsrelaterade frågor såsom läkemedel.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet

Undersökta patientsäkerhetsindikatorer från OECD uppvisar ingen tydlig trend i Tyskland

Analyser av data från OECD (se Figur 3 nedan) inom olika patientsäkerhetsindikatorer visar inga större variationer för fyra av sju patientsäkerhetsutfall i Tyskland.

En viss ökning i antal fall av post-operativ sepsis efter bukkirurgi kan ses under perioden 2011 till 2015. De två andra indikatorerna inom det kirurgiska området (post-operativ sårruptur och kvarlämnad främmande kropp under operation) visar dock inte på någon större förändring. Även antal fall av avvikelser inom det obstetriska fältet ligger på en relativt oförändrad nivå under perioden 2011 till 2015.

En tydlig minskning av antal fall av post-op djupventrombos efter protesoperation av höft eller knä kan dock ses under 2015 jämfört med 2011, vilket är positivt.

Sammanfattningsvis uppvisar data från de undersökta patientsäkerhetsindikatorerna ingen tydlig trend för utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i Tyskland.

Figur 3. Jämförelse av indikatorer för patientsäkerhet (OECD data) över tid i Tyskland



Patientsäkerhetsarbetet drivs framför allt av den fristående organisationen APS

I Tyskland drivs det nationella patientsäkerhetsarbetet till största delen av "Aktionsbündnis Patientensicherheit" (APS) ("Den tyska koalitionen för patientsäkerhet"). Enligt intervjuade företrädare från APS grundades organisationen år 2005 av volontärer från olika aktörer inom hälso- och sjukvården, som exempelvis vårdpersonal, företrädare från akademien, försäkringsbolag och patientorganisationer. Detta mot bakgrund av patientsäkerhetsforskning som fick stor spridning vid denna tidpunkt.

Enligt den intervjuade företrädaren för APS har APS i dagsläget drygt 7000 medlemmar och koalitionen syftar till att samla berörda vårdaktörer för att gemensamt arbeta för en säkrare hälso- och sjukvård. APS drivs som en helt fristående organisation men samarbetar med den federala regeringen i vissa förbättringsprojekt. Finansieringen av koalitionen utgörs till två tredjedelar av medlemsavgifter samt donationer och en tredjedel av medel från regeringen för att bedriva specifika projekt.

APS har kontinuerligt vidareutvecklat sin verksamhet och bland annat arbetat med att sammanställa kunskap, forskning och att utforma riktlinjer för hur vårdgivare mer systematiskt kan arbeta för ökad patientsäkerhet. År 2009 grundades Institutet för Patientsäkerhet (Institut für Patientensicherheit,

IFPS) som är det första universitetsbaserade institutet som forskar och undervisar inom patientsäkerhet. Fram till år 2017 stöttades institutet bland annat genom finansiering av APS.

Enligt den intervjuade företrädaren bedriver APS patientsäkerhetsarbete i Tyskland genom att inta en stödjande roll. Medlemmarna i koalitionen har själva ett genuint intresse för att förbättra patientsäkerheten, varför rätt stöd och verktyg kan bidra till att goda resultat uppnås. Dock menar den intervjuade företrädaren att denna stödjande funktion skulle behöva kompletteras med någon form av hårdare styrning i syfte att säkerställa att alla vårdgivare genomför förbättringsarbete inom patientsäkerhetsområdet.

*"Patientsäkerhetsarbetet måste drivas genom både en **stöttande funktion** som är motiverande men även en **hårdare styrning** som säkerställer att arbetet utförs"*

- Företrädare APS

År 2012 publicerade APS ett strategidokument med namnet "Für mehr Patientensicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020" (benämns som "Konzept 2020" härnäst), vilket innehåller en beskrivning av vilka områden koalitionen ska arbeta inom för att förbättra patientsäkerheten (4). Enligt den intervjuade företrädaren har detta dokument fungerat som en strategisk vägledning för koalitionen.

Just nu pågår ett arbete för att ta fram ett nytt styrdokument med mer specifika och konkretiserade fokusområden. Enligt den intervjuade företrädaren överväger APS att förankra dokumentet hos regeringen för att kunna få en nationell samsyn kring patientsäkerhetsarbetet, men inget beslut om detta har fattats ännu. Det är ännu inte bestämt om det nya dokumentet ska vara en påbyggnad av "Konzept 2020" eller helt och hållet ersätta "Konzept 2020". Det nya styrdokumentet baseras på ett underlag från en genomgång av internationellt och nationellt patientsäkerhetsarbete som presenteras i rapporten "APS-Weißbuch Patientensicherheit" (5). En medlem och forskare i APS har lett arbetet för genomgången.

*"Vi arbetar för tillfället med att ta fram ett **nytt styrdokument** med mer konkreta fokusområden. Detta kan bidra till ett mer fokuserat nationellt patientsäkerhetsarbete"*

- Företrädare APS

APS tar även kontinuerligt fram handlingsplaner inom specifika ämnen inom patientsäkerhetsområdet (6). Dessa handlingsplaner har en viss koppling till de arbetsområden som framkommer i strategidokumentet "Konzept 2020" – främst genom att de speglar arbetsområdenas tematiska innehåll. Handlings-

planerna innehåller rekommendationer inom specifika ämnen som anses aktuella av medlemmarna i koalitionen. En närmare beskrivning av hur dessa handlingsplaner tas fram finns längre fram i denna landrapport under rubriken "Det finns en tydlig process för framtagandet av den övergripande strategin och handlingsplaner".

Staten genomför vissa insatser för en förbättrad patientsäkerhet men inte lika fokuserat som APS

Parallellt med den verksamhet och de insatser, som APS genomför, bedrivs viss annat arbete för att förbättra patientsäkerheten på övergripande nivå inom den tyska hälso- och sjukvården (7). Det federala hälsoministeriet är sedan år 2016 med och anordnar en årlig internationell konferens på temat patientsäkerhet. Konferensen - "Global Ministerial Summit on Patient Safety" - samlar ledare och företrädare från olika länder samt globala organisationer såsom WHO, Världsbanken, OECD och EU för att gemensamt belysa och diskutera patientsäkerhet. Den samlade federala kommittén (Gemeinsamer Bundesausschuss) ansvarar bland annat för kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården genom att ta fram riktlinjer som vårdgivare ska följa. Det har även införts krav på vårdgivare att rapportera in avvikelser som sker i vården. Enligt intervjuade företrädare, är det dock något oklart i vilken utsträckning som det görs uppföljning av huruvida inrapportering sker.

Enligt intervjuade företrädare varierar engagemanget för patientsäkerhet och vilka intressefrågor som drivs efter vilka representanter som sitter i hälsoministeriet. Det finns ingen nationell strategi för patientsäkerhet från regeringens sida i nuläget. Vissa specifika strategier för exempelvis antibiotikaanvändning har dock publicerats av regeringen.

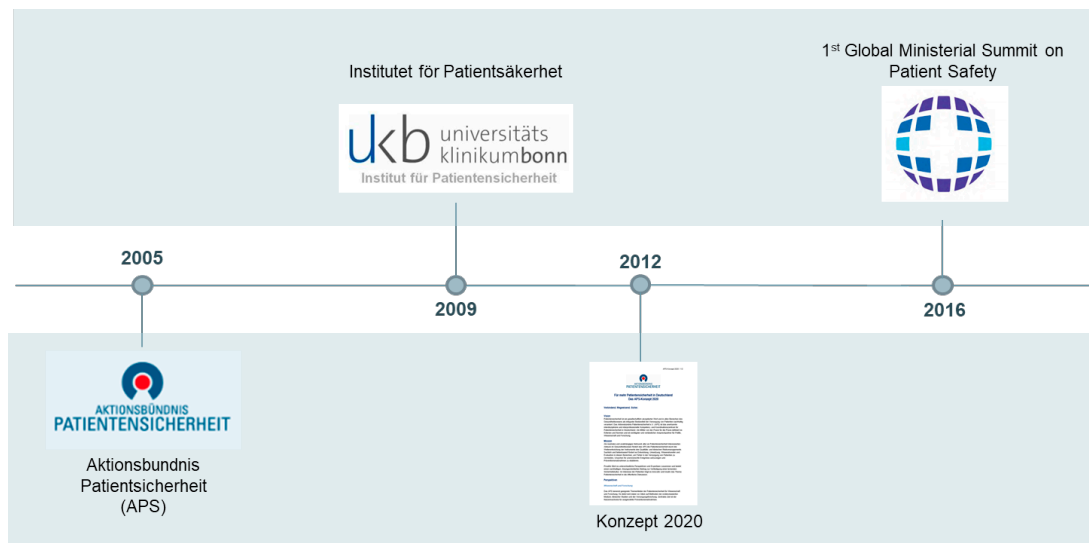
*"Vi har i nuläget **ingen nationell strategi** för patientsäkerhet från **regeringens sida**"*

- Företrädare APS

Utifrån ovanstående är vår bedömning att APS är den drivande organisationen för patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå i Tyskland. Därför anses strategidokumentet "Konzept 2020" tillsammans med handlingsplanerna vara de mest relevanta styrdokumentet för vår analys av det nationella patientsäkerhetsarbetet.

Se Figur 4 nedan för en visualisering som sammanfattar hur det tyska nationella patientsäkerhetsarbetet utvecklats över tid.

Figur 4. Tidslinje över patientsäkerhetsarbetet i Tyskland



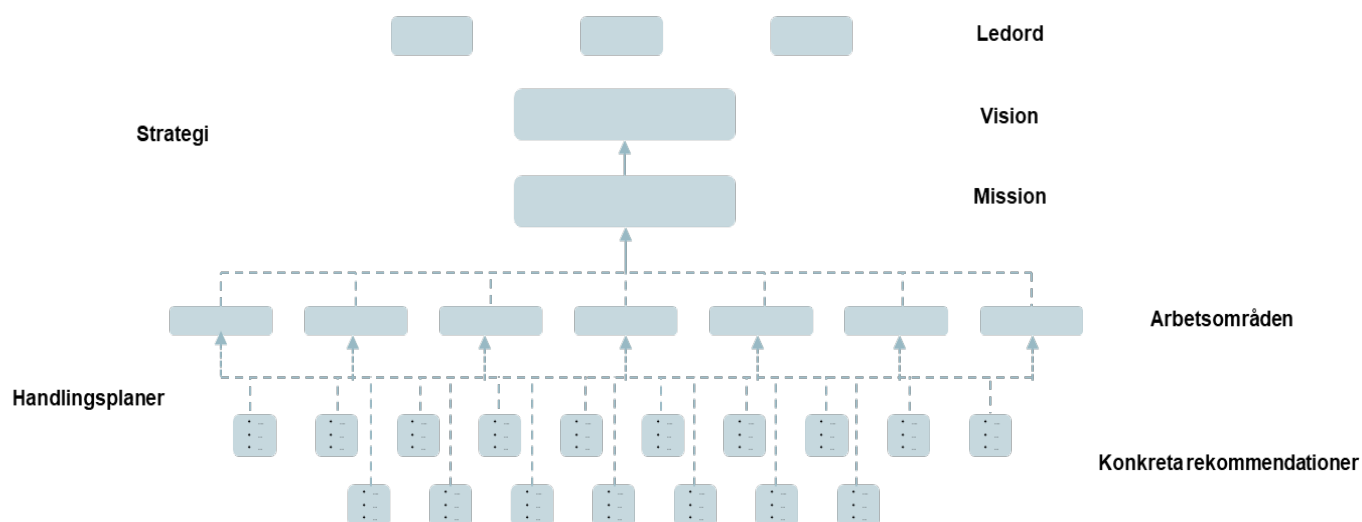
Styrdokumentens struktur

I detta stycke redovisas beskrivningar av styrdokumentens struktur. Här beskrivas bland annat frågor om vilka delar styrdokumentet består av samt vem eller vilka som är tilltänkta mottagare. Vi belyser även underlagens format, det vill säga är de omfattande eller kortfattade etcetera. Med styrdokument avses här det analyserade strategidokumentet ”Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020” (4) samt de tematiska handlingsplanerna (6).

Det finns en övergripande strategi med tillhörande handlingsplaner

Sammanfattningsvis består det övergripande strategidokumentet (Konzept 2020) av fyra huvudsakliga delar: 1) Tre ledord, 2) En vision som vägleder APS arbete fram till år 2020, 3) En mission för organisationens uppgifter och 4) Sju olika områden som organisationen arbetar utifrån. Utöver detta mer övergripande strategidokument finns det 17 stycken kompletterande styrdokument tillgängliga på koalitionens hemsida. Dessa innehåller bland annat förslag till åtgärder inom olika tematiska områden relaterade till patientsäkerhet. Eftersom dokumentens innehåll är kopplat till ledorden, visionen och områdena som framgår i strategin samt att de innehåller förslag på tydliga förbättringsområden, kan dessa betecknas som konkreta handlingsplaner vilka kompletterar strategin. För en visualisering av styrdokumentens olika delar se Figur 5 nedan.

Figur 5. Visualisering av styrdokumentets struktur



Strategin är framför allt intern, men handlingsplanerna riktar sig till vårdgivare och patienter

Den övergripande strategin (Konzept 2020) riktar sig främst till medlemmarna inom APS. Strategins syfte är helt enkelt att vägleda organisationens arbete i enlighet med den övergripande visionen. Eftersom organisationen genom sin verksamhet gör anspråk på att bidra till en förbättrad patientsäkerhet kan det dock tolkas som att strategin mer indirekt vänder sig till hälso- och sjukvårdens olika aktörer. De kompletterande styrdokumentet, det vill säga vad vi betecknar som handlingsplanerna, riktar sig däremot framför allt till vårdgivare och vårdpersonal.

Sammanfattningsvis kan sägas att styrdokumentet inte är skuret utifrån olika mottagnivåer (såsom mikro/meso/ makro-perspektiv).

Strategin är kortfattad medan handlingsplanerna varierar till sin karaktär

Strategidokumentet (Konzept 2020) är ett mycket kortfattat löptext-dokument på enbart två sidor. Dokumentet saknar helt och hållet visuella inslag. Dokumentet har inte översatts till engelska utan finns enbart tillgängligt på tyska. Detta försvårar möjligheten för icke-tysktalande personer att ta del av innehållet, vilket sett från ett tillgänglighetsperspektiv kan vara problematiskt. De tematiska handlingsplanernas format är svårare att generalisera då dessa ser olika ut. Några är kortfattade och påminner formatmässigt om broschyrer eller checklistor. De flesta är emellertid mer omfattande löptext-dokument (på mellan cirka 20–50 sidor) med eller utan visuella inslag.

Behovet av kommunikationsstrategi ses nu som större än vad det tidigare gjorts

I intervju med företrädaren från APS har organisationen hittills inte lagt något större fokus och kraft på att utveckla kommunikationsstrategier kring patientsäkerhet. En förklaring som nämns är att de medlemmar som ingår i koalitionen redan bedöms vara intresserade av patientsäkerhet, är med och tar fram de projekt som ska bedrivas och i hög grad även är delaktiga i genomförandet. Utifrån tidigare erfarenheter får organisationens projekt ofta även stor uppmärksamhet i media och har på så sätt kommunicerats ut naturligt till allmänheten. I takt med att organisationen växer sig större och i och med organisationens ambition att öka inflytandet över det nationella patientsäkerhetsarbetet, bedöms dock behovet av en kommunikationsstrategi ha ökat. Intervjurespondenten lyfter att en plan för kommunikation troligen kommer att tas fram i samband med publiceringen av det kommande styrdokumentet.

*"Vi har blivit mer **medvetna** om att **kommunikationsstrategier** behövs och kommer troligtvis ha detta i åtanke i arbetet med **nästa styrdokument**"*

- Företrädare APS

Den årliga ”Patientsäkerhetsdagen” (8) som anordnas av APS, med det huvudsakliga syftet att sprida uppmärksamhet kring patientsäkerhet till allmänheten, kan dock betraktas vara en del i organisationens kommunikation till allmänheten – trots att detta inte lyfts i intervjuer med företrädare för organisationen.

Nuvarande strategidokument gäller i åtta år

Den övergripande strategin (Konzept 2020), som publicerades år 2012, sträcker sig fram till år 2020, det vill säga totalt åtta år. Den intervjuade företrädaren kan inte ange någon specifik anledning till att just denna tidsperiod har valts. Vidare beskriver respondenten att giltighetstid för organisationens strategidokument vanligtvis inte definieras vid framtagning och att dokumenten förnyas eller anpassas vartefter organisationens medlemmar bedömer att behov finns. Detsamma gäller för de tematiskt inriktade handlingsplanerna som publiceras löpande.

*”Vi har **inte haft tidsramar** för våra dokument, utan **känner av** när dessa behöver förnyas”*

- Företrädare APS

Styrdokumentens innehåll

I detta avsnitt redovisar vi styrdokumentens innehåll. Här besvaras exempelvis frågor kring strategins tematiska fokus eller om innehållet utgår från något tydligt perspektiv. Vi beskriver också konkretisationsgraden i styrdokumentet närmare. Med styrdokument avses här det analyserade strategidokumentet ”Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020” (4) samt de tematiska handlingsplanerna (6).

Den övergripande strategin utgår från en vision som kopplas till föreningens mission och en rad fokusområden

De tre ledord som presenteras i den övergripande strategin (Konzept 2020) kan översättas som 1) Förenande, 2) Vägledande och 3) Säkert.

Den övergripande visionen är bred och består av flera delar. Visionen formuleras som att: *”Patientsäkerhet är ett accepterat, långsiktigt och väl förankrat värde i samhället och en integrerad del av hälso- och sjukvården. APS är erkänt som det centrala tvärvetenskapliga och interprofessionella samordningsorganet för patientsäkerhet i Tyskland. APS definierar kriterier och normer inom patientsäkerhetsområdet. APS är den viktigaste och mest tillförlitliga aktören inom patientsäkerhetsområdet för såväl politiken som för vetenskapen och forskningen”.*

Den tillhörande missionen är formulerad enligt följande: *”APS är ett neutralt och oberoende nätverk för samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården med intresse för patientsäkerhet. Med fokus på patientsäkerhet främjar APS denna genom vidareutvecklingen av verktyg för kvalitetsutveckling och klinisk riskhantering. APS arbetar för utveckling, implementering, kunskapsöverföring och utvärdering på ett sakligt och faktabaserat sätt. Detta i syfte att förebygga vårdrelaterade skador genom att identifiera orsaker och åtgärder till avvikelser/vårdrelaterade skador. APS bidrar till en proaktiv integrering av olika perspektiv och kunskapsområden samt till att på ett hållbart och lösningsorienterat sätt stärka en lärande säkerhetskultur. För att värna patienternas intressen, lyfter APS fram patientsäkerheten på ett innovativt och kreativt sätt i den offentliga debatten”.*

Som tidigare nämnts redovisas sju olika områden som organisationen arbetar inom. Insatser inom de olika områdena främjar enligt strategin en förbättrad patientsäkerhet. De sju områdena är:

1. Vetenskap och forskning
2. Utbildning och kompetenshöjande insatser
3. Vägledande underlag
4. Ekonomisk analys

5. Patientinvolvering
6. Strukturella och organisatoriska förutsättningar
7. Finansiella villkor

Se nedan för beskrivning av respektive område.

Vetenskap och forskning

APS identifierar relevanta forskningsfrågor och potentiellt intressanta studier inom patientsäkerhetsområdet. Utifrån detta bedrivs sedan kliniska studier och forskning med evidensbaserade angreppssätt. Det huvudsakliga målet med denna forskning är att identifiera effekterna inom olika typer av preventionsprogram.

Utbildning och kompetenshöjande insatser

APS verkar för en systematisk förankring av frågor inom patientsäkerhetsområdet genom utbildning, träning och fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att alla personer som arbetar – direkt eller indirekt med patienter - inom sjukvården ska ha adekvat kunskap om och praktiska färdigheter inom patientsäkerhetsområdet.

Vägledande underlag

I syfte att förbättra patientsäkerheten inom den tyska hälso- och sjukvården tar APS, i samarbete med sina samarbetspartners, fram underlag i form av riktlinjer och rekommendationer som riktar sig till vårdgivare. Underlagen är även tillgängliga för allmänheten.

Ekonomisk analys

APS genomför uppskattningar av de eventuella ekonomiska konsekvenser som uppstår till följd av utvecklingen och genomförandet av åtgärder inom patientsäkerhetsområdet.

Patientinvolvering

APS ska ses som en företrädare för patienters intressen. De inkluderar patienter, anhöriga och andra berörda aktörer i sin verksamhet.

Strukturella och organisatoriska förutsättningar

APS förordar och verkar för att ändamålsenliga strukturella samt organisatoriska förutsättningar för att en säker hälso- och sjukvård alltid ska finnas.

Finansiella villkor

APS synliggör vilka finansiella villkor som behövs för att säkra en stabil finansiering av åtgärder för förbättrad patientsäkerhet. Organisationen förespråkar i detta sammanhang att finansiering av utveckling, införande och uppföljning av patientsäkerhetsarbete systematiseras och permanentas på verksamhetsnivå.

Handlingsplanerna innehåller rekommendationer inom specifika områden

Som tidigare nämnts har kompletterande handlingsplaner identifierats. Handlingsplanerna finns inom en rad tematiska områden, såsom:

- **Digitalisering och patientsäkerhet** med fokus på riskhantering i vården.
- **Rapporterings- och lärandesystem** i syfte att kunna identifiera och förebygga avvikelser.
- **Patientsäkerhet vid användning av medicinsk utrustning** med fokus på genomgång av utrustningen samt vikten av att tillgängliggöra samstämmig information om utrustningen.
- **Kliniska riskhanteringssystem vid sjukhus** och hur dessa system kan utvecklas baserat på behovsanalyser.
- **Säker läkemedelsbehandling på sjukhus** med fokus på vissa läkemedel.
- **Riktlinjer och checklistor för fallolyckor på sjukhus** med fokus på äldre.
- **Säkerhet vid kirurgiska operationer** inklusive fokus på förebyggande insatser för kvarlämning av främmande föremål i operationsområdet.

Särskild patientinformation finns i vissa fall

I vissa fall kompletteras handlingsplanerna också med patientinformation. Informationen beskriver i regel sådant som patienterna själva kan tänka på och ta hänsyn till i kontakten med sjukvården i syfte att värna om sin egen säkerhet. Exempelvis finns ett informationsunderlag som heter: *”Att vara säker på sjukhuset – en guide för patienter (Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten)”* (9). Guiden ska fungera som ett konkret hjälpmedel för patienten när det kommer till vilken typ av information hon eller han bör lyfta fram utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Guiden påminner till exempel patienten om att berätta för vårdpersonalen vilka läkemedel hon eller han tar, om eventuella biverkningar, allergier etcetera.

Etiska principer för patientsäkerhet har publicerats separat

APS har även tagit fram ett dokument som sammanfattar etiska principer för arbetet med en förbättrad patientsäkerhet (*Ethische Letsätze zur Stärkung der Patientensicherheit*) (10). Principerna är formulerade utifrån subjektiva påståenden om förhållningssätt som bör, enligt dokumentet, prägla vårdgivarnas respektive vårdpersonalens patientsäkerhetsarbete. Dessa är:

- ”Vårt arbete utgår från patienternas välmående”.
- ”Vi skapar förutsättningar för att patienter ska kunna vara självständiga, och inom ramen för sina egna förutsättningar och förmågor, ta eget ansvar för sin egen säkerhet i kontakten med vården”.
- ”Vi arbetar konstruktivt och med förtroende för varandra; vi bidrar även enskilt till patientsäkerheten”.
- ”Vi delar med oss av all information som kan bidra till ökad patientsäkerhet”.

- ”Vi förvärvar kunskap om patientsäkerhet i ett så tidigt skede som möjligt och vi ser till att denna ständigt utvecklas”.
- ”Vi tar ansvar för och arbetar aktivt med att identifiera och kommunicera eventuella patientsäkerhetsrisker. Vi anpassar våra handlingar utifrån detta”.
- ”I de fall vi har organisatoriskt ansvar säkerställer vi att centrala strukturer och processer för patientsäkerhet etableras. Vi följer upp och utvecklar dessa löpande. Vi säkrar även tillgången till nödvändiga resurser”.

Det är inte möjligt att fullständigt kategorisera styrdokumentets innehåll

Då styrdokumentens (strategi och handlingsplaner) fokus varierar är det svårt att fullkomligt definiera styrdokumentens tematiska innehåll. I den övergripande strategin (”Konzept 2020”) finns en konstruktiv ansats där koalitionen betonar att den själv ska arbeta på ett lösningsorienterat och innovativt sätt. Vissa framgångsområden, exempelvis patientsäkerhetskultur, lyfts uttryckligen fram i missionen. Den övergripande visionen är av mer instrumentell karaktär och beskriver vad organisationen ska sträva efter på sikt. De redovisade fokusområdena i strategin kan i viss mån beskrivas som framgångsområden givet att de speglar förutsättningar för god patientsäkerhet, exempelvis patientinvolvering.

De så kallade handlingsplanerna är i sin tur relativt smalt inriktade på olika tematiska områden. Dessa kan närmast beskrivas som en kombination av såväl framgångsområden, riskområden som utfallsområden.

När det kommer till den använda definitionen av patientsäkerhet så verkar denna, utifrån vad som framgår av strategin, vara förhållandevis snäv. Den fokuserar framför allt på en minimerad skadefrekvens snarare än på att förbättra vårdens kvalitet överlag.

Sammanfattningsvis är det, utifrån ovanstående, inte möjligt att fullständigt kategorisera styrdokumentets innehåll.

Strategins processer

I detta avsnitt redovisas de centrala processer som kan kopplas samman med strategin respektive handlingsplanen. Exempel på frågor som besvaras är om styrdokumentet togs fram utifrån en viss process, exempelvis genom konsultationer eller förhandling? En annan viktig del handlar om att undersöka huruvida styrdokumentet beskriver olika centrala processer och i sådana fall vad som ingår i dessa. Med styrdokument avses här det analyserade strategidokumentet ”Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020” (4) samt de tematiska handlingsplanerna (6).

Det finns en tydlig process för framtagande av handlingsplaner och den övergripande strategin

Den företrädare från APS, som har intervjuats, berättar att organisationen har en standardiserad process för att ta fram de dokument som publiceras. Denna process har använts vid framtagning av den övergripande strategin ”Konzept 2020” och används även löpande för att ta fram de tematiska handlingsplanerna. Processen bygger på det arbete som bedrivs inom ramen för olika arbetsgrupper, vilka består av medlemmar från APS, experter från hälso- och sjukvårdens olika områden, samt patientföreträdare.

Processen beskrivs utförligt i ett dokument som går att ladda ner från organisationens hemsida och som heter ”Guide för att utveckla rekommendationer för åtgärder” (”Leitfaden Zur Erstellung Einer Handlungsempfehlung”) (11). Här beskrivs att processen kan delas in i sex olika faser:

1. Förslag om ny arbetsgrupp eller nya arbetsuppgifter tas fram i ledningsgruppen
2. Arbetsgruppen bildas
3. Arbetsgruppen utarbetar rekommendationer
4. Beslut om handlingsplan fattas
5. Offentliggörande och förberedande
6. Handlingsplanerna följs upp och uppdateras löpande

Se nedan för beskrivning av respektive fas.

1. Förslag om ny arbetsgrupp eller nya arbetsuppgifter tas fram i ledningsgruppen

I denna fas samlar APS ledningsgrupp in förslag på nya arbetsgrupper eller nya uppgifter för befintliga arbetsgrupper. I detta steg analyseras problemområdets relevans och området avgränsas och definieras för att uppgiften ska bli så konkret som möjligt. Därefter bestäms hur processen för det fortsatta arbetet ska utformas. Ledningsgruppen fattar sedan formellt beslut om att arbetsgruppen ska tillsättas.

2. Arbetsgruppen bildas

I nästa led identifieras lämpliga företrädare som ska ingå i arbetsgruppen. Önskvärt är att minst en patientföreträdare respektive företrädare från Institutet för Patientsäkerhet ingår. Beslut fattas även om vilka personer som ska utgöra arbetsgruppens ledning och vem som ska företräda arbetsgruppen i APS ledningsgrupp. En förberedelseträff anordnas i det första skedet och ett tillkännagivande om att arbetsgruppen tillsatts förmedlas till medlemmarna inom APS. Därefter har arbetsgruppen sitt första sammanträde.

3. Arbetsgruppen utarbetar rekommendationer

Denna fas kan sägas utgöra kärnan i arbetsgruppens arbete. Det är i detta skede som arbetsgruppen utformar rekommendationer. Arbetsgruppen inleder arbetet med att göra upp en tidsplan. De träffas i regel tre till fyra gånger under arbetsperioden och vid behov anordnas telefonkonferenser. Målet är att rekommendationerna ska utvecklas inom 12–18 månader. I arbetet ingår att skapa samsyn inom arbetsgruppen kring vilka rekommendationer som ska ingå. Till sin hjälp har arbetsgruppen externa experter och specialister inom det specifika området. Även relevanta fackförbund och patientorganisationer ombeds att lämna synpunkter innan rekommendationerna fastställs. I kvalitetssäkrande syfte redovisas rekommendationerna på förhand för en mindre målgrupp. Detta för att få en bild av huruvida rekommendationerna kan anses vara begripliga, kompletta och om de är möjliga att omsätta till konkret handling. Därefter tar arbetsgruppen fram ett preliminärt utkast av handlingsplanen som helhet.

4. Beslut om handlingsplan fattas

Den preliminära versionen av handlingsplanen förmedlas till APS ledningsgrupp. Ledningsgruppen vidarebefordrar denna till APS olika medlemmar samt tillgängliggör den på hemsidan. Medlemmarna och allmänheten ges då möjligheter att komma med synpunkter på underlaget via en standardiserad enkät. Synpunkterna samlas in och ligger till grund för arbetsgruppens fortsatta bearbetning av handlingsplanen. Avslutningsvis skickas det färdiga förslaget till APS ledningsgrupp som sedan fattar formellt beslut om att handlingsplanen ska publiceras.

5. Offentliggörande och förberedande

Efter att formellt beslut har fattats, ska handlingsplanens innehåll kommuniceras och spridas. Det finns särskilda rutiner för hur detta ska ske. Först genomgår underlaget korrekturläsning och därefter bearbetas dokumentets layout av en särskild designavdelning. Allt material publiceras sedan på hemsidan och i vissa fall trycks fysiskt material. För att öka det kommunikativa genomslaget skickar APS ut pressmeddelanden och anordnar eventuella presskonferenser eller events. De skickar även ut informationen via e-post, fysiska brev och särskilda nyhetsbrev. Även berörda eller intresserade aktörer kan publicera handlingsplanen på sin hemsida, eller använda den i olika

sammanhang till exempel workshops eller konferenser. Det uttalade målet är att samtliga vårdgivare ska ha tillgång till och använda rekommendationerna. Vårdgivaren bör anpassa rekommendationerna till rådande lokala förutsättningar, det vill säga att åtgärderna integreras i befintliga arbetssätt

6. Handlingsplanerna följs upp och uppdateras löpande

Handlingsplanernas innehåll ska följas upp och kontrolleras löpande. Detta i syfte att få klarhet i om eventuella uppdateringar behövs. Denna typ av uppföljning görs antingen av APS ledningsgrupp, eller av ledningsgruppen utsedd person. Hur ofta uppföljningar görs varierar i regel mellan olika dokument, men det brukar vara mellan vart tredje till vart femte år. Den ansvariga arbetsgruppen fattar beslut om när uppföljningarna ska ske. Det finns även tydliga rutiner för hur kontrollerna ska ske. Inledningsvis undersöker ledningsgruppen om eventuella uppdateringar av dokumentet behövs. Ledningsgruppen för APS fattar gemensamt beslut med arbetsgruppens ledning om uppdateringarna ska göras av den befintliga arbetsgruppen eller om en ny grupp ska tillsättas. Gruppen som får ansvaret granskar sedan handlingsplanen och gör bedömningar om ytterligare material behöver tas fram.

Det finns ingen konkret beskrivning av processen för genomförande

I det övergripande strategidokumentet "Konzept 2020" redovisas sju olika arbetsområden för APS, men ingen konkret beskrivning av vilket arbete som ska ske inom dessa områden framgår. De handlingsplaner som har tagits fram av APS publiceras för allmänheten och det är sedan upp till vårdgivarna att hitta processer för att implementera dessa. Eftersom representanterna från vårdgivarna oftast ingår i de arbetsgrupper som har tagit fram handlingsplanerna, beskrivs det dock som att det ofta finns ett intresse för att genomföra åtgärderna redan från början.

Parallellt med framtagning av handlingsplanerna arbetar APS även med att driva ett fåtal förbättringsprojekt. Exempel på projekt som bedrivs i nuläget är "CIRSforte", som har som syfte att hjälpa vårdgivare att implementera rapporterings- och inläringssystem för vårdrelaterade avvikelser i deras verksamheter (12). Exempel på ett tidigare genomfört och uppmärksammat projekt är en nationell kampanj med namnet "Aktion Saubere Hände" (13). På svenska kan detta översättas till "Åtgärder för rena händer". Denna kampanj hade som mål att öka uppmärksamheten kring handhygien hos både vårdpersonal och allmänheten i syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner.

Den intervjuade företrädaren beskriver även att APS ser det som prioriterat att samverka med myndigheter, organisationer och andra berörda aktörer. Exempelvis ses involvering av patienter som en viktig aspekt i allt arbete som bedrivs av APS. Koalitionen försöker aktivt få fler patienter/patientorganisationer att bli medlemmar i organisationen, bland annat genom att erbjuda gratis medlemskap. APS deltar även i diskussioner med regeringen och myndigheter för att påverka lagstiftningen på ett sätt så att patientsäkerhet i den

tyska hälso- och sjukvården ska stärkas. Vidare, välkomnas representanter från regeringen i att delta i APS arbetsgrupper.

*"Vi försöker **aktivt att involvera mer patienter i**
vårt arbete"*

- Företrädare APS

Uppföljningsprocesser beskrivs inte i styrdokumentet

Någon redovisning beskrivs inte i dokumentet av hur effekten och resultaten ska följas upp från den övergripande strategin eller från implementeringen av rekommendationerna i handlingsplanerna. Den intervjuade företrädaren för APS berättar, att det inte finns planer på att utvärdera strategidokumentet "Konzept 2020", men att ett arbete pågår för utvärdering av effekten av handlingsplanerna. Bland annat planeras utskick av en enkät till vårdgivarna (på sjukhusen) för att hämta in åsikter kring handlingsplanernas rekommendationer.

Den intervjuade företrädaren tillägger, att det idag saknas bra metoder för att mäta och följa upp patientsäkerheten i Tyskland. Det pågår för tillfället diskussioner med forskningsledare inom området kring att utveckla ett standardiserat program för mätning av patientsäkerhet i landet.

*"Vi har haft möten med **forskningsledare** för
att diskutera fram **ett förslag kring mätning
och uppföljning** av patientsäkerhet"*

- Företrädare APS

Strategins resultat

Nedan presenteras styrdokumentets eventuella resultat. Exempel på frågor som besvaras är om goda resultat kan kopplas direkt till styrdokumentet eller mer till styrningen eller organiseringen i stort? Med styrdokument avses här det analyserade strategidokumentet ”Für mehr Patientsicherheit in Deutschland – Das APS-Konzept 2020” (4) samt de tematiska handlingsplanerna (6).

Resultat som kan kopplas till styrdokumentet finns inte eftersom dessa inte har utvärderats

Eftersom styrdokumentet inte har genomgått någon utvärdering finns det inga resultat kring patientsäkerhet som kan kopplas till dokumentet. Den intervjuade företrädaren bekräftar att sådana resultat inte finns tillgängliga.

Sammanställningar av rapporterade avvikelser inom den tyska hälso-och sjukvården är också svåra att finna genom skrivbordsanalys. Gällande övrig uppföljning beskriver intervjurespondenten, att den samlade federala kommittén (som tar fram riktlinjer för sjukvården) följer upp vissa kvalitetsindikatorer. Dessa resultat är dock inte tillgängliga för allmänheten.

Nyckelintressenters syn på styrdokumentet

Enligt intervjuade företrädare har ingen utvärdering av nyckelintressenters syn på dokumentet gjorts. Detta eftersom de flesta av dessa aktörer själva har varit involverade i framtagandet av dessa dokument.

Referenser

1. World Health Organization. Countries: Germany. Hämtad 2020-01-17 från <http://www.who.int/countries/deu/en/>.
2. The World Bank. Mortality rate, under-5 (per 1000 live births). Hämtad 2020-01-17 från <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DE>.
3. Health care in Germany: The German health care system. Cologne: IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care); 2018.
4. OECD.Stat: Health care quality indicators. Hämtad 2020-01-17 från <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51884>.
5. Für mehr Patientensicherheit in Deutschland Das APS-Konzept 2020. Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2012. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/APS_Konzept_2020_final.pdf.
6. Schrappe M. APS-Weißbuch Patientensicherheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018.
7. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Handlungsempfehlungen. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>.
8. Bundesministerium für Gesundheit. Patientensicherheit. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit.html>.
9. Aktionsbündnis Patientensicherheit. Hämtad 2020-01-17 från <http://patient-safety-day.org/index.html>.
10. Staying safe in hospital: Recommendations for patients and their relatives. APS-Arbeitsgruppe "Informieren-Beraten-Entscheiden; 2016. <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/03/Staying-safe-in-hospital-1.pdf>.
11. The Ethical Guiding Principles to improve Patient Safety. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2018.
12. Leitfaden Zur Erstellung Einer Handlungsempfehlung. Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2017. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/APS_AG_Leitfaden_2017.pdf.
13. Aktionsbündnis Patientensicherheit CIRSforte. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.cirsforte.de/>.

14. Aktion Saubere Hände. Hämtad 2020-01-17 från <https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/>.