

Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Rapportering av regeringsuppdrag S2018/04111/FS
(delvis)

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

Artikelnummer 2020-1-6590

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2020

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Denna rapport utgör Socialstyrelsens redovisning av hur uppdraget har utförts.

Socialstyrelsen har i uppdraget samverkat med ett stort antal aktörer såsom myndigheter, nationella organisationer, experter, representanter för huvudmännen, patient- och anhörigorganisationer, m.fl. Rapporten riktar sig till regeringen samt andra som har intresse av ämnesområdet.

Projektledare har varit Charlotta George, sakkunnig i patientsäkerhet, och ansvarig enhetschef har varit Jonas Bergström. Den interna projektgruppen har bestått av jurist Agneta Calleberg, administratör Christine Cassmer, utredare Louise Djurberg, utredare Axana Haggar, utredare Kirsi Laitinen Kennebäck, medicinskt sakkunnig Urban Nylén, kommunikationsstrateg Brita Schedin och sakkunnig i patientsäkerhet Carina Skoglund.

Socialstyrelsen vill tacka alla externa aktörer som har medverkat i genomförandet av uppdraget.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
En nationell handlingsplan, framtagen i bred samverkan	7
Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad	8
Socialstyrelsens bedömningar	8
Uppdraget	10
Socialstyrelsens tolkning av uppdraget	10
Rapportens disposition	11
Genomförande	12
Samverkan	12
Behovskartläggning	15
Internationell utblick	15
Kartläggning av regionala och kommunala styrdokument	16
Inventering av andra nationella satsningar och initiativ	17
Studiebesök	17
Remissförfarande	17
Styrkor och svagheter i genomförandet	18
Bakgrund	20
En god och säker vård	20
Goda resultat men fortfarande skadas patienter	20
Mycket har gjorts för att skapa en säkrare vård	24
Den statliga styrningen och stödet	25
Synen på säkerhet i hälso- och sjukvården har utvecklats över tid	29
Internationellt arbete inom patientsäkerhetsområdet	34
Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet	35
Rättslig reglering	45
Inledning	45
God vård	45
Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete	46
Huvudmän och patientsäkerhet	51
Hälso- och sjukvårdspersonal och patientsäkerhet	53
Patienter och patientsäkerhet	55
Personuppgiftsbehandling	58
Sekretess och tystnadsplikt	59
Lärdomar och resultat från delstudier	61
Behovskartläggning	61
Internationell utblick	67

Kartläggning av styrdokument i regioner och kommuner	71
Nationella uppdrag och satsningar med koppling till patientsäkerhet ..	72
Utformningen av handlingsplanen	80
Dialog och samverkan var centralt i arbetet	80
Handlingsplanens struktur togs fram i en framväxande process	81
Handlingsplanens slutliga struktur och innehåll	88
Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet	92
Uppföljningen bidrar till utveckling	92
Uppföljningen delas in i tre områden	93
Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen	95
Kommunikation och stöd till implementering	98
Referenser	101
Bilagor	107
Bilaga 1. Deltagare i expertgrupp	107
Bilaga 2. Sändlista remiss	108
Bilaga 3. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024	110

Sammanfattning

Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför ser regeringen behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet.

Arbetet för att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården behöver ta ytterligare steg för att hantera både dagens och morgondagens behov och utmaningar. Det handlar bl.a. om den medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering, e-hälsa, organisatoriska förändringar och nya vårdformer, exempelvis omställningen till nära vård, ekonomiska förutsättningar och avvägning mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper samt tillgången på personal med adekvat kompetens.

Syftet med handlingsplanen är att stödja så att säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården utvecklas. Handlingsplanen är inte bindande för huvudmännen utan har tagits fram för att kunna användas av kommuner och regioner för att de genom egna handlingsplaner ska kunna etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Den nationella handlingsplanen ska således vara ett stöd för huvudmännen i deras arbete med patientsäkerhet.

Socialstyrelsen bedömer att det i det framtida arbetet med handlingsplanen behövs insatser för att samordna aktiviteter mellan myndigheter, nationella organisationer och andra berörda aktörer.

En nationell handlingsplan, framtagen i bred samverkan

Mottagare för den nationella handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Men myndigheter, nationella organisationer, företrädare för lärosäten, experter och politiker är också berörda. Handlingsplanen har tagits fram i nära samverkan med berörda myndigheter, företrädare för huvudmännen, nationella organisationer, professionsföreningar, företrädare för privata vårdgivare, patienter och närstående, studenter samt experter inom patientsäkerhetsområdet.

Utvecklingen behöver bygga vidare på det goda arbete som bedrivs och samtidigt kraftsamla inom ett antal områden för att utveckla och stärka patientsäkerheten. Handlingsplanen beskriver därför ett antal grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behöver stärkas för en god och säker vård. Drygt 30 nationella åtgärder lyfts i handlingsplanen, som gäller mellan åren 2020–2024.

Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad

Den nationella handlingsplanen har utformats med målet att den ska bidra till ökad patientsäkerhet genom

- ökad kunskap och vägledning,
- att bidra med en struktur där prioriterade områden tydliggörs,
- en tydlig koppling där mål, åtgärder och uppföljning hänger samman.

Handlingsplanen inleds med övergripande information om handlingsplanens syfte, mottagare, övergripande struktur och en bakgrund. Vidare lyfts nationella uppdrag och initiativ inom hälso- och sjukvården som har en koppling och påverkan på patientsäkerhet. Även det pågående internationella arbetet lyfts, liksom behovet och strukturen för nationell samverkan och stöd.

Handlingsplanen innehåller en vision och övergripande mål. Visionen är God och säker vård – överallt och alltid. Det övergripande målet är Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Visionen och målet är formulerade för att betona en bred ansats i säkerhetsarbetet, som både inkluderar perspektiven närvaro av säkerhet och frånvaro av skador. Alla verksamhetsområden berörs i alla situationer i hela hälso- och sjukvården.

För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder. Fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Därefter berörs den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet. Avslutningsvis beskrivs de aktörer som har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten.

Socialstyrelsens bedömningar

För att nå ett kraftfullt genomförande av handlingsplanens åtgärder gör Socialstyrelsen följande bedömningar.

Samverkan i ett nationellt råd för patientsäkerhet

I det fortsatta arbetet kring genomförandet av de nationella åtgärderna i handlingsplanen behöver de olika aktörerna samverka i ett nationellt råd för patientsäkerhet. Rådet behöver ha representanter på expertnivå från berörda myndigheter, organisationer och huvudmän. Ytterligare aktörer kan ingå i rådet vid behov. Socialstyrelsen kommer att ta initiativ till att en sådan samverkan kommer till stånd. I rådet kommer samverkan att ske kring genomförandet av åtgärderna i handlingsplanen, så att det blir så effektivt och tydligt som möjligt. Som stöd till rådet behöver det bildas en referensgrupp med företrädare för patienter och närstående och experter med särskild sakkunskap inom patientsäkerhet. I rådet bidrar respektive myndighet och organisation utifrån sin roll och sitt uppdrag och de bidrar även med kunskap och information om pågående nationella satsningar och initiativ som har bäring på patientsäkerheten. I rådet behöver det samverkas kring att konkretisera, prioritera och dela upp de insatser och åtgärder som framgår av handlingsplanen mellan de berörda aktörerna. Aktörerna behöver förankra prioriterade insatser och åtgärder inom de egna organisationerna. Samverkan i rådet behövs även kring uppföljning och revidering av handlingsplanen.

Socialstyrelsen är en plattform i stödet till kommuner och regioner

Inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstyrande uppdrag, vilket ska vara anpassad till de behov som huvudmän samt olika professioner har och vara ett stöd för dessa, ser Socialstyrelsen att myndigheten utgör en plattform för stöd till kommuner och regioner. Det är centralt för genomförandet av handlingsplanen, liksom för samordning och uppföljning på nationell nivå. Syftet är att skapa ett långsiktigt och hållbart patientsäkerhetsarbete och att ge förutsättningar för att

- arbeta i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet,
- stödja kommuner och regioner i omställningen till en god och nära vård,
- bidra till att patienterna får en trygg och säker vård.

Insatser på nationell nivå med central betydelse för patientsäkerheten

Socialstyrelsen gör bedömningen att övergripande insatser på nationell nivå kan skapa förutsättningar för ett kraftfullt arbete med patientsäkerhet. Tydliga mandat och långsiktighet är centralt för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Regeringen kan tydliggöra förväntningar och krav på patientsäkerhet i t.ex. instruktioner, regleringsbrev samt regeringsuppdrag till myndigheter och i överenskommelser med organisationer.

Uppdraget

Socialstyrelsen har den 12 juli 2018 fått i uppdrag att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå [1]. I uppdraget ingår att utarbeta en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens arbete med ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen bör innehålla övergripande mål- och fokusområden, åtgärder samt en plan för uppföljning på regional och nationell nivå. Planen ska kunna användas av regioner och kommuner för att genom regionala handlingsplaner etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.¹

Uppdraget ska genomföras i nära samråd med berörda myndigheter och organisationer, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)², huvudmännens nya organisation kring kunskapsstyrning, professions- och patientorganisationer, experter inom patientsäkerhetsområdet samt privata vårdgivare.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 januari 2020 [2].

Socialstyrelsens tolkning av uppdraget

Enligt Socialstyrelsens tolkning av uppdraget behöver handlingsplanens struktur vara uppbyggd så att den kan stödja regioner och kommuner i patientsäkerhetsarbetet och innehållet relevant. Arbetet behöver bygga på nuläget inom patientsäkerhetsområdet, både nationellt som internationellt och även ta höjd för den strukturomvandling som pågår inom hälso- och sjukvården i Sverige, t.ex. omställningen till god och nära vård med fokus på primärvården eller digitaliseringen. Arbetet behöver också beakta det pågående patientsäkerhetsarbetet hos huvudmännen för att få en bild av hur en nationell handlingsplan kan stödja huvudmännen. Det är därför centralt att uppdraget genomförs i bred samverkan och nära samråd med berörda aktörer för att involvera brett, lyssna in och tillsammans utarbeta handlingsplanen.

Regioner och kommuner sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund enligt 14 kap. 2 § regeringsformen (läs mer om detta i avsnittet Rättslig reglering). En nationell handlingsplan kan av den anledningen inte styra patientsäkerhetsarbetet hos huvudmännen på detaljnivå.

Vidare behöver handlingsplanen förhålla sig till, samt hålla sig inom ramar för, gällande lagstiftning inom patientsäkerhetsområdet.

Enligt uppdraget ska handlingsplanen kunna användas av regioner och kommuner. En stor del av hälso- och sjukvården i Sverige utförs av privata vårdgivare. Det sker inte sällan genom avtal med regioner och kommuner. Privata vårdgivare, som har avtal med regioner och kommuner, omfattas in-

¹ Alla landsting har från den 1 januari 2019 blivit regioner. I rapporten används därför begreppet regioner.

² Den 27 november 2019 bytte Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, namn till Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. I rapporten används därför Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

direkt av handlingsplanen via regionernas och kommunernas egna handlingsplaner. Övriga privata vårdgivare, som bedriver hälso- och sjukvård i egen regi utan avtal, kan dock liksom regioner och kommuner använda handlingsplanen för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.

Rapportens disposition

Denna rapport innehåller en beskrivning av hur Socialstyrelsen genomförde arbetet med att ta fram den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen bifogas som bilaga till rapporten.

Rapporten inleds med en beskrivning av uppdraget och hur Socialstyrelsen utförde det. Därefter beskrivs nuläget och utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. Avsnittet som följer beskriver den rättsliga regleringen som styr patientsäkerhetsarbetet. Även andra rättsliga områden som påverkar patientsäkerhetsarbetet beskrivs. Därefter följer resultaten och lärdomarna från de olika delstudier som Socialstyrelsen använde i genomförandet av uppdraget. Avslutningsvis redovisas hur handlingsplanens struktur och innehåll utformades och vilka överväganden som var vägledande i det arbetet.

Genomförande

I detta avsnitt beskrivs vilka metoder och delstudier som Socialstyrelsen använde i genomförandet av uppdraget. Utförligare detaljer och resultat finns redovisade senare i rapporten.

Samverkan

Socialstyrelsen genomförde uppdraget i bred samverkan med externa aktörer. Syftet med samverkan var att genom en inkluderande och transparent dialog och process lyssna in de olika aktörernas behov av och synpunkter på en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, löpande stämma av vid principiella vägval och tillsammans arbeta fram handlingsplanen.

Samverkan bestod av regelbundna samverkansmöten samt workshops med olika grupper (se nedan för grupperna), gemensamma samverkansmöten då olika grupper samlades och enskilda avstämningsmöten med olika aktörer från respektive grupp.

Socialstyrelsens interna projektorganisation

Den interna projektorganisationen på Socialstyrelsen bestod av en styrgrupp och en projektgrupp. Projektgruppen, som träffades löpande under projekttiden, involverade sakkunniga, samordnare, utredare, jurister och kommunikatörer på Socialstyrelsen.

Utökad projektgrupp med NSG Patientsäkerhet

Med anledning av regionernas nationella system för kunskapsstyrning [3], som etablerades av regionerna med stöd av SKR, och vikten av att en nationell handlingsplan kopplar till och stödjer regionernas befintliga kunskapsstyrningssystem samverkade Socialstyrelsen under hela projekttiden med Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet (NSG Patientsäkerhet). Dessutom ingick NSG Patientsäkerhet, tillsammans med SKR:s representant, från december 2018 i Socialstyrelsens interna projektgrupp. Sammanlagt träffade Socialstyrelsen NSG Patientsäkerhet vid 12 tillfällen under projekttiden, varav ett tillfälle var en workshop över två dagar.

Expertgrupp

Socialstyrelsen knöt en grupp experter med särskild sakkompetens inom patientsäkerhetsområdet till projektgruppen, se bilaga 1 för deltagande experter. Experterna representerade olika delar av hälso- och sjukvården, t.ex. barnsjukvården, hemsjukvården, primärvården, psykiatri och den prehospitala hälso- och sjukvården. Även olika forskningsområden med bäring på patientsäkerhet var representerade, t.ex. säkerhetskultur, kommunikation och simuleringsträning, utredningar och lärande, psykologi och arbetsmiljö. Seniora experter med lång erfarenhet av patientsäkerhetsarbetet i Sverige ingick också i gruppen. Socialstyrelsen träffade expertgruppen vid sex tillfällen under projekttiden.

Samverkansgrupp med myndigheter och nationella organisationer

En samverkansgrupp med berörda myndigheter och nationella organisationer med uppdrag inom patientsäkerhet bildades. I gruppen deltog följande myndigheter:

- Arbetsmiljöverket
- E-hälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten
- Forte, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
- Inspektionen för vård och omsorg, IVO
- Läkemedelsverket
- Strålsäkerhetsmyndigheten, SSM

Följande nationella organisationer ingick i samverkansgruppen:

- Sveriges Kommuner och Regioner, SKR
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf
- Företrädare för Sveriges patientnämnder
- Vårdföretagarna Almega, som representant för privata vårdgivare
- Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering MAS-MAR, som representant för den kommunala hälso- och sjukvården

Samverkansgruppen träffades gemensamt vid sex mötestillfällen under projektiden. Vidare hade Socialstyrelsen enskilda avstämningar med myndigheterna för att fånga upp synpunkter från respektive myndighets perspektiv. Socialstyrelsen hade dialog med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och träffade även Universitetskanslersämbetet, UKÄ, samt Statens Haverikommission, SHK, för enskilda avstämningar.

Samverkan med professionsföreningar och fackliga företrädare

Socialstyrelsen genomförde möten med professionsföreningar och fackförbund genom nätverket Samverkan för Säker Vård, både i form av gemensamma möten och genom enskilda avstämningar. Följande organisationer, professionsföreningar och fackförbund ingår i nätverket:

- Dietisternas Riksförbund
- Riksorganisationen för idéburen välfärd, FAMNA
- Fysioterapeuterna
- Kommunal
- Löf
- SKR
- Svenska Läkaresällskapet
- Svensk Sjuksköterskeförening
- Sveriges Arbetsterapeuter
- Sveriges Läkarförbund

- Sveriges Tandläkarförbund
- Vårdförbundet
- Vårdföretagarna Almega

Socialstyrelsen träffade nätverket vid tre tillfällen under projekttiden samt respektive förening eller förbund vid ett enskilt tillfälle.

Samverkan med representanter för studentorganisationer

Hösten 2018 bjöd Socialstyrelsen in studentföreningar från hälso- och sjukvårdens utbildningar till en workshop med anledning av uppdraget. Följande föreningar bjöds in:

- Akademikerförbundet SSR Student
- Arbetsterapeutstudenterna
- Dietisternas Riksförbund studentsektion
- Fysioterapeuterna studentråd
- Farmaceuterna student
- Hälsoakademikerna
- Svenska Läkaresällskapets Kandidat och Underläkarförening
- Naturvetarnas studentråd
- Psykologförbundet studeranderåd
- Studentsektioner inom SRAT
- Sveriges läkarförbund student
- Vårdförbundet student

Efter workshoppen bjöds representanter för nätverket Sveriges Hälso- och sjukvårdsstudenter, SHSS, [4] in till att ingå i samverkansgruppen för myndigheter och nationella organisationer.

Dialog med representanter för patienter och närstående

Socialstyrelsen bjöd hösten 2018 in 22 patient- och anhörigorganisationer till en workshop med anledning av uppdraget. Syftet var att lyssna in patienters och närståendes synpunkter på en nationell handlingsplan. Följande organisationer bjöds in:

- Anhörigas Riksförbund
- Autism- och Aspergerförbundet
- Barncancerfonden
- Cancerfonden
- Demensförbundet
- Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)
- Riksförbundet HjärtLung
- Hörselskadades Riksförbund
- Livlinan, Suicidprevention i Väst
- Mag-och tarmförbundet
- Neuroförbundet
- Nationell Samverkan för Psykisk hälsa

- Patientperspektiv
- Personskadeförbundet RTP
- Reumatikerförbundet
- Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
- Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar
- SPF Seniorerna
- STROKE-Riksförbundet
- Svenska Diabetesförbundet
- Tandvårdsskadeförbundet
- Ung cancer

Behovskartläggning

Under hösten 2018 genomfördes fem workshoppar med berörda aktörer för att inhämta synpunkter på en nationell handlingsplan för patientsäkerhet samt på nationell samordning. Arbetet genomfördes med stöd av tjänstedesignbyrån Itch.

Workshoppar genomfördes med NSG Patientsäkerhet, representanter från myndigheter och nationella organisationer, experter och forskare inom patientsäkerhetsområdet, patient- och närståenderepresentanter samt representanter för studentorganisationer. Varje workshop genomfördes enligt samma upplägg och behandlade samma frågeställningar som koncentrerades kring följande områden:

- Behov kring nationell samordning inom patientsäkerhetsområdet.
- Tankar kring en nationell handlingsplan.
- Utformningen av en nationell handlingsplan i syfte att ge stöd i patientsäkerhetsarbetet.
- Övriga medskick, inspel och förslag.

Varje deltagare fick svara på frågor med utgångspunkt från den organisation hen representerade. Därefter kunde frågan diskuteras i ett öppet samtal. Varje deltagare fick ett arbetsmaterial att använda under workshoppen för att dokumentera sina svar på frågorna. Materialet kunde sedan användas i sammanställningen av workshoppen. Resultaten summerades per grupp, jämfördes sinsemellan och låg sedan till grund i det fortsatta arbetet.

Internationell utblick

På uppdrag av Socialstyrelsen genomförde Lumells Associates AB en internationell utblick under 14 veckor under hösten 2018 [5]. Syftet var att lära av andra länders och organisationers strategiska patientsäkerhetsarbete och dess effekter för att bidra med lärdomar i arbetet med framtagandet av en svensk nationell handlingsplan.

Utblicken baserades på ett urval av nationella, nordiska och internationella strategier och handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet. Tio länder och tre organisationer ingick i analysen. Analysmetoden grundade sig dels på skrivbordsanalys, dels på intervjuer.

Som struktur för analysen av respektive lands eller organisations styrdokument användes ett analysramverk. Ramverket syftade till att bidra med en struktur till genomgången av styrdokumentet och att säkerställa att relevanta dimensioner täcktes in vid analysen. Analysramverket togs fram med utgångspunkt i vilka perspektiv som bedömdes vara mest relevanta i arbetet med att ta fram en nationell handlingsplan och innehåller fem huvudsakliga dimensioner: kontext, struktur, innehåll, process och resultat.

Kartläggning av regionala och kommunala styrdokument

Socialstyrelsen genomförde under våren 2019 en tematisk analys av regioners, kommuners samt privata vårdgivares styrdokument inom patientsäkerhet. Syftet var att få en bild av fokus och innehåll avseende det pågående patientsäkerhetsarbetet hos huvudmännen och för att förstå hur en nationell handlingsplan kan stödja arbetet.

I samverkan med SKR:s samordnare för patientsäkerhet skickades en förfrågan via e-post till regionernas och kommunernas representanter i SKR:s nätverk för patientsäkerhet med information om att Socialstyrelsen önskade ta del av strategi, handlingsplan eller motsvarande styrdokument för patientsäkerhet.

15 regioner och 18 kommuner som besvarade förfrågan, se tabell 1. Representanter från privata vårdgivare, som medverkat på något av forumen för samverkan, fick motsvarande mejlfrågan i april. Tre vårdgivare svarade, se tabell 1.

Tabell 1. Fördelning av svar gällande styrande dokument för patientsäkerhet, 2019

	Regioner	Kommuner	Privata vårdgivare
Inkom med någon typ av dokument eller länk till dokument	11	5	3
Inkom med beskrivning i mejlsvaret	3	7	0
Angav att inget aktuellt styrande dokument fanns	1	6	0
Inget svar	6	11	2
Summa antal tillfrågade	21	29	5

Källa: Socialstyrelsen; 2019

Inkomna dokument analyserades tematiskt utifrån vad som ansågs vara av betydelse för handlingsplanens innehåll och utformning. Underlag för ämnesindelningen var den preliminära modell för handlingsplanen och dess innehåll som förelåg för tiden för analysen. Frågeställningar för analysen var:

- Beskrivs vision och övergripande mål och hur är de formulerade?
- Vilken struktur utgår styrdokumentet ifrån? Exempel är områden enligt den tidigare patientsäkerhetsöverenskommelsen, SKR:s ramverk för patientsäkerhet, God vård, riskområden, utfallsområden, framgångsområden eller annan indelning.
- Inom vilka områden beskrivs aktiviteter? Exempel är organisation och styrning, kompetens, utbildning och lärande, ledning, personcentrering, säkerhetskultur, analys och lärande, informationssäkerhet, utfallsområden (vårdrelaterade infektioner [VRI], trycksår, m.fl.).
- Inom vilka områden beskrivs uppföljning? Samma exempel som under punkten ovan.

Inventering av andra nationella satsningar och initiativ

Flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården har bäring på eller koppling till patientsäkerhet och därmed på en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. För att hitta synergier med andra satsningar och initiativ och för att undvika dubbelarbete gjorde Socialstyrelsen en inventering av ett urval av dessa. Brytdatum för inventeringen var den 15 november 2019.

Studiebesök

I april 2019 genomförde Socialstyrelsen ett studiebesök till Helsedirektoratet i Norge med anledning av Norges nationella handlingsplan för patientsäkerhet [6]. Syftet var att inhämta erfarenheter från att ta fram en nationell plan för patientsäkerhet.

I september 2019 genomförde Socialstyrelsen ett studiebesök hos Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, UKOM, [7] i Stavanger i Norge. Syftet var inhämta inspiration och erfarenheter hur analysarbetet och förmågan att dra lärdomar av det som har hänt vad gäller allvarliga vårdskador kan stärkas.

I oktober 2019 träffade Socialstyrelsen representanter för Dansk Selskab for Patientsikkerhed och Styrelsen for patientsikkerhed. Syftet var att inhämta erfarenheter från det danska patientsäkerhetsarbetet där en fristående aktör driver ett nationellt arbete tillsammans med berörda myndigheter.

Remissförfarande

I syfte att få in synpunkter på utformningen av handlingsplanen skickades ett förslag till handlingsplan ut på remiss den 28 juni 2019. Utskicket gick till 93 remissinstanser, bl.a. till samtliga regioner och ett urval av Sveriges kommuner, se bilaga 2.

Det gjordes ett obundet slumpmässigt urval av tio procent av landets kommuner. Det är 13 procent av befolkningen som bor i urvalet av kommuner. Övrigt urval var de nationella organisationer och aktörer som medverkat i

samverkansgrupperna. Studentföreningarna ansågs ingå i sina moderföreningars organisation. Urvalet av patientföreningar var dels de som ingår i regeringens patientråd, dels de som Socialstyrelsen bjöd in till workshop.³

Remissen publicerades också på Socialstyrelsens webbplats med en öppen inbjudan att lämna synpunkter. Sista dag för att inkomma med synpunkter var den 7 oktober, med möjlighet att få anstånd till den 14 oktober.

Av de 93 remissinstanserna svarade 63. Utöver dessa inkom 27 svar. Sammanlagt 90 remissvar ingår i sammanställningen. Remissvaren sammanställdes och analyserades för att därefter diskuteras med de olika samverkansgrupperna. En majoritet av remissinstanserna var övervägande positiva till en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och flertalet remittenter lämnade synpunkter och förslag på ändringar.

Under resterande delen av hösten 2019 bearbetades remissvaren och arbetet med utformningen av handlingsplanen fortsatte med beaktande av de inkomna synpunkterna.

Styrkor och svagheter i genomförandet

Samverkan

En bred samverkan var en förutsättning för uppdragets genomförande och engagemanget hos samverkansparterna möjliggjorde en inkluderande och öppen process samt en tidig förankring. Det var dock en utmaning att det i många delar saknas etablerade strukturer för att nå vissa för Socialstyrelsen centrala grupper i hälso- och sjukvården samlat. Det handlar t.ex. om representanter på övergripande nivå för patienter och närstående, de privata vårdgivarna och representanter för den kommunala hälso- och sjukvården. Den utmaningen är dock inte specifik för uppdraget att ta fram en nationell handlingsplan, utan generell i alla uppdrag där Socialstyrelsen behöver inhämta olika gruppers behov och synpunkter.

Behovskartläggningen

Behovskartläggningen genomfördes för att få in synpunkter på och behov av en nationell handlingsplan i patientsäkerhet och av nationell samordning från berörda aktörer. Givet tiden och ramarna för arbetet genomfördes workshoppar med fem grupper, vilket gav ett värdefullt och viktigt underlag in i det vidare arbetet. Behovskartläggningen gör dock inte anspråk på att utgöra en heltäckande inventering hos de målgrupper som kommer att beröras av handlingsplanen.

Den internationella utblicken

Den internationella utblicken utgör ett gediget underlag för att dra lärdomar av andra länders eller organisationers patientsäkerhetsarbete. Utblicken gör dock inte anspråk på att vara en fullständig beskrivning av länder och organisationer med ett patientsäkerhetsarbete som Sverige kan inspireras av.

³ Remissen skickades till Funktionsrätt Sverige och de föreningar som ingår i den organisationen fick inte separata utskick.

Den aktuella kontexten, som ett styrdokument har tagits fram inom, är central. Det innebär att lärdomar från ett land inte kan appliceras rakt av på ett annat land, t.ex. Sverige.

För att underlätta en systematisk genomgång av och jämförelse mellan ländernas styrdokument användes ett analysramverk. Vid tolkning av utblickens resultat bör det hållas i åtanke att analyserna har avgränsats till de områden som definierades i analysramverket.

Kartläggning av regionala och kommunala styrdokument

Kartläggningen av styrdokument gör inte anspråk på att vara en heltäckande undersökning av vad som pågår hos Sveriges regioner och kommuner. Vidare besvarade endast tre privata vårdgivare förfrågan.

Respondenterna tolkade själva vad de ansåg vara strategi, handlingsplan eller motsvarande styrdokument för patientsäkerhet. Det innebar att olika typer av dokument kom in. Några besvarade förfrågan med kortfattad beskrivning av patientsäkerhetsarbetet i mejlsvar. Medskickade länkar till webbplatser gav inte alltid en träff och därmed kunde inte allt innehåll, som respondenterna hänvisade till, analyseras.

Inventering av pågående strategier och initiativ

Inventeringen av pågående strategier och initiativ inom hälso- och sjukvården, som har bäring på en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, behöver ses som en nulägesbild. Nya initiativ i form av utredningar, satsningar, m.m. tillkommer löpande.

Bakgrund

I detta avsnitt beskrivs hur läget inom patientsäkerhetsområdet ser ut, bland annat utifrån tillgängliga datakällor samt hur patientsäkerhetsarbetet har utvecklats i Sverige. Vidare beskrivs Sveriges deltagande i det internationella patientsäkerhetsarbetet och de olika aktörerna inom patientsäkerhetsområdet och deras ansvarsområden.

En god och säker vård

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, står det att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den särskilt ska:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL).

Motsvarande bestämmelse finns i tandvårdslagen (1985:125), TvL, med ett tillägg om att det ska läggas särskild vikt vid förebyggande åtgärder (3 § TvL).

God vård är även ett samlingsbegrepp för de mål och kriterier som är vägledande när hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader följs upp. Med begreppet god vård menas där att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården.

Goda resultat men fortfarande skadas patienter

Svensk sjukvård har i viktiga avseenden goda resultat, enligt flera av de internationella jämförelser som görs [8]. Men dagens vård kan bli säkrare. Uppskattningsvis drabbas 100 000 patienter varje år av vårdskador i somatisk sjukhusvård (vård av vuxna på sjukhus), vilket motsvarar ungefär en vårdskada vart tionde vårdtillfälle. Detta får konsekvenser både för de drabbade individerna, för personalen, för patienternas förtroende för vården och för samhällets gemensamma resursutnyttjande.

Vårdskadorna, dvs. skador som kan undvikas, medför förlängda sjukhusvistelser för cirka 50 000 patienter varje år. Cirka 2 000 patienter får bestående men och vid ungefär 1 200 dödsfall varje år bedöms en vårdskada ha varit en bidragande orsak [9].

Kostnaden för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas vara cirka 8 miljarder kronor per år. Det motsvarar ungefär en sjundedel, drygt 14 procent, av de totala kostnaderna för somatisk sjukhusvård.

De mest allvarliga vårdskadorna

För ungefär 1 200 patienter per år beräknas en vårdskada bidra till att patienten avlider. När en skada bidrar till dödsfall är det VRI, svikt i andning och cirkulation eller skador som en följd av läkemedelsbehandling och kirurgiska åtgärder som är vanligast. När en VRI bidrar till att patienten avlider är det sepsis och lunginflammation som är de vanligaste typerna av infektion. VRI är också en vanlig orsak till skador som kräver snabba livräddande insatser eller som ger bestående men. 39 procent av dessa vårdrelaterade infektioner bedöms vara undvikbara. Kirurgiska ingrepp är vanligaste orsaken till skador som kräver snabba livräddande insatser eller som ger bestående men. Andelen vårdskador är då ännu högre, kring 60 procent [10].

Vårdrelaterade infektioner är den vanligaste skadan vid sjukhusvård

VRI är den vanligaste typen av skada vid sjukhusvård och inträffar vid knappt 5 procent av vårdtillfällena. Det innebär att drygt 65 000 patienter årligen drabbas. Infektion i luftvägar, mag- och tarmkanalen samt urinblåsan är vanligast. Postoperativ sårinfektion är också en vanlig form av skada. Risken för VRI efter ett kirurgiskt ingrepp är signifikant högre för äldre patienter än för yngre. Medelvårdtiden för patienter som får en VRI är mer än dubbelt så lång som för patienter utan VRI [11].

Med förebyggande åtgärder bedöms mellan en tredjedel och hälften av VRI kunna undvikas, cirka 32 500 patienter, och det skulle frigöras upp till 300 000 vård dagar och spara cirka 3 miljarder kronor [12].

Figur 1. Kostnad för vårdrelaterade infektioner- Skador i vården



Källa: Socialstyrelsen

Läkemedelsrelaterade skador är vanliga

Läkemedelsrelaterade skador är en av de vanligaste typerna av skada i samband med sjukhusvård. Sådana skador inträffar vid ca. 1,5 procent av vårdtillfällena på sjukhus i somatisk vård för vuxna. Uppräknat till nationell nivå innebär det att drygt 18 000 patienter årligen drabbas av läkemedelsrelaterade skador i samband med sjukhusvård.

Drygt 40 procent av skadorna bedöms som undvikbara, dvs. vårdskador [11].

Inom psykiatrisk vård för vuxna påträffas i 3,1 procent av granskade journaler en skada relaterad till läkemedelsbehandling. Dessa skador utgör 12 procent av de skador som identifieras vid MJG. 32 procent av de läkemedelsrelaterade skadorna bedöms vara vårdskador [13].

En undersökning 2014 visade att drygt 8 procent av de akuta inläggningarna av äldre på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar och cirka 60 procent kan bedömas vara möjliga att förebygga [14].

Sjukhusvård på utlokaliserad plats ger vårdskador

Under 2018 vårdades 5,2 procent av patienterna i somatisk vuxenvård på sjukhus på en utlokaliserad vårdplats, dvs. en plats på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Av de utlokaliserade patienterna under 2015–2018 hade 18 procent skador och 12 procent vårdskador. För patienter som inte varit utlokaliserade var motsvarande siffror 11 respektive 7 procent. Det betyder att sannolikheten för vårdskada är 60–70 procent högre för en patient som vårdas på en utlokaliserad plats. De vanligaste skadorna är VRI och trycksår [9].

Oplanerad återinläggning på sjukhus kan bero på skador som uppstått i vården

En fjärdedel av de patienter som återinläggs på sjukhus har en skada som uppstått i kontakt med sjukvården. 14 procent av vårdtillfällena på sjukhus är ett resultat av oplanerad återinskrivning inom 30 dagar efter tidigare vårdtillfälle eller leder till att patienten återinskrivs inom 30 dagar. 75 procent av de patienter som återinskrivs är över 65 år. Den vanligaste skadan är VRI. Inom kirurgisk verksamhet är närmare hälften av skadorna som leder till återinskrivning VRI och en fjärdedel kirurgiska skador. Inom medicinsk verksamhet är VRI den vanligaste skadetyper. Läkemedelsskador, trycksår och fallskador är andra vanliga skadetyper som förekommer vid återinskrivning [9].

Närmare hälften av fallskadorna på sjukhus går att undvika

Fallskador inträffar vid cirka 0,7 procent av vårdtillfällena i somatisk sjukhusvård för vuxna. Det kan låta som en låg andel men på nationell nivå innebär det att drygt 10 000 patienter årligen drabbas av fallskador på sjukhus. Närmare hälften av dessa skador bedöms som undvikbara, det vill säga som vårdskador. Fallskador ökar med ökande ålder och är vanligast i åldersgruppen 85 år eller äldre. Fallskador är vanligare hos män. De fallskador som identifierades vid journalgranskning var nästan tre gånger fler inom verksamheter med huvudsaklig medicinsk inriktning än i verksamheter med huvudsakligen kirurgisk inriktning. Antalet fall som inträffar på sjukhus är större

än vad som identifieras vid journalgranskning, då en fysisk skada måste ha uppstått för att en fallskada ska registreras [11].

Diagnostiska fel kan ge allvarliga vårdskador

I en undersökning av 1 906 händelseanalyser som gjorts inom den region-drivna hälso- och sjukvården och som publicerats i händelseanalysverktyget Nithas kunskapsbank identifierades 421 rapporter från händelseanalyser som berör arbetsprocessen ”diagnostik”. I 47 procent av dessa händelseanalyser i gruppen diagnostik bedömdes konsekvensen för patienten som betydande. Dödsfall var resultatet i 26 procent av fallen. Diagnostiken handlade ofta om tumörer eller hjärt-och kärlsjukdom. Sammanställningen visade att kompetens, bemanning, arbetsmiljö, informationsöverföring, bevakningsrutiner och brist i patientens delaktighet var vanliga bidragande orsaker till diagnostiska fel [15].

Vårdskador inom den psykiatriska vården

År 2017 granskades journaler inom allmän vuxenpsykiatrisk vård. I 17 procent av granskade journalerna identifierades skador. Närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara. Förlängt sjukdomsförlopp var det vanligaste skadeområdet. Det kunde t.ex. handla om lång väntan på undersökning och diagnos eller försenad behandling. Andra vanliga skador var avsiktligt självdestruktiv handling, psykisk skada och läkemedelsrelaterad skada. Kvinnor hade den högsta andelen skador och i 22 procent av de granskade journalerna hittades en skada. För män var motsvarande siffra 13 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen: 9,7 procent hos kvinnor respektive 6,3 procent hos män [13].

Kunskapen om vårdskadorna varierar i hälso- och sjukvården

Den markörbaserade journalgranskningen har gett viktig kunskap hur det ser ut inom sjukhusvården för vuxna. Kunskapen om läget inom den psykiatriska vården kommer fortsatt att kunna följas eftersom journalgranskningen fortsätter. Hur situationen ser ut inom andra delar av hälso- och sjukvården är dock mindre känt. Områden som hemsjukvården, den prehospitala vården, primärvården, barnsjukvården och tandvården är otillräckligt eller inte alls belysta ur vårdskadeperspektivet.

Vårdskador i hemsjukvården

I ett forskningsprojekt med journalgranskning i hemsjukvård identifierades en eller flera skador i 38 procent av de granskade journalerna. 76 procent av skadorna hade uppstått i hemsjukvården medan resten uppstått när patienten vårdats i annan vårdform. 72 procent av skadorna bedömdes vara undvikbara, det vill säga vårdskador. VRI, fallskador och trycksår var de vanligaste typerna av skada [16].

Vårdskador i prehospital vård

I ett forskningsprojekt granskades 1080 journaler från ambulansverksamhet i tre områden i Sverige; storstad, ett blandat område och glesbygd. Resultaten visade att det sker 4,3 avvikande händelser per 100 ambulansuttryckningar

och när det gäller svårt sjuka, som vid stroke eller hjärtinfarkt, ökar siffran till 16 av 100. De vanligaste orsakerna till vårdskador eller risk för vårdskador var felbedömningar av patienternas tillstånd och bristande dokumentation. Diagnosen i ambulansen var felaktig i tolv procent av fallen [17].

Strukturomvandlingen inom hälso- och sjukvården har betydelse för patientsäkerheten

Just nu pågår stora strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet och en utveckling där hälso- och sjukvården flyttar från sjukhusdriven vård till primärvård och hemsjukvård, dvs. till delar av hälso- och sjukvården där kunskapen om vilka vårdskador som drabbas patienterna är mindre. Utvecklingen mot en säker vård behöver hantera såväl den pågående omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet som utmaningarna i hälso- och sjukvården. Några viktiga exempel är kompetensförsörjningen, tillgängligheten, den digitala och tekniska utvecklingen och informationssäkerheten.

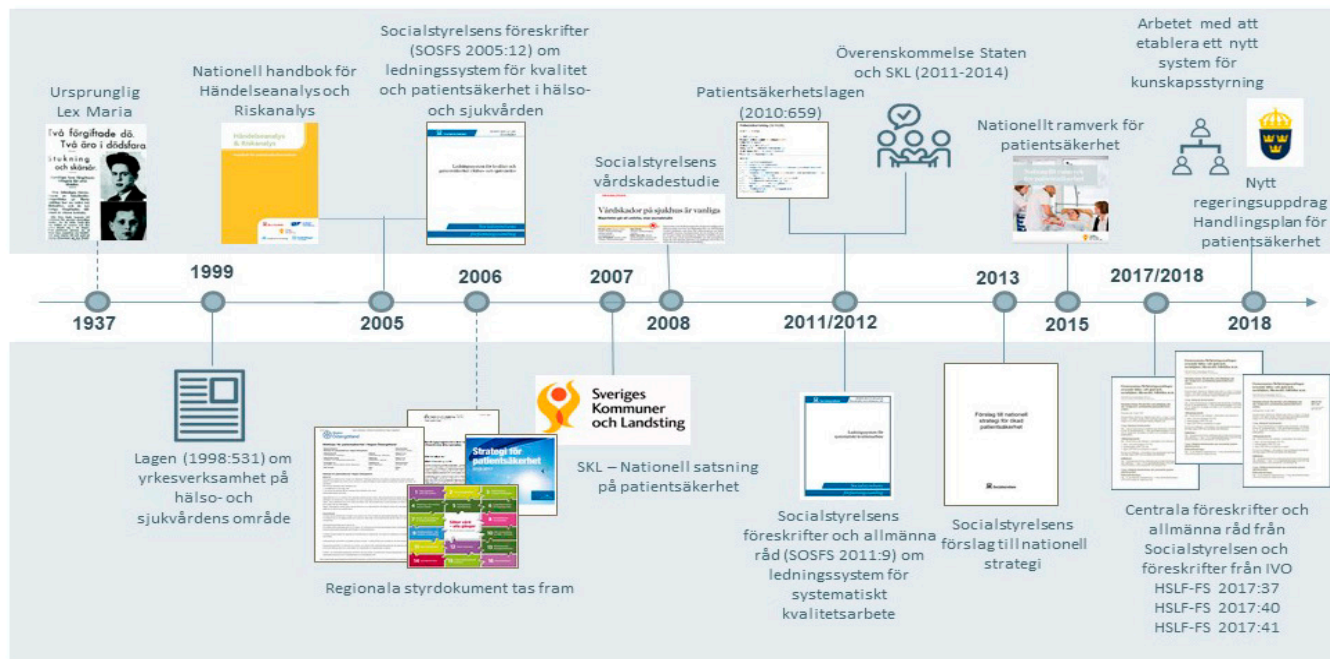
Det förebyggande arbetet är centralt för goda resultat

Att mäta inträffade skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Utfallet, dvs. vårdskador, är ett centralt perspektiv för patienterna som drabbas och för hälso- och sjukvården är det viktigt att veta var vårdskadorna och riskerna för dem finns. Men för att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det också nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt, utan också stärka det proaktivt skadeförebyggande arbetet. Centralt är att arbeta riskmedvetet och förebygga med det yttersta syftet att vårdskadorna aldrig inträffar.

Mycket har gjorts för att skapa en säkrare vård

Svensk hälso- och sjukvård har en tradition av aktivt patientsäkerhetsarbete. De senaste decennierna har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt och i takt med denna kunskap har patientsäkerhetsarbetet utvecklats. Viktiga områden har t.ex. varit statlig reglering, både i form av lagar och föreskrifter, och inte minst det regionala och kommunala arbetet i form av satsningar, styrdokument och kunskapsstyrning.

Figur 2. Överblick över det svenska patientsäkerhetsarbetet med fokus på styrdokument inom hälso- och sjukvården



Källa: Socialstyrelsen

Den statliga styrningen och stödet

Regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet är omfattande. Förutom lagar och förordningar finns föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Flera myndigheter har också kunskapsstödjande uppdrag. Läs mer om respektive myndighets uppdrag i avsnittet Roller och ansvar.

Tidig rapportering genom lex Maria

Redan 1937 började kungörelse om anmälningsskyldighet till Medicinalstyrelsen och polismyndigheten att gälla. Kungörelsen är grunden till dagens anmälningsskyldighet till IVO enligt lex Maria i 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Orsaken var händelserna på Maria sjukhus i Stockholm i augusti 1936, då fyra patienter avled till följd av en förväxling mellan bedövningsmedlet etocain och desinfektionsmedel. Utredningen av händelserna visade på ett flertal brister på organisatorisk nivå. Motivet för kungörelsen var främst att få kännedom om sådana händelser som kunde föranleda straff eller disciplinrättslig påföljd. Regleringen förändrades kontinuerligt sedan den kom till och med tiden fick den ett uttalat preventivt syfte utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

PSL markerade ett förändrat synsätt

2011 började PSL gälla. Lagen syftar till att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. En närmare beskrivning av lagens innehåll finns i avsnittet Rättslig reglering.

Lagen innehåller bl.a. bestämmelser riktade till vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Ansvar för att vården är god och säker ligger bland

annat hos vårdgivarna och deras verksamheter. Enligt PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård i HSL och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. PSL fastställer att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivarens övergripande ansvar för att bedriva ett sådant arbete är en viktig aspekt i lagen och PSL markerade övergången från ett individbaserat synsätt till ett systemperspektiv. Innan lagen trädde i kraft låg fokus på om den enskilda individen hade gjort fel eller inte. Nu breddades perspektivet; orsaker till oönskade händelser bör sökas och kan förklaras av brister i systemet, inte uteslutande i enskilda individers handlingar. Vid utredning av händelser, som har eller hade kunnat medföra en vårdskada, var dessutom en central aspekt att besluta om åtgärder som skulle kunna förhindra en återupprepning, eller begränsa effekterna av de händelser som inte helt går att förhindra.

Definitionen av vårdskada och patientsäkerhet finns i PSL
PSL definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses en vårdskada som 1) är bestående och inte ringa, eller 2) har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (1 kap. 5 § PSL). Enligt samma lag definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada (1 kap. 6 § PSL).

Statens överenskommelse med SKR 2011-2014

I samband med PSL:s ikraftträdande 2011 beslutade regeringen att sluta en överenskommelse med SKR för att stimulera arbetet för ökad patientsäkerhet [18]. Utgångspunkten för satsningen var en nollvision avseende vårdskador och målsättningen att minska antalet vårdskador. Dessutom fanns en strävan efter en vård som präglades av en god patientsäkerhetskultur, ett förebyggande patientsäkerhetsarbete och patienters delaktighet och medverkan. Syftet med överenskommelsen var att intensifiera patientsäkerhetsarbetet och stärka ledningen och styrningen av det. Som styrmedel användes en prestationsbaserad ersättning. Socialstyrelsen fick samtidigt ansvar för den samlade uppföljningen av överenskommelserna.

Varje år som satsningen pågick fanns ett antal grundkrav varav upprättande av patientsäkerhetsberättelse och anslutning och användning av nationell patientöversikt (NPÖ) krävdes alla fyra år. Andra grundkrav var delta i nationella patientenkäter, patientsäkerhetskulturmätning, arbete med strukturerad journalgranskning (MJG) samt samverkan mot antibiotikaresistens. Kopplat till grundkraven fanns sex indikatorer, som var knutna till en ekonomisk ersättning för landstingen.

Satsningen bidrog både till ett ökat fokus på patientsäkerhet inom regionerna och till en högre kunskapsnivå kring hur systematiskt patientsäkerhetsarbete kan bedrivas [19]. Användningen av metoder och verktyg som syftar till att förbättra patientsäkerheten spred sig under de år som satsningen pågick. Ersättningsmodellen satte också fokus på mätning av patientsäkerhet. Det innebar utvecklade möjligheter till både mätning och uppföljning av indikatorer för patientsäkerhet på både lokal och nationell nivå.

Förslag på nationell strategi för patientsäkerhet

Under åren 2012-2013 tog Socialstyrelsen på regeringens uppdrag fram ett förslag till nationell strategi för patientsäkerhet [20]. Bakgrunden var ett behov av att skapa en långsiktighet i patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå. Regeringen bedömde också att det behövdes en tydlig organisation som säkerställde att arbetet hölls ihop och att önskade resultat uppnåddes.

Strategin innehöll en nollvision med fem långsiktiga mål samt insatsområden kopplat till varje mål i syfte att nå utveckling. Målen var

- en god patientsäkerhetskultur i vården,
- en delaktig patient i sin vård och behandling,
- minskat antal frekventa eller allvarliga vårdskador,
- rätt kompetens vid rätt tillfälle,
- ökad kunskap om effektiva insatser.

Arbetet byggde på workshoppar och seminarier med experter, inhämtande av synpunkter från berörda aktörer samt en litteraturgenomgång. Förslaget skickades ut på remiss och bearbetades efter att synpunkter på förslaget hade kommit in.

Det fattades aldrig något regeringsbeslut utifrån förslaget, men Socialstyrelsen har i sitt fortsatta patientsäkerhetsarbete utgått från de fem målområdena. Arbetet med den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, som nu pågår, har tagit avstamp i det tidigare förslaget till nationell strategi med samma målsättning: att patienter inte ska drabbas av skador som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits i kontakten med hälso- och sjukvården. Erfarenheten från processen med att ta fram strategin gav många lärdomar, där vikten av kontinuerligt samråd och samverkan med berörda aktörer och instanser var en central insikt.

SKR:s ramverk för patientsäkerhet

Tillsammans med regionerna och kommunerna tog SKR fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete 2015 [21]. Tanken med ramverket är att visa på en helhet och ett sammanhang för patientsäkerhetsarbetet, tydliggöra vad som behövs göras på olika nivåer för att öka patientsäkerheten samt att fungera som stöd vid prioriteringar.

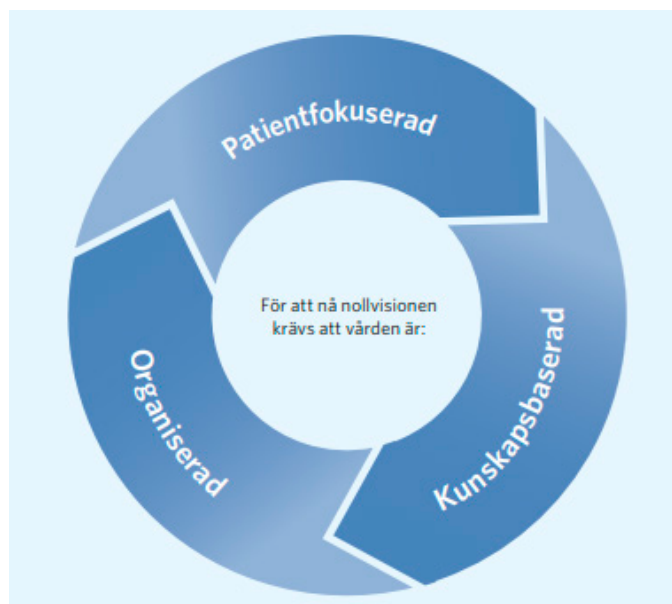
Ramverket centreras kring en nollvision på patientsäkerhetsområdet och innehåller tre perspektiv på hälso- och sjukvården:

- att den är patientfokuserad,
- att den är kunskapsbaserad,
- att den är organiserad på ett sätt som skapar förutsättningar för en säker vård.

För respektive perspektiv beskrivs vad detta betyder för patient och närstående, för hälso- och sjukvårdspersonalen, för den verksamhetsnära ledningen på olika nivåer och för 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.

Figur 3. SKR:s ramverk



Källa: SKR

Riksrevisionens granskning visade på brister

År 2015 granskade Riksrevisionen om staten hade gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet [19]. Den övergripande slutsatsen var att vårdgivarna inte fått tillräckliga förutsättningar för att främja en hög patientsäkerhet.

Riksrevisionen konstaterade att säkerhetskulturen hos vårdgivarna behöver utvecklas och att det är ledningens ansvar att förutsättningarna finns på plats. Granskningen visade brister i vårdgivarnas lärande och spridning av lärdomar i organisationen. Det förebyggande arbetet är begränsat och patienters och närståendes bidrag i det arbetet är outvecklat. Vidare konstaterade Riksrevisionen att kompetensutveckling och fortbildning är avgörande för patientsäkerheten, men att det inte ställs några krav på fortbildningens innehåll eller omfattning. Dessutom nedprioriteras ofta just kompetensutveckling och fortbildning p.g.a. tidsbrist. Brister i bemanning lyftes som en faktor som påverkar patientsäkerheten och som en utmaning.

Riksrevisionen konstaterade att PSL hade inneburit att kraven på vårdgivarna att skapa ett fungerande patientsäkerhetsarbete hade ökat men att vårdgivarna inte hade fått tillräckligt stöd för att kunna uppfylla lagens intentioner. Vidare konstaterade Riksrevisionen att det fanns brister i tillsynen. Granskningen ledde till följande rekommendationer till regeringen:

- Se till att rätt förutsättningar finns för en verkningsfull tillsyn.

- Se till att Socialstyrelsen är ett stöd för vårdgivarna i tillämpningen av regelverket för patientsäkerhet.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för en långsiktig nationell styrning och samordning av patientsäkerhetsarbetet.
- Genomför fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdhändelser.
- Ange betydelsen av patientsäkerhetskunskaper i examensordningen i högskoleförordningen (1993:100).

Synen på säkerhet i hälso- och sjukvården har utvecklats över tid

Traditionellt har synen på säkerhet inom hälso- och sjukvården fokuserat på inträffade händelser med negativ utgång för patienten. Misstag förklarades av individers handlingar och ansvar i den ”skarpa änden”, dvs. nära där händelsen inträffade.

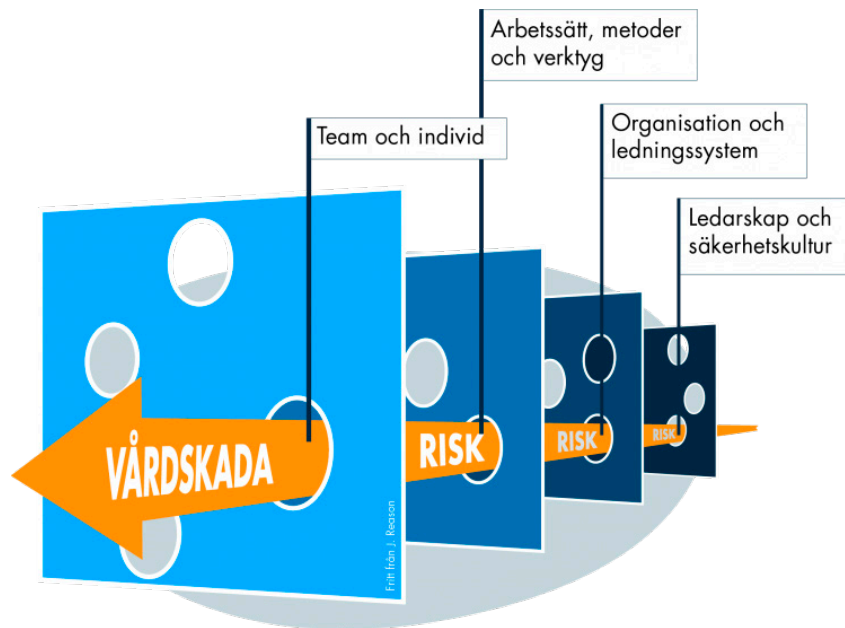
Den amerikanska organisationen Institute of Medicine publicerade år 2000 rapporten *To Err is Human: Building a Safer Health System* [22]. Den uppmärksammande vikten av att arbeta systematiskt och fokuserat på patientsäkerhetsrelaterade frågor och anses vara en av de bidragande orsakerna till att patientsäkerhet hamnade i fokus.

Säkerhetsbegreppet inom hälso- och sjukvården utvecklades från en utpräglad individsyn till en större systemsyn. I korthet kan ett system beskrivas som bestående av relationer och interaktioner. Interaktionerna sker både inom systemet och mellan systemet och dess omgivning. Systemsäkerhet innebär att kunna hantera riskerna i ett system. Riskerna förändras dock konstant, vilket gör det nästan omöjligt att mäta dem. Det mätbara kan istället vara vissa processer i ett system och ett systems resurser. För att uppnå kontroll av ett system behövs kännedom om systemet, kännedom om vad som är goda eller dåliga tillstånd i systemet samt uppmärksamhet på vad som sker i systemet och vad det betyder [23].

En modell för säkerhetstänkande är barriärmodellen som hanterar begreppen risker, barriärer och förluster. Barriärer, som alltså syftar till att hindra att risker realiseras och leder till skada, kan vara av olika slag. Det kan vara den enskilda medarbetarens yrkeserfarenhet och kompetens, lokala rutiner för hur ett visst arbetsmoment ska utföras men även bemanning och samverkan mellan olika vårdgivare. En teknisk barriär kan till exempel vara en spärr i en patientjournal som gör det omöjligt att ordinera ett läkemedel om inte en viss uppgift finns i journalen. Barriärer finns också på den nationella nivån, t.ex. i form av den lagstiftning som styr arbetet.

Ibland kan barriärerna brista och i värsta fall leda till en skada. Det kan handla om en yrkesutövare som blir avbruten mitt i en uppgift, eller om arbetsförhållandena på den lokala arbetsplatsen eller beslut högre upp i organisationen som påverkar bemanningen [24].

Figur 4. Tolkning av James Reasons Schweizerost-modell



Illustrationen är en fri tolkning av forskaren James Reason's schweizerost-modell.
Reason, 1997, Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Ashgate.

Källa: Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen

Forskning inom andra säkerhetskritiska verksamheter som t.ex. kärnkraften, flyget och sjöfarten har påverkat säkerhetssynen inom hälso- och sjukvården. Det har varit och är klokt men hälso- och sjukvården skiljer sig från dessa andra branscher på så vis att den i högre grad är komplex. Samspelet (eller interaktionerna) mellan människor, teknik och organisation gör att hälso- och sjukvårdssystemet är i ständig förändring. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Det innebär att säkerhetsfrågor följaktligen måste hanteras så [25].

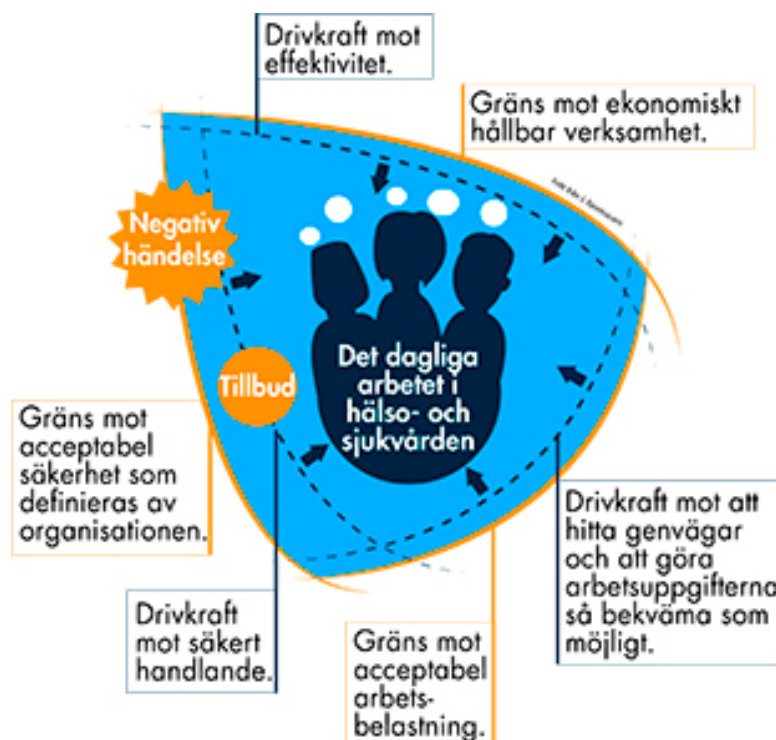
Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Situationen kan förändras snabbt, och därmed riskerna, och det ska systemet klara av. Det finns många faktorer som påverkar förutsättningarna för verksamheterna, t.ex. inre faktorer som bemanningsläget eller patienternas behov. Dessutom påverkar yttre faktorer förutsättningarna, t.ex. tillgången på resurser eller politiska beslut.

Vissa förändringar är förväntade men andra är det inte. Alla förändringar kräver dock att arbetet och besluten anpassas till förutsättningarna. Men anpassningar kan leda till avvikelser och vårdskador om de görs oreflekterat och utan att verksamheten har ett tydligt fokus på att fånga upp oönskade konsekvenser.

Figuren nedan illustrerar hur det dagliga arbetet i hälso- och sjukvården påverkas av krav på ekonomisk effektivitet, arbetsmängd och säkerhetskrav. Systemet rör sig utåt mot gränsen till det oacceptabla (t.ex. ekonomisk kollaps, oacceptabel arbetsmängd eller en olycka) och inåt, mot gränsen för det acceptabla. Exakt var ett system befinner sig kan vara svårt att avgöra på

grund av dynamiken i systemet. Den avgörande aspekten ur ett säkerhetsperspektiv i hälso- och sjukvården är att förstå var man befinner sig i relation till gränsen mot olycka [26].

Figur 5. Tolkning av Jens Rasmussens modell



Källa: Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen

Organisationer som verkar i högriskmiljöer utan att olyckor eller katastrofer inträffar kallas High Reliability Organizations (HRO). Utmärkande för en sådan organisation är att säkerhet prioriteras före andra prestationer. Inom HRO ligger fokus på att hantera risker. Några viktiga beståndsdelar inom HRO är delad kognition (kunskap som nås genom dialog och interaktion med andra), redundans (förmågan att korrigera fel) och en integrerad säkerhetskultur [27].

Arbeta för närvaro av säkerhet

Patientsäkerhet har traditionellt fokuserat på inträffade händelser, ett fokus som fortfarande dominerar idag. Fokus ligger med andra ord på bristande säkerhet och mer sällan på hur säkerhet åstadkoms och upprätthålls [28]. Det perspektivet behöver kompletteras dels med systemförståelse för hur pass säkra vårdprocesserna och systemen är, dels med riskmedvetenhet, beredskap och förmåga att agera både just nu och i framtiden. Dessutom behöver analys, lärande, utveckling och spridning av kunskap stärkas. Genom ett sådant förhållningssätt kan hälso- och sjukvården närma sig de två perspektiven närvaro av säkerhet respektive frånvaro av skada.

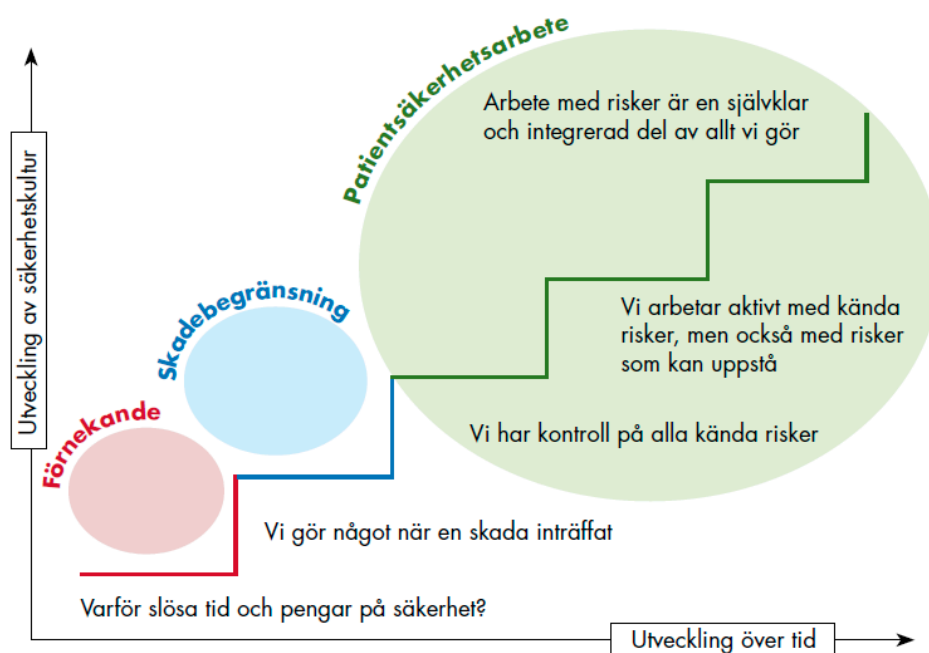
Ytterligare viktiga faktorer är att fortsätta utvecklingen bort från att skuldbelägga enskilda individer till att söka orsaker på systemnivå och att i ännu större utsträckning integrera patientsäkerhetsarbetet i det breda kvalitetsarbetet [29] och arbetsmiljöarbetet. Tydliga roller och ansvar i patientsäkerhetsarbetet för såväl ledning som medarbetare är också centralt, liksom att patienter och närstående på riktigt blir medskapare i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet.

Säkerhet handlar om mognad

När ett system mognar och säkerheten utvecklas sker ett fokusskifte. I första fasen, förnekelsefasen, saknas insikten att skador ens sker. I andra fasen, skadebegränsning, finns insikten om att skador sker och fokus flyttas framför allt till att hantera inträffade skador. Nästa fas inträder med insikten om vikten av att identifiera risker för skada samt att aktivt arbeta med att förebygga eller minimera risken för att skador överhuvudtaget inträffar. Det kan sägas utgöra ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete.

I Sverige idag finns exempel på verksamheter som befinner sig över hela skalan.

Figur 6. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Källa: Socialstyrelsen

Resiliens – förmågan att fungera under förväntade och oväntade förhållanden

Resiliens kan benämnas som förmågan att upprätthålla ett systems funktion under varierande förutsättningar.⁴ Ett system sägs vara resilient om det kan fungera som förväntat under både väntade och oväntade förhållanden. Sådana förhållanden kan t.ex. vara förändringar, störningar eller möjligheter [30]. Ett exempel är en förväntan på att en akutmottagning ska klara av att ta hand om alla patienter på ett bra sätt, oavsett om det är en lugn torsdag förmiddag eller en hektisk lördag kväll, eller oavsett om det är en period med mycket influensafall eller inte.

För att ett system ska kunna vara resilient krävs att det har förmågan att

- reagera på det som händer,
- övervaka (eller monitorera) det som sker,
- förutse det som kan inträffa,
- lära sig av erfarenheter [30].

En resilient organisation kan beskrivas som en organisation som har förmåga att anpassa sig till avvikelser och störningar utan att allvarliga olyckor inträffar [27].

Säkerhet-I och säkerhet-II – två perspektiv att se på säkerhet

En utveckling inom säkerhetstänkande under senare år kan beskrivas som två olika sätt att se på säkerhet, kallad säkerhet-I respektive säkerhet-II⁵ [31].

Enligt säkerhet-I är ett system säkert om så lite som möjligt, eller helst ingenting, går fel. Med andra ord, ett system där det inte sker några olyckor eller incidenter. Syftet med ledning och utredningar i enlighet med ett säkerhet-I perspektiv är därför att se till att så lite som möjligt går fel.

Enligt säkerhet-II är ett system säkert om så mycket som möjligt går bra, om systemets prestanda är resilient i den meningen att det kan fungera på det sätt som det är avsett att fungera. Syftet med säkerhetsrelaterade aktiviteter är därför att se till att så mycket som möjligt går bra.

En grundläggande insikt i säkerhet-II är att det i allt vardagligt arbete av nödvändighet alltid sker anpassningar i utförandet i förhållande till rådande förutsättningar [32]. Den ena situationen är inte den andra lik, den ena dagen är inte den andra lik. Det kan inte finnas några exakt detaljerade beskrivningar av hur allt arbete ska utföras. De som utför arbetet anpassar därför sitt arbete till situationen.

Målen med säkerhet-I och säkerhet-II är på sätt och vis samma, nämligen att så mycket som möjligt ska gå bra. Men de två perspektiven närmar sig utmaningarna med säkerhet från olika håll. Det ena utesluter inte det andra och båda perspektiven behövs. Medan man i ett säkerhet-I perspektiv försöker uppnå säkerhet genom att eliminera det som kan gå fel, vill man i ett säker-

⁴ I Svenska Akademiens ordlista definieras resiliens som "förmåga t.ex. hos ett ekosystem att återhämta sig eller motstå olika störningar".

⁵ Safety-I och Safety-II i engelskspråkig litteratur

het-II perspektiv uppnå säkerhet genom att underlätta det dagliga arbetet, genom att förbättra förmågan för resilient prestanda och därmed se till att så mycket som möjligt går bra. De två perspektiven betraktar människors roll i ett system på olika sätt. Säkerhet-I ser människor som en komponent som kan göra fel. Säkerhet-II ser människor som en resurs som kan göra meningsfulla anpassningar i det dagliga arbetet [31]. Anpassningarna bidrar för det mesta till att system fungerar säkert och effektivt. Men ibland kan anpassningarna leda till oväntade och oönskade resultat.

Inom säkerhet-I tänkande sker utveckling mot bättre säkerhet genom att lära av det som går fel, eller kan gå fel, och åtgärder vidtas för att minska risken att det ska kunna gå fel. Inom säkerhet-II tänkande utgår lärandet för en ökad säkerhet från att man lär av allt som sker; det som ibland går fel men betydligt oftare går bra. Lärandet fokuseras på att förstå de anpassningar som alltid görs i vardagligt arbete, så att man kan förstärka de förutsättningar som krävs för att anpassningarna ska bli så bra som möjligt.

Säkerhet-I har varit det förhärskande perspektivet under utvecklingen av arbetet med patientsäkerhet. För att kunna utveckla patientsäkerhetsarbetet i en riktning åt säkerhet-II krävs att nya metoder, verktyg och indikatorer utvecklas och implementeras.

Internationellt arbete inom patientsäkerhetsområdet

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är skador på grund av bristande patientsäkerhet den 14:e största hälso- och sjukvårdsbördan. Det är i nivå med tuberkulos och malaria. Bristande patientsäkerhet leder till ett stort lidande för de som drabbas och får betydande ekonomiska konsekvenser. I rapport, som OECD publicerade 2017 framkom att bristande patientsäkerhet för 15 procent av sjukvårdens budget [33]. Uppskattningsvis bedömdes nära 50 procent av de inträffade skadorna som undvikbara.

Att stärka patientsäkerheten är därför en prioriterad global hälsofråga och många länder delar samma utmaningar, t.ex. i form av bristande resurser, utmaningar i kompetensförsörjning och snabb medicinsk och teknisk utveckling. Länder har mycket att lära av varandra och internationell samverkan är viktig. Under 2019 fattade därför Världshälsoförsamlingen beslut om nya resolutioner kring patientsäkerhet och en ”Global Action on Patient Safety”. Gemensamma mötesarenor har skapats i form av ”Global Ministerial Summit on Patients Safety” som årligen bjuder in beslutsfattare och experter för att gemensamt ta sig an frågorna kring patientsäkerhet och öka medvetenheten kring de utmaningar som finns. Under 2019 initierade WHO även en ”Global Patient Safety Day” som varje år uppmärksammas den 17 september. 2018 lanserade WHO sitt tredje globala patientsäkerhetsmål: att halvera de läkemedelsrelaterade skadorna på fem år.

Sverige deltar aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom att medverka i expertgrupper, stödja WHO:s resolutionsarbete

inom Global Action on Patient Safety [34] i arbetet med de globala patientsäkerhetsmålen (Rena händer, säker kirurgi och läkemedel) och genom att uppmärksamma den Internationella Patientsäkerhetsdagen.

Sedan 2009 finns gemensamma rekommendationer inom patientsäkerhet samt förebyggande och kontroll av VRI inom EU. Flera åtgärder och insatser har genomförts sedan dess, bl.a. har många länder utvecklat nationella strategier, handlingsplaner och regelverk som grund för arbetet. Det har bidragit till en ökad medvetenhet och patientsäkerhet på flera nivåer i vårdssystemet. Fortfarande finns dock stora utvecklingsområden som bl.a. berör kompetensförsörjning och utbildning, tillgång till vård på lika villkor, patientdelaktighet och system för rapportering och uppföljning.

Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

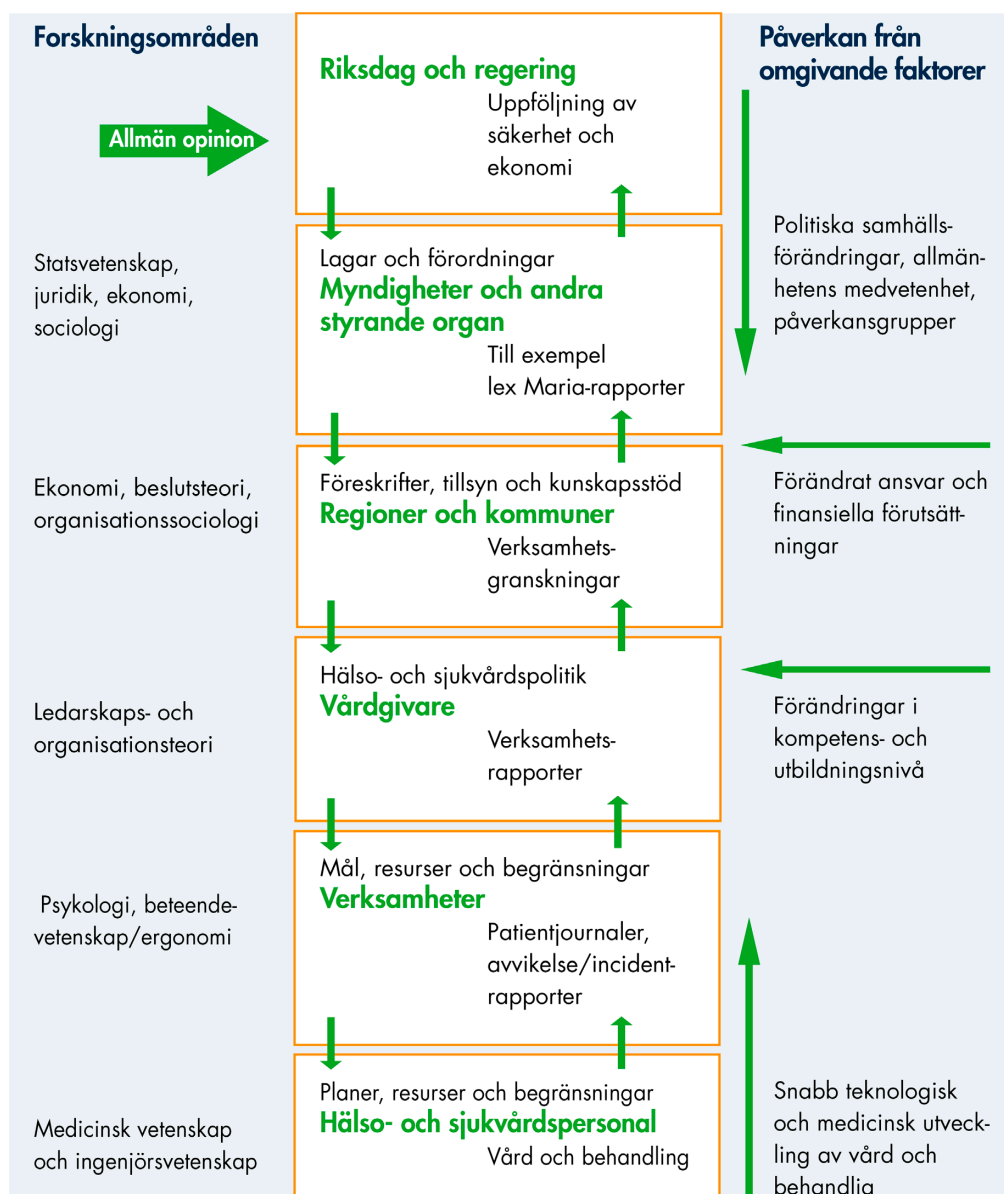
Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten i hälso- och sjukvården. Dessa aktörer befinner sig i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Systemet är i sig komplext och svårt att överblicka och olika verksamheter i systemet har dessutom olika behov, beroende på förutsättningarna. Ett gemensamt agerande utifrån respektive parts uppdrag och ansvar är en förutsättning för att nå ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete.

Förutsättningar för säkerhet skapas på alla nivåer i hälso- och sjukvården

Figuren nedan syftar till att illustrera hur olika aktörer och nivåer förhåller sig till varandra i hälso- och sjukvården, från den professionella nivån där mötet med patienten sker till den högsta politiska ledningen. Denna påverkan, som kan komma både utifrån omgivningen och inifrån systemet, kan bidra till såväl risker som säkerhet och säkerhet måste ständigt skapas genom åtgärder och beslut på de olika nivåerna i systemet [35].

Figur 7. En socioteknisk styrmodell av hälso- och sjukvården

Illustration av systemperspektivet (omarbetad efter Rasmussen 1997) ur SÄKER VÅRD – nya perspektiv på patientsäkerhet, Ödegård (red.) och Socialstyrelsens bearbetningar.



Källa: Socialstyrelsen

Den nationella politiska nivån

Aktörerna på den nationella politiska nivån lägger grunden, pekar ut riktningen och skapar förutsättningar för patientsäkerheten i hälso- och sjukvården.

Riksdagen ger ramarna för hälso- och sjukvården genom lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet och beslutar om budget. Regeringen har det övergripande ansvaret för den politiska färdriktningen, beslut om åtaganden, strategier för särskilda insatser och satsningar och beslut om hur offentliga

statliga medel ska användas. Inom regeringskansliet har Socialdepartementet det övergripande ansvaret för frågorna som rör patientsäkerhet och hälso- och sjukvård. Regeringen kan tydliggöra förväntningar och krav inom patientsäkerhet samt ge förutsättningar för t.ex. långsiktighet i instruktioner, regleringsbrev samt regeringsuppdrag till myndigheter och i överenskommelser med organisationer.

Myndigheter med uppdrag inom patientsäkerhetsområdet

Flera myndigheter har uppdrag inom patientsäkerhet. De ska ge vårdgivarna tillräckliga förutsättningar för att främja en hög patientsäkerhet. Myndigheter styr på olika sätt, t.ex. genom föreskrifter och allmänna råd eller tillsyn. Många har kunskapsstödjande uppdrag som syftar till att stödja huvudmännen och vårdgivarna med kunskap, kunskapsutveckling och metodutveckling. Vissa uppdrag finns inskrivna i respektive myndighets instruktion eller det regleringsbrev som regeringen årligen beslutar för varje myndighet. Uppdragen finansieras både i form av förvaltningsanslag och genom medel i särskilda regeringsuppdrag. I följande avsnitt presenteras ett urval av myndigheter som har uppdrag inom patientsäkerhet eller vars ansvarsområde har koppling till patientsäkerhet på olika sätt.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har i uppdrag att se till att företag och organisationer följer lagar om arbetsmiljö och arbetstider. Målet är att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet och förbättra arbetsmiljön ur ett helhetsperspektiv.

Alla arbetsgivare ska regelbundet undersöka om det finns risker i arbetsmiljön och åtgärda dem. Arbetsmiljön omfattar både den fysiska, psykiska och sociala miljön på en arbetsplats.

Arbetsmiljöverket ansvarar för att ta fram föreskrifter som förtydligar arbetsmiljölagen (1977:1160), där några av de mest grundläggande reglerna handlar om systematiskt arbetsmiljöarbete. Vidare ansvarar myndigheten för att kontrollera att lagstiftningen följs, vilket de i stor utsträckning gör genom att inspektera arbetsplatser. Att ta fram statistik om arbetsmiljö och främja samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare på arbetsmiljöområdet är några andra centrala uppgifter.

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten samordnar regeringens initiativ och de nationella initiativen inom e-hälsa. Myndigheten ska bidra till ett bättre informationsutbyte inom hälsa, vård och omsorg och ansvarar dessutom för register och it-funktioner som vårdgivare och apotek behöver, bland annat för att förskriva och expediera recept.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor och uppdrag att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Folkhälsomyndigheten har det övergripande nationella ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och

samordnar smittskyddet på nationell nivå. Här ingår samordning av det nationella arbetet med antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Myndigheten är även nationellt samordnande myndighet för det suicidförebyggande arbetet. Myndigheten följer upp och utvärderar olika metoder och insatser och tar fram kunskapsunderlag och metodstöd samt utgör ett expertstöd. Många av myndighetens aktiviteter är direkt eller indirekt kopplade till patientsäkerhet. Bland annat ansvarar Folkhälsomyndigheten för att övervaka antibiotikaresistens, antibiotikaanvändning, och vårdrelaterade infektioner.

Forte

Forte är ett statligt forskningsråd som finansierar forskning inom tre ansvarsområden: hälsa, arbetsliv och välfärd. Det är således forskning som berör alla människor och som ger kunskap till att utvecklas – både som individer och som samhälle.

Forskning inom hälsa omfattar dels förekomst av sjukdomar, dels vilka faktorer som påverkar risken för att drabbas. Forskningen berör även insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, rehabilitering och omvårdnad samt hälso- och sjukvårdens processer och system.

Vårdforskning innefattas också i ansvarsområdet hälsa, vilket syftar till att utveckla vården och omsorgen av patienter, sjuka samt deras anhöriga. För att förbättra kliniska resultat behövs både en samordnad forskning om vården som sektor och en utvärdering av effektiva metoder för implementering.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO

IVO har tillsyn över all hälso- och sjukvård i Sverige (utom hälso- och sjukvården inom försvarsmakten) genom att och inspektera vårdverksamheterna och utreda vissa anmälningar. IVO ansvarar också för tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Resultaten från tillsynen återförs till vårdgivarna och allmänheten, både i enskilda ärenden via beslut och genom att systematisera och analysera iakttagelser på nationell och regional nivå.

IVO tar också tillvara patienternas erfarenheter. För att bidra till utvecklingen av patientsäkerheten och främja ett lärande i vården arbetar IVO dessutom med dialog och vägledning i sitt arbete.

Läkemedelsverket

Patientsäkerhet är ett grundläggande perspektiv i Läkemedelsverkets folk- och djurhälsoansvar. Det inkluderar bl.a. vetenskaplig granskning av effekt och säkerhet inför läkemedelsgodkännande och uppföljning av effekt och säkerhet vid användning, tillståndsgivning vid klinisk behandlingsforskning, behandling med licensläkemedel, sjukhusundantag för avancerade terapier och tillsyn av medicintekniska produkter samt de organ som CE-märker. Myndigheten utövar även tillsyn över öppenvårds- och sjukhusapotek, tillverkare, klinisk behandlingsforskning och läkemedelsföretagens säkerhetssystem.

Läkemedelsbiverkningar till följd av fel i läkemedelshantering, överdosering, missbruk, exponering i arbetet och även biverkningar vid så kallad ”off-label-användning” ska rapporteras till Läkemedelsverket, liksom olyckor och tillbud med medicintekniska produkter.

Nationellt föreskriftsansvar, som kopplar till patientsäkerhet, är receptfrihet för läkemedel, läkemedelsförskrivning i öppenvård (receptföreskrifter), läkemedels utbytbarhet, begränsningar i läkares, sjuksköterskors och andra professioners förskrivningsrätt samt dispenser. Läkemedelsverket utreder substanser inför narkotikaklassning, arbetar mot olaga handel och olaga marknadsföring. Giftinformationscentralen och Läkemedelsupplysningen är andra nationella uppdrag som bidrar till patientsäkerhet genom information och rådgivning.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en kunskapsmyndighet vars verksamhet riktar sig mot hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten har fått i uppdrag av regeringen att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Socialstyrelsens patientsäkerhetsarbete är myndighetsövergripande och sker i samverkan med flera olika myndigheter och parter.

Myndigheten tar fram bindande regler i form av föreskrifter samt kunskapsstödjande och vägledande produkter som hjälper hälso- och sjukvården att utveckla praxis och arbetssätt. Det kan vara nationella riktlinjer, andra rekommendationer och indikatorer. Dessutom förvaltar och utvecklar Socialstyrelsen flera olika register och är statistikansvarig myndighet för vård- och omsorgsområdet. Vidare är det Socialstyrelsen som prövar och utfärdar legitimationer för hälso- och sjukvårdspersonal.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU

SBU är en myndighet som har i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionstillstånd/-hinder. Myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att huvudmän (dvs. regioner och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen.

SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten ska även systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Statens Haverikommission, SHK

SHK är en myndighet som har till uppgift att från säkerhetssynpunkt utreda alla typer av allvarliga civila eller militära olyckor och tillbud. En utredning syftar till att ge svar på främst tre frågor:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Vad kan göras för att en liknande händelse inte ska inträffa i framtiden, eller för att minska konsekvenserna om den gör det?

Den olycksutredande verksamheten styrs framför allt av lagen (1990:712) om undersökning av olyckor och förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor.⁶

SHK är oberoende från hälso- och sjukvårdens aktörer, såväl huvudmän som regelgivare och tillsynsmyndighet.

SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården område och kommit fram till att med nuvarande ekonomiska ramar bör en eller två utredningar kunna genomföras per år inom hälso- och sjukvården med början år 2020. Arbete pågår med att närmare analysera hur urvalet av de händelser som ska utredas ska gå till samt med att knyta medicinsk expertis till myndigheten.

Förutom resultatet av de enskilda utredningarna med därtill hörande eventuella rekommendationer kan SHK bidra med kunskap och kompetens inom olycksutredningsmetodik.

Strålsäkerhetsmyndigheten, SSM

SSM arbetar pådrivande och förebyggande för strålsäkra undersökningar och behandlingar inom sjukvården och tandvården. Myndigheten tar fram bindande regler i form av föreskrifter. Myndigheten övervakar genom tillsyn och tillståndsprövning att hälso- och sjukvården följer de lagar och föreskrifter som finns om strålsäkerhet. I detta arbete ingår exempelvis att granska riskanalyser. De legala kraven omfattar också att anmäla händelser som har betydelse ur strålskyddssynpunkt, dvs. sådana som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig oavsiktlig exponering av patienter. I samband med dessa anmälningar granskar myndigheten händelseanalyser.

Universitetskanslersämbetet, UKÄ

UKÄ granskar kvaliteten i högre utbildning och lärosätenas system för kvalitetssäkring av högre utbildning och forskning. Vidare följer UKÄ upp och analyserar utvecklingen och trender inom den svenska högskolan samt ansvarar också för all officiell statistik på högskoleområdet. UKÄ utövar även tillsyn över alla universitet och högskolor. Myndigheten deltar aktivt i det internationella samarbetet om högre utbildning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys

Vårdanalys har till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Syftet är att bidra till att förbättra och effektivisera vården, tandvården och omsorgen samt stärka patienternas och brukarnas ställning. Vårdanalys tar fram kunskapsunderlag och rekommendationer om vårdens och omsorgens funktionssätt till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå. Fokus är på områden som är viktiga för patienter, brukare och medborgare inom områden där det finns stor förbättringspotential.

⁶ Bestämmelserna i lagen om "andra allvarliga olyckor" har av Trafikuskottet ansetts inrymma möjligheten för SHK att även undersöka allvarliga olyckor inom vården, Trafikuskottets betänkande 1989/90 TU23 sid. 10.

Nationella organisationer med uppdrag inom patientsäkerhetsområdet

Flera organisationer på nationell nivå har uppdrag som rör patientsäkerhet eller arbetar med centrala frågor inom patientsäkerhet.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för alla kommuner och regioner. Uppgiften är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.

SKR har under många år samordnat det nationella patientsäkerhetsarbetet, såväl på operativ som på strategisk nivå och till en början i första hand för landsting och regioner. Efter att regionerna har etablerat ett system för kunskapsstyrning, där nationell samverkansgrupp (NSG) för patientsäkerhet ingår, har samordningen av det operativa patientsäkerhetsarbetet tagits över av NSG Patientsäkerhet. SKR fortsätter dock att samordna det nationella patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

SKR:s patientsäkerhetsarbete övergår mer till en strategisk nivå med fokus på vårdens framtida utmaningar som nära vård, strategisk koncentration av vård och den digitala och tekniska utvecklingen. För att uppnå detta kommer SKR bland annat i samråd med regionerna och kommunerna att utifrån nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samarbeta med Socialstyrelsen med prioritering och genomförande av nationella åtgärder i syfte att underlätta huvudmännens patientsäkerhetsarbete.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf

Löf är ett rikstäckande försäkringsbolag som ägs av regionerna. Löf försäkrar de vårdgivare som finansieras av regionerna. Uppdraget är att utreda och lämna ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) till patienter som skadas i vården och arbeta för en ökad patientsäkerhet. Löf arbetar därför skadeförebyggande genom riktade insatser, utbildningar och forskningsstöd. Ett exempel på utbildningsinsatser är chefsläkarutbildningen, ett samarbete med Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbunds chefsförening, som syftar till att tydliggöra och utveckla chefläkarrollen i arbetet med patientsäkerhet. Vidare har Löf tillsammans med yrkesorganisationer startat flera patientsäkerhetsprojekt som är riktade mot hälso- och sjukvården.

Patientnämnderna

Patientnämnder finns i varje region och i vissa kommuner. De har till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom i stort sett alla offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner. Nämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade. De ska även hjälpa patienter att få den information de kan behöva för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Om patienten är ett barn ska patientnämnden särskilt beakta barnets bästa.

Patientnämnderna återkopplar också till vården när det gäller iakttagelser och avvikelser som har betydelse för patienterna. Syftet med detta är att vården ska få kännedom om eventuella förbättringar som behöver göras. Genom

att årligen analysera de klagomål och synpunkter som har kommit in, uppmärksammar nämnderna regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av hälso- och sjukvården. Patientnämnden är däremot inget övervakande organ och har heller inga disciplinära befogenheter.

Almega Vårdföretagarna

Almega Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för privata vårdgivare. Målet är att medlemmarna ska ge en högkvalitativ, säker och effektiv vård och omsorg. Organisationen deltar bland annat i nationella samverkansgrupper och driver frågor om transparens, nationella kvalitetsindikatorer och redovisning av dessa för profession, patienter och närstående.

Professionsföreningarna arbetar aktivt med patientsäkerhetsfrågor

Professionsföreningarna inom hälso- och sjukvården arbetar aktivt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och tar fram metoder och verktyg till stöd för hälso- och sjukvården. Ett exempel är skriften *Säker Vård* – en kärnkompetens för säker vård som togs fram av Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund [36]. Skriften beskriver vilka kunskaper som medarbetarna behöver för att kunna ge en säker vård och vad som karakteriserar en organisation, där patientsäkerheten sätter prägel på hela verksamheten.

Samverkan för säker vård är ett informellt nätverk som träffas regelbundet i syfte att dela relevant information med bäring på patientsäkerhet och lyfta fram initiativ som kan bidra till en säkrare vård. Sammankallande är chefläkaren på Löf. I nätverket ingår Dietisternas Riksförbund, FAMNA, Fysioterapeuterna, Kommunal, NSG Patientsäkerhet, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening, Sveriges arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet och Vårdföretagarna. Socialstyrelsen adjungeras vid behov.

Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

Regionerna har, med stöd av SKR, etablerat ett gemensamt system för kunskapsstyrning [3]. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. En utvecklad kunskapsstyrning är ett medel för att uppnå god och jämlik vård och omsorg. Patientsäkerhetsarbetet är en viktig och naturlig del i kunskapsstyrningsarbetet.

Kunskapsstyrningens tre delar är kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda och systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården.

Kunskapsstyrningssystemet består av 24 programområden (NPO) och ett nationellt primärvårdsråd. NPO tillsätter nationella arbetsgrupper (NAG)

inom olika områden och vid behov för specifika frågor. För att leda och samordna regionernas nationella, gemensamma arbete i olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer och arbeten har nio nationella samverkansgrupper (NSG) bildats.

Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet, NSG Patientsäkerhet

NSG Patientsäkerhet ingår i det nationella systemet för kunskapsstyrning, som en av de nio samverkansgrupperna [37]. Arbete med patientsäkerhet kräver ett multidisciplinärt och multiprofessionellt angreppssätt, och berör i princip alla delar av en vårdgivares verksamhet. Det är komplext och kräver ett långsiktigt förhållningssätt som följer vårdens utveckling. Uppdraget för NSG Patientsäkerhet innehåller därför såväl strategiska som mer operativa delar.

Den nationella samverkansgruppen utgår från sjukvårdsregionala patientsäkerhetsgrupper (RSG), som hålls ihop på nationell nivå av NSG.

Samverkansgruppen leder och samordnar regionernas arbete inom patientsäkerhetsområdet. Det innebär att bevaka och driva utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet nationellt. I det ingår att framtidsspana, omvärldsbevaka, och aktivt följa den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården, framför allt gällande omstruktureringen av hälso- och sjukvården till Nära vård. Gruppens uppdrag är också att sprida den kunskapen till övriga program- och samverkansområden inom kunskapsstyrningsorganisationen för att säkerställa att patientsäkerhet genomsyrar samtliga programområden.

Vidare ska NSG Patientsäkerhet sammanställa lägesrapporter och genomföra analyser av patientsäkerhetsläget och utvecklingen över tid och att stödja ledning- och styrning för patientsäkerhet genom t.ex. nationellt ramverk för patientsäkerhet.

Huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen bidrar i högsta grad till säkerheten i hälso- och sjukvården

En beskrivning av huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonalen och det ansvar som dessa har enligt lagstiftningen finns beskrivet i avsnittet Rättslig reglering. Ansvar i olika hänseenden följer också med vissa befattningar. Det finns även befattningar i hälso- och sjukvården som inte är rättsligt reglerade men som innefattar arbetsuppgifter eller ansvarsområden som har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet.

Befattningar och roller med särskilt ansvar

Inom hälso- och sjukvårdspersonalen finns befattningar och roller som innebär ett särskilt ansvar. En sådan är till exempel verksamhetschef. Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för en verksamhet och ska säkerställa att verksamheten tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i hälso- och sjukvården.

Andra centrala befattningar är medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Inom den kommunala hälso-

och sjukvården ska det finnas minst en MAS med särskilda angivna ansvarsområden, men det kan finnas flera MAS i samma kommun som ansvarar för det verksamhetsområde som kommunen bestämt. MAR är motsvarande befattning inom rehabilitering.

I regionerna finns det chefläkare. Begreppet chefläkare är inte reglerat i någon lag eller föreskrift. Arbetsuppgifterna kan variera stort men ofta är det en chefläkare som ansvarar för att anmäla händelser som har medfört en allvarlig vårdskada eller händelser som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO, så kallade anmälningar enligt lex Maria. Chefläkaren är ofta en kliniskt erfaren läkare med chefserfarenhet och lokal kännedom, som arbetar övergripande med att utveckla patientsäkerhet och kvalitet.

Rättslig reglering

I detta avsnitt redogörs för viss väsentlig rättslig reglering inom patientsäkerhetsområdet och grunderna för annan rättslig reglering som kan ha viss bäring på framtagandet av en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, så som personuppgiftsbehandling och sekretess.

Inledning

Regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet är omfattande. Förutom lagar och förordningar finns föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Gemensamt för de flesta författningarna är att de ytterst syftar till att säkerställa en god och säker vård för patienterna. Den mest centrala lagen vad gäller patientsäkerhet är patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). I lagen avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5–6 §§ PSL).

Patientsäkerhet är ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår förhindra att patienter skadas i och av vården i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder, eller på grund av att vården inte vidtar åtgärder när sådana är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd. En hög patientsäkerhet innebär att sannolikheten för att en patient ska drabbas av en vårdskada är liten, medan låg eller dålig patientsäkerhet innebär motsatsen, dvs. sannolikheten för att en vårdskada ska inträffa är större. Patientsäkerhet anses som en fundamental kvalitetsdimension i vården men begreppet säger ingenting om nivån på säkerheten. Begreppet säger inte heller något om vad som bör eller måste göras för att uppnå en hög patientsäkerhet, hur det ska göras eller vilka eller vem som ska göra det (prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn s. 191).

God vård

Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att med god vård innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
- vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL).

Motsvarande bestämmelse finns i tandvårdslagen (1985:125), TvL, med ett tillägg om att det ska läggas särskild vikt vid förebyggande åtgärder (3 § TvL).

Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete

Övergripande ansvar

En vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL, respektive TvL, upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Med vårdgivare avses i PSL statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 § PSL). Vårdgivaren ska ha en fastställd plan med en beskrivning av vilka åtgärder som avses vidtas. Det ska även finnas uppföljningsbara mål och en redovisning av hur uppföljningen ska göras. Att kontrollera verksamheten innebär t.ex. att fortlöpande granska att uppdrag fullgörs samt att processer och rutiner finns i tillräcklig omfattning och att de efterlevs (prop. 2009/10:210 s. 194).

Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten (3 kap. 9 § PSL).

Förebyggande av vårdskador

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas (3 kap. 2 § PSL). Det är av största betydelse för patientsäkerheten att nödvändiga åtgärder vidtas snarast möjligt för att åtgärda brister eller risker i verksamheten. Vissa åtgärder kan vara av karaktären att de inte kan genomföras omedelbart. Dessa åtgärder ska tidsplaneras för att viktiga åtgärder inte ska glömmas bort eller för att de fortlöpande ska skjutas upp på framtiden. Det är även viktigt att patientsäkerhetsarbetet är transparent. En handlingsplan kan t.ex. dokumenteras i den patientsäkerhetsberättelse som beskrivs här nedan under rubriken "Patientsäkerhetsberättelse" (prop. 2009/10:210 s. 87–88).

En grundläggande beståndsdel i patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa att risker i verksamheten identifieras och analyseras. Det krävs att vårdgivaren bedriver ett aktivt arbete för att identifiera sådana tillstånd, aktiviteter eller omständigheter som skulle kunna leda till vårdskador. En risk kan vara känd genom att en vårdskada har inträffat i en liknande verksamhet eller genom att personalen har bedömt en situation eller process som riskfylld. Information av betydelse för patientsäkerhetsarbetet kan inhämtas exempelvis genom hälso- och sjukvårdspersonalens rapportering, systematiska journalgenomgångar, intervjuer eller enkäter till patienter och deras anhöriga, deltagande observationer i vårdverksamheten samt genom att ta del av ärenden som behandlats av andra aktörer i klagomålssystemet. Det är viktigt att vårdgivaren har ett system för insamling av gjorda iakttagelser om risker. Det är inte bara inträffade händelser som ska ligga till grund för säkerhetshöjande

åtgärder. Riksinventeringar bör göras regelbundet och de bör alltid göras vid införandet av ny teknik och vid organisationsförändringar. Vid bedömningen av vilka krav som kan ställas på vårdgivaren måste det finnas en balans mellan vad som är rimligt och vad som är teoretiskt möjligt att göra (prop. 2009/10:210 s. 194–195).

Utredning av händelser – vårdskador

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra (3 kap. 3 § PSL). Det finns olika metoder för hur risk- och händelseanalyser kan göras och kunskapen utvecklas fortlöpande. Det centrala är dock inte att ta reda på om någon person har gjort fel utan att försöka ta reda på vad som kan göras för att det inträffade inte ska hända igen (prop. 2009/10:210 s. 88).

Skulle det i en utredning framkomma att orsaken eller en av orsakerna till det inträffade är att någon i verksamheten inte har fullgjort sina skyldigheter ankommer det på vårdgivaren att ta ställning till vilken åtgärd som bör vidtas. Har ett brott begåtts bör en polisanmälan göras. Har exempelvis interna regler inte följts bör ett tillrättavisande ske eller arbetsrättsliga åtgärder övervägas. Det åligger vårdgivaren att vidta de åtgärder som behövs för säkerställande av patientsäkerheten. Detta innefattar även en skyldighet att tillse att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter samt att de i övrigt fullgör sina åligganden på ett korrekt sätt. I detta ligger ett ansvar att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos personalen åtgärdas genom lämplig fortbildning (prop. 2009/10:210 s. 90).

En händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada kan t.ex. avse

- en eller flera vidtagna åtgärder,
- underlåtenhet att vidta en eller flera åtgärder,
- brister i samspelet mellan människa, teknik och organisation,
- brister som kan relateras till latent tillstånd i verksamheten, eller
- tillfälliga omständigheter som sammanfaller och påverkar patientsäkerheten negativt.

Vid en utredning av en händelse kan ett sätt att dra lärdom av den vara att utöver negativa aspekter även fokusera på positiva aspekter, t.ex. åtgärder som förhindrade eller begränsade effekterna av en vårdskada. Genomförda utredningar av händelser bör sammanställas och analyseras på en aggregerad nivå i syfte att dra lärdom av dem och förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2017:40] om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete).

Genom att skapa ett lärande även av positiva aspekter skapar vårdgivaren en verksamhet som har bättre beredskap för det oväntade och på så sätt har bättre motståndskraft att kunna förhindra att något går fel. Att sammanställa

och analysera resultat från flera genomförda utredningar kan bidra till lärande utöver det som kan uppnås när händelser analyseras var för sig [38].

Vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonalen om resultatet av utredningar av händelser som har medfört eller hade kunna medföra en vårdskada och de lärdomar som har dragits med anledning av händelserna. Vilken hälso- och sjukvårdspersonal som ska informeras får bedömas i varje enskilt fall med utgångspunkt från syftet att hindra att liknande händelser inträffar igen (4 kap. 2 § HSLF-FS 2017:40).

Om utredningen av en händelse som har medfört en vårdskada visar att den helt eller delvis har sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet, ska denne underrättas om det inträffade. Detta gäller om det inte finns förhinder enligt bestämmelserna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt i PSL (4 kap. 4 § HSLF-FS 2017:40).

Anmälan till IVO

Vårdgivaren ska till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria). Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till IVO ge in den utredning av händelsen som beskrivs här ovan under rubriken ”Utredning av händelser – vårdskador” (3 kap. 5 § PSL). Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (1 kap. 5 § andra stycket PSL). I IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) finns bestämmelser om hur en anmälan ska göras.

IVO ska säkerställa att händelsen har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska sprida information till vårdgivare och berörda myndigheter om inträffade händelser som har anmälts till IVO samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet (7 kap. 8–9 §§ PSL). Det primära syftet med anmälningsskyldigheten till IVO är att tillsynsmyndigheten ska få vetskap om allvarliga risker i hälso- och sjukvården så att myndigheten kan sprida kunskap om dessa risker till andra vårdgivare och berörda myndigheter. Vidare ska IVO kunna använda informationen i sitt tillsynsarbete (prop. 2009/10:210 s. 145 och prop. 2012/13:20 Inspektionen för vård och omsorg – en ny myndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst s. 124).

En vårdgivare ska även snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten (3 kap. 7 § PSL). På anmälan av IVO prövar Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) frågor som avser bland annat prövotid för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, begränsning av förskrivningsrätten och återkallelse av legitimation (9 kap. 1 § PSL).

Det ska hos vårdgivaren vara utpekad vem som ansvar för ovan nämnda anmälningsskyldigheter till IVO (2 kap. 1 § första stycket 4 patientsäkerhetsförordningen [2010:1369]).

Som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården och dess personal, har IVO möjlighet att vidta åtgärder så att bestämmelser följs. Om IVO finner att en vårdgivare till exempel inte bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra ska myndigheten förelägga vårdgivaren eller enheten att fullgöra sina skyldigheter. Det behövs inte om det är uppenbart obehövligt (7 kap. 1 § och 23–24 §§ PSL). Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (7 kap. 3 § andra stycket PSL).

Vårdgivaren ska ge information till berörd hälso- och sjukvårdspersonal om anmälningar till och beslut från IVO (4 kap. 3 § HSLF-FS 2017:40).

Andra anmälningsskyldigheter

Förutom ovan beskrivna anmälningsskyldigheter till IVO, under rubriken ”Anmälan till IVO”, kan det finnas andra anmälningsskyldigheter som kan ha bäring på patientsäkerheten. Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska t.ex. snarast rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket. Även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet ska rapporteras (19 § Läkemedelsverkets föreskrifter [LVFS 2012:14] om säkerhetsövervakning av humanläkemedel). Om det uppstår eller riskerar att uppstå allvarliga brister i läkemedelsförsörjningen till eller inom ett sjukhus, ska vårdgivaren snarast även anmäla detta till verket (5 kap. 3 § lagen [2009:366] om handel med läkemedel).

En negativ händelse eller ett tillbud med en medicinteknisk produkt ska så snart som möjligt anmälas till tillverkaren och till Läkemedelsverket. Anmälan om negativa händelser och tillbud med egentillverkade medicintekniska produkter ska göras till IVO (6 kap. 2 § första stycket och 6 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2008:1] om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården).

En händelse som inträffar vid en medicinsk exponering och som innebär att patienten, personen som utanför sin yrkesutövning hjälper och stöder patienten och som medvetet exponeras eller forskningspersonen har drabbats eller skulle kunna ha drabbats av en allvarlig skada, ska redovisas i en skriftlig rapport till Strålsäkerhetsmyndigheten inom tre månader från det att händelsen inträffade (3 kap. 10 § Strålsäkerhetsmyndighetens föreskrifter [SSMFS 2018:5] om medicinska exponeringar).

Ledningssystem

Styrning och ledning av hälso- och sjukvården på den nationella, den regionala och den lokala nivån behöver ge förutsättningar för en god patientsäkerhet. Det är viktigt att chefer och ledare i hälso- sjukvården och beslutsfattare underlättar och skapar förutsättningar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete [38].

En vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt

kvalitetsarbete. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patient-säkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva (1 kap. 2 §). Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Denna ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten (3 kap. 2–3 §§).

Grundläggande uppbyggnad

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning (4 kap. 1 §). Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I varje process ska vårdgivaren identifiera de aktiviteter som ingår, och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska vårdgivaren utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat. Vårdgivaren ska även identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna vidare säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten eller verksamheter som bedriver stöd och service till vissa funktionshindrade och med myndigheter (4 kap. 2–6 §§).

Systematiskt förbättringsarbete

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Vårdgivaren ska även utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet (5 kap. 1–2 §§).

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat personal och andra vårdgivare (5 kap. 3 a §). Bestämmelserna om att vårdgivaren ska ta emot klagomål och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och närstående redovisas under rubriken ”Klagomålshantering” här nedan. Inkomna rapporter från hälso- och sjukvårdspersonal gällande risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet (5 kap. 6 §).

På grundval av resultaten av de ovanstående beskrivna aktiviteterna ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultaten av aktiviteterna visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet ska processerna och rutinerna förbättras (5 kap. 7–8 §§).

Personalens medverkan och dokumentationsskyldighet

Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet (6 kap. 1 §). Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vårdgivaren bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (7 kap. 1 §).

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av den ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten. Det ska även framgå vilka resultat som har uppnåtts. Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den (3 kap. 10 § PSL). Patientsäkerhetsberättelsen ska även innehålla uppgifter om hur:

- Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.
- Patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats.
- Samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
- Risker för vårdskador har hanterats.
- Rapporter från hälso- och sjukvårdspersonal gällande risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada har hanterats.
- Inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.
- Många händelser som har utretts i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.
- Informationssäkerhetsaspekter har beaktats.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar. Informationsbehovet hos externa intressenter ska även tillgodoses (7 kap. 2–3 §§ SOSFS 2011:9 och 7 kap. 1 § Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2016:40] om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården).

Huvudmän och patientsäkerhet

Med huvudman avses den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet (2 kap. 2 § HSL). Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bland annat den som är bosatt i regionen (8 kap. 1 § HSL). Regionen ska även erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annans regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av vårdgarantin, men i övrigt ska vården ges på samma villkor som

de villkor som gäller för de egna invånarna (8 kap. 3 § första stycket HSL). Med öppen vård avses annan sjukvård än slutenvård, och med slutenvård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2 kap. 4–5 §§ HSL).

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i vissa särskilda boenden och åt den som vistas i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). Kommunen får även erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådana särskilda boendeformer för äldre som främst behöver lättåtkomlig service och har behov av att bryta oönskad isolering (12 kap. 2 § HSL). Kommunerna ska som regel inte erbjuda hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § HSL).

Regioner och kommuner får, med bibehållet huvudmannaskap, sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ (15 kap. 1 § HSL). Då uppgifter överlämnas till någon annan övergår ansvaret för utförandet av uppgiften till den andra parten. Regionen eller kommunen har dock det fortsatta ansvaret som huvudman för de uppgifter som överlämnats. Regionen eller kommunen har således kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård. Detta kan säkerställas bl.a. genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna (prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 115 och 146).

När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten. Om en kommun eller en region sluter avtal med en privat utförare, ska kommunen eller regionen genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (10 kap. 8–9 §§ kommunallagen [2017:725], KL).

Om t.ex. en region överlämnar en viss uppgift åt en privat vårdgivare har regionen kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. För att fullgöra det ansvaret måste regionen kontrollera och följa upp att den privata vårdgivaren följer de föreskrifter som finns på området samt de andra krav som följer av det avtal som slutits med den privata vårdgivaren (prop. 2016/17:166 om privata sjukförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård s. 11).

IVO har i ett så kallat principbeslut gett en region kritik eftersom denna brustit i sitt ansvar som huvudman. Myndigheten anförde att regionen i egen skap av huvudman är ytterst ansvarig för att överlåten verksamhet uppfyller kraven på en god hälso- och sjukvård. En huvudman har en skyldighet att kontrollera att överlåten verksamhet följer lagar och föreskrifter och andra krav enligt avtal.⁷

⁷ IVO:s beslut den 9 juni 2016, dnr 8.5-23474/2014-15.

Kommunal självstyrelse

Regioner och kommuner sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund (14 kap. 2 § Regeringsformen, RF). En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte ske om det inte är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den (14 kap. 3 § RF).

Vid införandet av en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet måste hänsyn tas till den kommunala självstyrelsen. Handlingsplanen är inte bindande för huvudmännen utan har tagits fram för att kunna användas av regioner och kommuner för att de genom egna regionala handlingsplaner ska kunna etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Den nationella handlingsplanen ska således vara ett stöd för huvudmännen i deras arbete med patientsäkerhet och ses som en nationell kraftsamling på området.

Hälso- och sjukvårdspersonal och patientsäkerhet

Där det bedrivs hälso- och sjukvård och tandvård ska det bland annat finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL och 4 a § TvL). Enligt PSL avses med hälso- och sjukvårdspersonal

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården eller den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare eller den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet,
- apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
- personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande (1 kap. 4 § PSL).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska även så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patienten ska visas omtanke och respekt (6 kap. 1 § PSL). Att tillhandahålla vård som inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet eller att i övrigt inte följa författningar som hälso- och sjukvården ska tillämpa kan innebära risker för vårdskador och därmed utgöra en fara för patientsäkerheten (prop. 2009/10:210 s. 83).

Ansvarsfördelning och delegering

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar (6 kap. 2 § PSL). Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att denna har förutsättningar att fullgöra uppgiften (6 kap. 3 § PSL). Vid delegering ska Socialstyrelsens föreskrifter på området följas. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2002:12) om delegering inom tandvården.

Bidra till hög patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. 4 § PSL). Vårdgivaren ska informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras rapporteringsskyldighet. Informationen ska ges när en anställning, ett uppdrag eller en verksamhetsförlagd utbildning påbörjas och därefter återkommande (4 kap. 1 § HSLF-FS 2017:40).

En grundbult i patientsäkerhetsarbetet är att alla som arbetar i hälso- och sjukvården är uppmärksamma på risker för tillbud och negativa händelser samt inträffade händelser. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver inte fundera över hur allvarlig en händelse ska vara för att den ska rapporteras. Det är vårdgivaren som har ansvaret att ta ställning till vilka åtgärder som ska vidtas utifrån det som rapporteras (prop. 2009/10:210 s. 149–150). Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att de ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård. För att den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denna således planera för personalförsörjningen och kompetensutvecklingen av personalen [38].

Verksamhetschef

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80], HSF). Även inom tandvården ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten (16 a § första stycket TvL).

Det finns få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Oftast är det verksamhetschefen som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter baserat på den enskildes kompetens.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas sjuksköterskor med ett särskilt medicinskt ansvar, så kallade medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering kan kommunen istället ha en fysioterapeut eller arbetsterapeut med ett särskilt medicinskt ansvar för det området, medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR (11 kap. 4 § HSL). MAS- och MAR-funktionen kom till när ansvaret för viss hälso- och sjukvård fördes över från regionerna till kommunerna. Det ansågs att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det fanns rimliga möjligheter att utföra dem på ett patientsäkert sätt (prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 70).

Patienter och patientsäkerhet

Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet (3 kap. 4 § PSL). Patienter har många gånger mycket att tillföra då de kan se sådant som hälso- och sjukvårdspersonalen missar. Det är viktigt att dessa observationer används i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska på olika sätt uppmuntra och involvera patienterna och deras närstående i patientsäkerhetsarbetet. En vårdgivare kan till exempel ha rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdsituationen. Ett annat exempel är att knyta ett patientråd till verksamheten (prop. 2009/10:210 s. 86).

Vårdskador

Vårdgivaren ska snarast informera en patient som har drabbats av en vårdskada om

- att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada,
- vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen,
- vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter,
- patientnämndernas uppgift att hjälpa patienten att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren,
- möjligheten att anmäla klagomål till IVO, och
- möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen.

Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen. Uppgift om den information som har lämnats ska antecknas i patientjournalen (3 kap. 8 § PSL). Informationen får inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 8 c § PSL). Vårdgivaren ska ha ett gott bemötande, lyssna på patientens synpunkter och, i förekommande fall, be om ursäkt för det inträffade (prop. 2009/10:210 s. 92).

När en händelse har medfört en allvarlig vårdskada, ska vårdgivarens utredning innehålla uppgifter om patientens beskrivning och upplevelse av händelsen (3 kap. 6 § HSLF-FS 2017:40).

Vårdgivaren ska även snarast informera den patient som har drabbats av en allvarlig vårdskada om att en anmälan har gjorts till IVO och IVO:s beslut i ärendet, såvida det inte föreligger sekretess i förhållande till patienten själv. Om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen ska den ges till en närstående om inte bestämmelserna om sekretess eller tystnadsplikt förhindrar detta (4 kap. 5–6 §§ HSLF-FS 2017:40).

Klagomålshantering

Vårdgivare

Vårdgivarna ska ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående (3 kap. 8 a § PSL). Vårdgivaren ska snarast besvara klagomålet. Det ska ske på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig informationen. Vårdgivaren ska ge en förklaring till vad som har inträffat och, i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (3 kap. 8 b § PSL). Det ska även vara möjligt för patienten eller dennes närstående att lämna synpunkter på hur hälso- och sjukvården hos vårdgivaren kan förbättras. Det är viktigt att vårdgivarna har en välfungerande klagomålshantering. Det är en central del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet då det bidrar till att uppmärksamma och förebygga vårdskador (prop. 2016/17:122 Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården s. 30–31).

Patientnämnden

Patientnämnderna ska hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomålen besvarade på ett lämpligt sätt (2 § lagen [2017:372] om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, här förkortad LSK). Patientnämnderna ska analysera inkomna klagomål och synpunkter och uppmärksamma regionen eller kommunerna på riskområden och hinder för utvecklingen av vården (3 § LSK). Analysen kan behandla förbättringsområden ur ett patientperspektiv. Nämnden kan även föreslå åtgärder som behöver vidtas för att komma till rätta med identifierade problem- och riskområden (prop. 2016/17:122 s. 45–46). Patientnämnden ska årligen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten samt den analys som gjorts under förgående år till IVO och Socialstyrelsen. Patientnämnderna ska göra IVO uppmärksam på förhållanden som är relevanta för IVO:s tillsynsarbete. Vidare ska nämnderna samverka med IVO, så att IVO systematiskt kan tillvarata den information som patientnämnderna lämnar (7 § LSK). Nämnderna bör rapportera till IVO om de identifierar eller misstänker allvarliga brister i någon verksamhet (prop. 2016/17:122 s. 44).

IVO

IVO ska utreda vissa klagomål om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter att besvara klagomålet. Det är klagomål som rör:

- kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått en väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,
- tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), och
- händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

Myndigheten får om den önskar utreda andra ärenden som inte lever upp till ovanstående förutsättningar. IVO behöver inte utreda ett klagomål om

- det är uppenbart att det är obefogat,
- det saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan,
- det rör ett beslut som kan överklagas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård eller isolering enligt smittskyddslagen, eller
- händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden (7 kap. 11 § PSL).

IVO ska kontinuerligt samverka med patientnämnderna och systematiskt tillvarata den information som patientnämnderna lämnar varje år (7 kap. 6 § PSL). Det är viktigt att IVO samlar in patienterfarenheter på ett systematiskt sätt. Erfarenheterna ska kunna ligga till grund för den riskanalys som myndigheten ska göra för att kunna ta ställning till vilka områden inom hälso- och sjukvården som behöver granskas i myndighetens tillsyn (prop. 2016/17:122 s. 51–52).

Ersättning

Den som drabbas av skada i samband med hälso- och sjukvård i Sverige kan under vissa förutsättningar få ersättning. En vårdgivare är skyldig att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (1 § patientskadelagen [1996:799]). Det finns även möjlighet att få ersättning vad gäller läkemedel via läkemedelsförsäkringen.

Patientlagen

I patientlagen (2014:821), PL, finns reglering för att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagens reglering kan ha viss påverkan på patientsäkerhetsarbetet. Lagen innehåller bestämmelser om

- tillgänglighet
- information
- samtycke
- delaktighet
- fast vårdkontakt och individuell planering
- val av behandlingsalternativ och hjälpmedel
- ny medicinsk bedömning
- val av utförare

- personuppgifter och intyg
- synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

Det anges i avsnittet om delaktighet att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att hen själv utför viss vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientens närstående ska även få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta (5 kap. 1–3 §§ PL).

Personuppgiftsbehandling

För att uppnå en hög patientsäkerhet och utveckla och säkra kvalitet kan det finnas behov av att behandla personuppgifter på aggregerad nivå och över vårdgivargränserna. Vid behandling av personuppgifter behöver viss reglering på området följas.

Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningen reglerar behandling av personuppgifter (Europaparlamentets och rådets förordning [EU] 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG [allmän dataskyddsförordning]).

Personuppgifter är varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person. En identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringssuppgift eller online-identifikatorer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet (artikel 4.1). Behandling är varje åtgärd som vidtas beträffande personuppgifter oberoende av om de utförs automatiserat eller inte såsom insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhållande på annat sätt, justering eller sammanförande, begränsning, radering eller förstöring (artikel 4.2).

Patientdatalagen

Patientdatalagen (2008:355), PDL, tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården (1 kap. 1 § första stycket PDL). Lagen innehåller bestämmelser som kompletterar EU:s dataskyddsförordning, vid sådan behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården som är helt eller delvis automatiserad eller där uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier. Vid behandling av sådana personuppgifter gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av

patientdatalagen eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till patientdatalagen (1 kap. 4 § PDL).

Personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för att fullgöra skyldigheter att föra patientjournal och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienten samt att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning och annan författning. Personuppgifter får även behandlas för bland annat att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller att framställa statistik om hälso- och sjukvården (2 kap. 4 § första stycket PDL). Personuppgifterna får även behandlas för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in (2 kap. 5 § PDL). Personuppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister får behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (7 kap. 4 § PDL).

Sekretess och tystnadsplikt

I det systematiska patientsäkerhetsarbetet måste hälso- och sjukvårdspersonalen, vårdgivarna och huvudmännen leva upp till gällande sekretessreglering.

Sekretess gäller inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL). Tystnadsplikt gäller för de privata vårdgivarna. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad hen i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning (6 kap. 12 § första stycket PSL). Gällande vad som är ett obehörigt röjande kan tas ledning i den menprövning som ska göras enligt OSL. Den enskilde ska ha samma skydd för sin personliga integritet vare sig hen behandlas av en offentlig eller privat vårdgivare (prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 46).

Det är presumtion för sekretess för uppgifter hos hälso- och sjukvården och som huvudregel ska uppgifter som kan identifiera en person inte lämnas ut. Uppgifter kan lämnas ut över sekretessgränsen om det står klart att uppgiften kan lämnas ut utan att det medför men för den person som uppgiften rör. Begreppet men har en mycket vidsträckt innebörd. Det avser framförallt olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifter lämnas ut. Utgångspunkten för bedömningen ska vara den enskildes personens egen upplevelse. Bedömningen måste dock i viss utsträckning även ta hänsyn till gängse värderingar i samhället (prop. 1979/80:2 Förslag till sekretesslag m.m. s. 82–83).

En uppgift för vilken sekretess gäller får inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det gäller även mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till

varandra (8 kap. 1–2 §§ OSL). Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar inte att en uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård eller annan medicinsk verksamhet till en annan myndighet som bedriver sådan verksamhet i samma kommun eller region (25 kap. 11 § 1 och 2 OSL).

Sekretess till skydd för en enskild hindrar inte att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet om den enskilde samtycker till det (10 kap. 1 § OSL). En enskild kan helt eller delvis häva sekretess som gäller till skydd för hen, om inte annat anges i OSL (12 kap. 2 § första stycket OSL). Sekretess hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning (10 kap. 28 § första stycket OSL). Bestämmelsen om anmälningsplikt enligt lex Maria, som har beskrivits här ovan under rubriken ”Anmälan till IVO”, är en typ av en sådan uppgiftsskyldighet.

Den inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om hen deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1 § PDL).

Lärdomar och resultat från delstudier

I detta avsnitt beskrivs resultatet av de delstudier som Socialstyrelsen använde i genomförandet av uppdraget och som utgjorde underlag i arbetet med utformningen av handlingsplanen.

Behovskartläggning

Socialstyrelsen genomförde en serie av workshoppar för att fånga olika gruppers synpunkter på en nationell handlingsplan för patientsäkerhet och behovet av nationell samordning. Fem workshoppar genomfördes med

- NSG Patientsäkerhet,
- representanter för myndigheter och nationella organisationer,
- experter inom patientsäkerhet,
- representanter för studentorganisationer,
- representanter för patienter och närstående.

Varje workshop genomfördes enligt samma upplägg och centrerades kring följande områden; behov kring nationell samordning inom patientsäkerhetsområdet, tankar kring en nationell handlingsplan och utformningen av en sådan i syfte att ge stöd i patientsäkerhetsarbetet samt övriga medskick och förslag. Resultaten summerades per grupp och jämfördes därefter sinsemellan. Detta låg sedan till grund i det fortsatta arbetet.

Nedan sammanfattas resultaten per workshop och därefter redovisas resultaten från fyra av grupperna tillsammans.

Workshop med NSG Patientsäkerhet

Vid workshoppen med NSG Patientsäkerhet framkom bl.a. följande.

Nationell samordning till nytta när det är tydligt vad som ska göras och för att undvika parallellt arbete. Det är viktigt att lära av varandra och sprida goda exempel och idéer.

Vi är ett litet land. Det är viktigt att lära av varandra.

Citat från workshop

En nationell samordning behöver stödja det lokala. Det är viktigt inte minst när det gäller prioriteringar. Från patientens perspektiv är samordning centralt men samordning behövs också för olika frågor. Ett exempel är säkerhetskulturen där det finns ett behov av fokus ute i hälso- och sjukvården och hos professionerna. Områden, där arbetet kan utvecklas, kan också vinna på nationell samordning.

Det är viktigt att fånga eftersatta områden – vita fläckar – och utveckla arbetet där.

Citat från workshop

Det finns många aktörer på nationella nivån inom patientsäkerhetsområdet, vilket riskerar att leda till spretighet och otydlighet. Det är viktigt att inte arbeta parallellt, utan att mötas. Där kan handlingsplanen tydliggöra roller. Kunskapsstyrningens ansvar, mandat och roll i relation till myndigheternas uppdrag och ansvar behöver förtydligas. Det är också viktigt att inte glömma bort kommunerna, som inte ingår i NSG Patientsäkerhet.

Hela hälso- och sjukvården behöver inkluderas i en handlingsplan och den bör följa patientens behov. Patientsäkerhet spänner över ett stort område. Därför är det viktigt med avgränsningar och vägval. Det är också viktigt att patientsäkerhet beaktas i de strukturella förändringarna som pågår i hälso- och sjukvården, t.ex. en god och nära vård med fokus på primärvården, eftersom sådana förändringar kan ge upphov till nya riskområden.

En nationell handlingsplan behöver vara genomförbar. Det kräver både förmåga och resurser. Den behöver också vara övergripande och anpassningsbar. Det är viktigt att den kan brytas ner på olika nivåer, t.ex. regional eller kommunal nivå, och att den tydligt visar vad som är nationellt, regionalt och kommunalt respektive lokalt.

Det finns ingen antagen patientsäkerhetsstrategi. Därför behöver handlingsplanen innehålla strategiska element och ha en struktur med tydliga mål och tydlig riktning. Förslagsvis skulle den kunna innehålla fokusområden.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) är skriven utifrån perspektivet ”brist på säkerhet”. Det är önskvärt att handlingsplanens perspektiv fokuserar på närvaron av säkerhet. Det är centralt att den förmedlar en positiv känsla och förstärker det framtidsyftande och förebyggande arbetet.

Patientsäkerhet kan vara reaktivt. Förstärk det framtidsyftande, positiva och proaktiva.

Citat från workshop

Workshop med myndigheter och nationella organisationer

Vid workshoppen med myndigheter och nationella organisationer framkom bl.a. följande.

Många aktörer är involverade och genom samarbete finns möjligheter att rikta ansträngningarna åt samma håll. Olika delar av hälso- och sjukvården har olika behov och det finns också regionala skillnader. För att nå hela hälso- och sjukvården behövs nationell samordning. Samordning är också central för att uppnå långsiktighet i arbetet.

Sammanfatta en gemensam bild vi alla kan agera på och följa upp.

Citat från workshop

En handlingsplan behöver ha tydliga ramar, t.ex. i form av giltighetstid och vem som ansvarar för vad. Vidare behöver den utformas på rätt nivå. Förankringen hos vårdgivarna är central. Eftersom handlingsplanen ska fungera för hela hälso- och sjukvården behöver den vara övergripande. Den behöver också ha en tydlig målbild och beskriva tydliga områden.

*Det handlar om att omfatta det vi redan jobbar med men också att komma åt det som vi inte arbetar med idag, t.ex. områden som hamnar mellan ak-
törer.*

Citat från workshop

Vidare behöver handlingsplanen bygga vidare på det framgångsrika arbetet som har gjorts och görs, samt på behoven där samverkan med patienterna är central. Systemperspektivet är centralt, likaså utbildning och att handlingsplanen inspirerar till engagemang. Där är ledningens engagemang avgörande för att bygga en säkerhetskultur.

Det finns en risk om handlingsplanen blir för allmänt hållen, samtidigt som det är en lika stor risk om den blir för detaljerad. Det är också viktigt att den administrativa bördan i hälso- och sjukvården inte ökar p.g.a. handlingsplanen.

En handlingsplan man inte har tid att jobba med hjälper ingen.

Citat från workshop

Handlingsplanen behöver ta höjd för de stora förändringar som pågår i hälso- och sjukvården och som påverkar patientsäkerheten. Från ett myndighetsperspektiv skulle det vara bra att se över områden som behöver normeras.

Workshop med experter

Vid workshoppen med experter framkom bl.a. följande.

För att leda arbetet och ge det riktning behövs samordning. De olika rollerna behöver förtydligas och vissa fall definieras i handlingsplanen. Vårdgivarna har ansvaret men behöver stöd från den nationella nivån.

Det är centralt att förstå varför något ska göras, så att säkerhetsarbetet inte blir ritualiserat.

Gå från "vad" och "hur" till "varför". Nationell samordning behövs på ett varför-plan.

Citat från workshop

Det är viktigt att patientsäkerhetskunskap finns med redan i grundutbildningarna. Samordning är centralt för att nå utbildningarna. Kunskap och utbildning är också avgörande för andra grupper, t.ex. för chefer i hälso- och sjukvården men även för politiker som styr hälso- och sjukvården och därmed påverkar patientsäkerheten.

Långsiktighet är en förutsättning för resultat och effekter på längre sikt. Stora strukturförändringar i hälso- och sjukvården eller nationella initiativ påverkar patientsäkerheten och det är viktigt att de är hållbara i längden. Då behövs nationell samordning.

Handlingsplanen behöver ha ett tydligt syfte och det är viktigt att den signalerar att det för patienternas skull som den tas fram. Det finns en inneboende spretighet i sakområdet patientsäkerhet. Tydliga områden i handlingsplanen kan möjliggöra en övergripande struktur och bidra till att ge stöd i var hälso- och sjukvården kan börja arbetet och hur det kan gå till. Områden, där nationella aktörer kan enas, skulle kunna lyftas, t.ex. vårdhygien, kommunikation, m.m.

Det är viktigt med en tydlighet gällande roller och ansvar.

Bra att ha en rollklarhet, det är viktigt i en handlingsplan. Vi tror ibland att det är tydligt, men det är det sällan.

Citat från workshop

En god förankringsprocess i arbetet är central. Annars finns risken att handlingsplanen blir en pappersprodukt. Frågan om resurser behöver benämnas i arbetet eftersom patientsäkerheten alltid riskerar att trängas undan när andra frågor ses som mer prioriterade.

Hälso- och sjukvården är föränderlig. Handlingsplanens utformning behöver därför kunna följa och möta förändringar.

Säkerhet skapas hela tiden, det är inget statiskt givet.

Citat från workshop

Om den kan koppla till verktyg och metoder är det en fördel. Det förebyggande arbetet måste vara i fokus och handlingsplanen behöver kunna ge stöd i prioriteringarna.

Workshop med representanter för studentorganisationer

Vid workshopen med representanterna för studentorganisationerna framkom bl.a. följande.

Handlingsplanen behöver hantera utbildningsfrågan. Patientsäkerhet behöver komma in tydligare i utbildningarna och examensmålen behöver innefatta patientsäkerhet. Nationell samordning behövs om förändringen av utbildningarna ska lyckas. Patientsäkerhet är en del av en jämlik hälso- och sjukvård och det nationella perspektivet behövs för att uppnå det. För studenter är handledarna ute i vården viktiga förebilder.

Utbildningen ska förbereda oss i patientsäkerhet, vi ska inte behöva utbildas i det när vi redan är färdigutbildade.

Citat från workshop

Målet med handlingsplanen måste vara att nå ut till mikronivån, eftersom förändringen måste ske där. Därför är det viktigt att den kan bidra till att påverka säkerhetskulturen. Den bör visa hur olika aktörer kan bidra, t.ex. även studenter, professionsföreningar och patientföreningar. Det är också viktigt att den berör förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt.

Höj ambitionsnivån! Gör det till en rörelse.

Citat från workshop

Handlingsplanen behöver i sin utformning ha ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, som inkluderar studenter och patienter. Det är nödvändigt att den blir begriplig och kan kommuniceras. Vidare behöver den innehålla konkreta mål och innefatta en tydlig kontext. Då går det att ta den till sig. Ett viktigt fokus bör vara samarbete, inte minst mellan professionerna.

Avlasta läkarna genom interprofessionellt samarbete och låt oss träna på det redan i utbildningarna.

Citat från workshop

Det är viktigt att inkludera nästa generations medarbetare i patientsäkerhetsarbetet. Det kräver att patientsäkerhet förs in i grundutbildningarna och i introduktionen på arbetsplatser.

Workshop med representanter för patienter och närstående

Vid workshoppen med representanterna för patienter och närstående framkom bl.a. följande.

Det är många aktörer i vårdkedjan. Det finns övergripande behandlingsprogram, nationella riktlinjer osv. men ändå får patienter olika vård i olika delar av landet. Nationell samordning är därför nödvändig.

Man måste sätta sig tillsammans och ta ansvar tillsammans att se till att man kan agera hela vägen ut i vårdkedjan.

Citat från workshop

Det är viktigt med en tydlig ansvarsfördelning och någon myndighet borde ha ett överordnat ansvar. Vidare finns det behov av ansvar för hela vårdkedjan och samordning är också nödvändig vad gäller stora riskområden. Övergångarna i vården, överbeläggningar och kompetensförsörjningsproblematiken skapar risker och är områden som behöver beröras i handlingsplanen.

Det är centralt att involvera patienterna i arbetet och ta vara på deras kunskap. Person- och patientcentrering och patientdelaktighet är områden som bör lyftas. Patient- och närståendeföreningar behöver därför inkluderas i arbetet.

Prata inte om oss, prata med oss. Vi finns ju här.

Citat från workshop

Handlingsplanen måste vara konkret och vägledande och den behöver ha en tydlig status. Användbarheten avgör hur den kommer att tas emot och vilken effekt den får. Det är angeläget att handlingsplanen utformas så den inspirerar mottagarna att använda den för att ta fram egna handlingsplaner. Dessutom är det viktigt att den håller sig inom gällande lagstiftning, annars blir det svårt att driva arbetet.

Konkretion är också centralt för att undvika risken för att handlingsplanen blir en pappersprodukt och hyllvärmare.

Farligt om det bara blir ett sätt för politiken att visa sin vilja att förändra snabbt, snarare än att faktiskt lyckas driva faktisk förändring.

Citat från workshop

Ansvarsfördelningen behöver tydligt anges och det är också en fördel om den innehåller verktyg i syfte att uppnå resultat. Den måste vara begriplig och gå att sprida. Eftersom den behöver kommuniceras med alla berörda aktörer är utformningen central.

Summering av synpunkterna från samtliga grupper

Många av synpunkterna var gemensamma för samtliga grupper. Nedan presenteras i bild myndighetsgruppens, expertgruppens, patient- och närstående-gruppens samt studentgruppens gemensamma synpunkter på behovet av på en nationell handlingsplan för patientsäkerhet och på nationell samordning.

Figur 8. Gruppernas gemensamma synpunkter på en nationell handlingsplan



Källa: Socialstyrelsen

Figur 9. Gruppernas gemensamma synpunkter på nationell samordning



Källa: Socialstyrelsen

Internationell utblick

I syfte att lära av andra länders och organisationers strategiska patientsäkerhetsarbete och dess effekter för att bidra med lärdomar i arbetet med framtagandet av en svensk nationell handlingsplan genomförde Lumells Associates på Socialstyrelsens uppdrag en internationell utblick [5]. Tio länders styrdokument för patientsäkerhetsarbete analyserades och det kompletterades med en genomgång av tre internationella organisationers arbete med patientsäkerhet. Resultaten, som har bäring på arbetet med att ta fram en handlingsplan i Sverige, redovisas nedan.

Övergripande reflektioner

En nationell handlingsplan har inte ensam betydelse för eller påverkan på patientsäkerhetsarbetets effekter utan kontexten i ett land har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetets uppbyggnad.

Vid framtagningen av en nationell handlingsplan är det viktigt med en strategisk helhet och att det finns en tydlig och logisk koppling mellan de mer vägledande delarna och de delar som beskriver konkreta aktiviteter. Det behöver också vara tydligt för mottagarna vad som är vems ansvar.

Fördjupade nulägesanalyser inom valda områden kan ge en faktabaserad bild av de mest angelägna behoven och utmaningarna. Det i sin tur kan hjälpa till att fokusera innehållet i handlingsplanen till mål och aktiviteter som kan bidra till förbättring av de mest prioriterade delarna inom patientsäkerhetsområdet.

Det är också centralt att ha en plan för genomförandet av handlingsplanen samt en uppföljningsmodell där resultat kan kopplas till de åtgärder som beskrivs i handlingsplanen.

Centralt vid förberedelserna av framtagandet

Patientsäkerhetsarbete vinner på nationell samordning

Samordning på nationell nivå och en tydlig roll- och uppdragsfördelning mellan berörda aktörer behövs. Det skapar hållbara förutsättningar för vägledning, stöd och styrning av patientsäkerhetsfrågan, inte minst vad gäller koordinering av fristående aktörer, i syfte att främja utvecklingen och minimera hinder för att uppnå framgångsrika resultat.

Pågående regionalt patientsäkerhetsarbete bör tas tillvara och stödjas

En nationell handlingsplan behöver ta hänsyn till det arbete som redan pågår regionalt och som fungerar väl på regional och lokal nivå. Ambitionen bör vara att samordna aktiviteterna på bästa sätt. Annars finns det risk för att vårdgivarna får svårt att relatera till den nationella handlingsplanen, vilket i sin tur riskerar att minska genomslaget för handlingsplanen.

För att säkerställa att utformningen av en nationell handlingsplan blir relevant för den regionala (och i förlängningen den lokala) nivån⁸, kan en kartläggning av regionala handlingsplaner och styrdokument vara av stort värde. I Sverige bör detta inkludera vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser. En analys kring lämpliga metodstöd som kan stödja en framtagning av patientsäkerhetsberättelser som är integrerad i och i sig stödjer ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

En annan lärdom är att tydlig, öppen och löpande kommunikation mellan ansvarig nationell aktör och regionala mottagnivåer inte kan underskattas.

En blandning av styrformer förespråkas

En blandning av hårda, mjuka och stödjande styrverktyg kompletterar varandra och skapar goda förutsättningar för önskat genomslag. Styrningen av patientsäkerhetsarbetet skiljer sig mellan länderna i analysen. Både hårda och mjuka och stödjande styrmodeller förekommer och skillnaderna förklaras utifrån rådande kontext i respektive land. Den styrmodell som väljs behöver vara anpassad till hälso- och sjukvårdssystemets struktur.

⁸ När ”regional nivå” används i ett svenskt sammanhang avses både kommuner och regioner.

Centralt då handlingsplanen utformas och innehållet bestäms

Bred och inkluderande process

Det krävs en bred förankring hos involverade aktörer, inklusive beslutsfattare, vid framtagandet en nationell handlingsplan. Detta för att säkerställa en samsyn vad gäller ambitionerna som beskrivs och prioriteringen av det som ska göras. Om samsyn saknas finns det risk att handlingsplanen förlorar i genomslag.

Sammanlänka handlingsplanens mål och strategier med övrigt kvalitetsarbete

Patientsäkerhet är tätt sammanlänkat med övrigt kvalitetsarbete. Patientsäkerhet påverkas av och påverkar de övriga beståndsdelarna inom hälso- och sjukvårdens kvalitet, t.ex. effektivitet, patientfokus och jämlikhet. Det är därför viktigt att koppla den nationella handlingsplanen till det kvalitetsarbete som pågår i landet. Det kan exempelvis göras genom att säkerställa att målen inom patientsäkerhetsområdet sammanfaller med de övergripande kvalitetsmålen för hälso- och sjukvården, eller genom att sammanlänka den till andra styrdokument för kvalitetsarbete.

Tydlig koppling mellan handlingsplanens delar

Det finns stora fördelar med att etablera en strategisk styrning som bygger på en helhetsbild där allt hänger samman. En logisk koppling mellan vision, mål, prioriteringsområden och konkreta aktiviteter möjliggör för en mer heläckande uppföljning där slutsatser om insatserna bidrar till den övergripande måluppfyllelsen kan dras genom att undersöka utfall på verksamhetsnivå.

Tydliggör mottagarna för handlingsplanen

Vem som är primär mottagare för handlingsplanen behöver framgå. Annars finns risk för otydlighet kring roller och ansvar. Åtgärder på nationell och regional nivå kan anses lägga grunden för ett mer hållbart och långsiktigt patientsäkerhetsarbete genom hela systemet, vilket ökar genomslaget för handlingsplanen. Av den anledningen är det en fördel om handlingsplanen riktar sig till den nationella och regionala nivån.

Fokusera på de största utmaningarna där behoven är som störst

En analys av behov och utmaningar hjälper till att fokusera innehållet i handlingsplanen till de mål och aktiviteter som kan bidra till förbättring av de mest utsatta delarna inom patientsäkerhetsområdet. De kan också bidra till en kartläggning av redan pågående arbete och därmed även ses som en del av en förankringsprocess med regionala aktörer. På så sätt kan de även hjälpa till att säkerställa att innehållet i handlingsplanen blir relevant, att dokumentet får legitimitet vilket i sin tur ökar möjligheterna för framgångsrika resultat.

Kombinera tematiska områden

Framgångsområden behöver belysas i högre utsträckning, t.ex. ledarskap, lärande och säkerhetskultur eftersom bedömningen är att de skapar rätt förut-

sättningar för ett hållbart patientsäkerhetsarbete som på längre sikt också resulterar i att patientsäkerhetsutfall sjunker (t.ex. VRI). Det innebär dock inte att arbete inom utfallsområden är oviktigt. Utfallsområden, t.ex. VRI, fallolyckor m.fl., är konkreta och mätbara och därmed möjliga att följa upp. Mätbara resultat kan också fungera motiverande. Slutsatsen är att en kombination av olika tematiska utgångspunkter, t.ex. olika framgångsområden och utfallsområden, bör användas i framtagandet av handlingsplanen.

Handlingsplanens tidsram bör utgå från de åtgärder som ska genomföras

Den internationella utblicken visar att tidsramen för strategin eller handlingsplanen i många fall inte är förankrad i någon beslutsprocess som baserar sig på analys. Det gör det svårare att veta när och hur ofta resultatet ska följas upp.

Om tidsramen är för kort finns risk att föreslagna aktiviteter inte hinner genomföras eller att resultat inte hinner genereras. Men om tidsramen är för lång finns risken att handlingsplanen inte kan anpassas till förändrade förutsättningar. Tidsramen för den nationella handlingsplanen bör väljas utifrån en bedömning av hur lång tid som behövs för att genomföra förbättringsarbetet samt att kunna mäta resultat av dessa.

Centralt vid introduktion, genomförande och uppföljning

Medveten och anpassad kommunikationsstrategi

Kommunikation av handlingsplanen är centralt för att få spridning av planens innehåll och därmed uppnå önskat genomslag.

En genomtänkt kommunikationsstrategi ska vara anpassad till de tänkta mottagarna för handlingsplanen och baseras på vilken typ av kommunikation dessa är mottagliga för. En målgruppsanpassad och skraddarsydd kommunikation är därför viktigt vid förankring och genomförande av innehållet och spridning av kunskaper av den svenska handlingsplanen.

Säkerställ en tydlig beskrivning och stöd för genomförandet

För att kunna förverkliga handlingsplanens innehåll behöver det finnas en tydlig beskrivning av hur arbetet ska genomföras och vilken aktör som ansvarar för vilka aktiviteter. Om genomförandeprocessen inte konkretiseras finns risk för att måluppfyllelse uteblir då rätt vägledning saknas. Om en sådan beskrivning inte framgår i själva styrdokumentet bör den finnas tillgängligt i andra underlag, helst utformat på ett pedagogiskt och målgruppsanpassat sätt.

En tydlig beskrivning av genomförandet bör också kompletteras med stöd till genomförandet av handlingsplanen, t.ex. i form av process-, kunskaps- eller metodstöd. Den internationella utblicken visar att en nationellt samordnande organisation för att kontinuerligt stödja genomförandet av patientsäkerhetsarbetet kan vara en viktig faktor för att få ett större genomslag av handlingsplanen.

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

Kausalitet mellan styrdokument och patientsäkerhetsutfall kan sällan fastställas, då många olika aktiviteter och faktorer påverkar patientsäkerheten. Det är därför viktigt att säkerställa möjligheten att följa upp hur aktiviteter i handlingsplanen bidrar till de uppsatta målen, som i sin tur bidrar till uppfyllelse av 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 ske med standardiserade mätmetoder (som kan säkerställa jämförbara resultat mellan olika typer av verksamheter och olika delar av landet) och bör baseras på patientsäkerhetsindikatorer som är relevanta. Ett utvecklingsområde inom uppföljning är indikatorer inom framgångsområden, samt prediktiva indikatorer som mäter risk för vårdskador. Detta framkommer både i den internationella utblickens intervjuer och när svenska experter tillfrågats.

Utvecklade uppföljningsmöjligheter möjliggör även återkoppling av resultat inom patientsäkerhetsområdet till vårdgivare. Detta ökar kunskapen och skapar motivation till att fortsätta utvecklas inom patientsäkerhetsområdet. Därtill möjliggörs kartläggning av områden som är i behov av förbättring, vilket bl.a. kan ligga till grund för gapanalyser och löpande anpassning av handlingsplanen.

Kartläggning av styrdokument i regioner och kommuner

Socialstyrelsen genomförde inom uppdraget en tematisk analys av regioners, kommuners samt privata vårdgivares styrdokument inom patientsäkerhet. Syftet var att få en bild av fokus och innehåll avseende det pågående patientsäkerhetsarbetet hos huvudmännen och för att förstå hur en nationell handlingsplan kan stödja arbetet.

Styrande dokument för patientsäkerhet finns i varierande grad

Analysen visade att styrande dokument för patientsäkerhet finns i varierande grad. De har olika benämningar t.ex. strategi, plan, policy, program, riktlinjer m.m. De kan också utgöra patientsäkerhetsrelaterade delar av bredare styrdokument, t.ex. hälso- och sjukvårdsstrategier, eller vara en kortfattad beskrivning av kommande års patientsäkerhetsarbete i den årliga patientsäkerhetsberättelsen (PSB) eller i kvalitetsbokslut. Det är främst regionerna som har styrdokument som bedöms vara handlingsplaner eller motsvarande.

Styrdokumentet är inte strukturerat på något gemensamt sätt. I de fall det refereras till PSB följer dessa oftast den nationella mall som finns för berättelsen. Det som beskrivs där är det kommande årets planerade patientsäkerhetsarbete och är som regel mycket kortfattat. Långsiktigheten varierar från

att enbart beskriva årets aktiviteter till att sträcka sig till 2021. Vissa dokumenters giltighetstid var inaktuella. Några anger att de arbetar med att ta fram nya styrdokument för patientsäkerhet.

Visioner och övergripande mål har fokus på att minska vårdskadorna

Förekommande visioner och övergripande mål handlar huvudsakligen om att minska vårdskador (t.ex. VRI, trycksår etc.) och stärka säkerhetskulturen. Det är oftast en ”nollvision”, dvs. vårdskador ska inte finnas. Åtgärdsområden omfattar främst att stärka säkerhetskulturen och patientens delaktighet samt att minska negativa utfall, främst VRI, trycksår och läkemedelsrelaterade skador. Mindre vanligt är åtgärder inom t.ex. organisation, ledning, kompetens, utbildning eller analys och lärande. Uppföljning berör nästan uteslutande negativa utfall samt patientsäkerhetskultur.

Sammanfattningsvis visar den tematiska analysen att styrdokumenterna inte är strukturerade på något gemensamt sätt men det finns en samstämmighet mellan begrepp och områden och aktiviteter som det fokuseras på. Slutsatsen av analysen är att en nationell handlingsplan kan bidra med en struktur avseende fokusområden med tydlig koppling mellan vision, mål, åtgärder och uppföljning som kan speglas i huvudmännens säkerhetsarbete. En nationell handlingsplan kan stödja det pågående arbetet kring negativa utfall och samtidigt bidra till att bredda fokus för huvudmännens patientsäkerhetsarbete till fler områden.

Nationella uppdrag och satsningar med koppling till patientsäkerhet

Socialstyrelsen genomförde inom uppdraget en inventering av pågående uppdrag och satsningar som har en koppling till patientsäkerhet. Flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården har en påverkan och koppling till patientsäkerhet. För det nationella patientsäkerhetsarbetet och arbetet med handlingsplanen är det viktigt att kontinuerligt följa pågående satsningar och ha kunskap och kännedom om nya initiativ. Det är väsentligt att ta hänsyn till andra nationella åtgärder och aktiviteter, dels i prioriteringen av genomförandet av handlingsplanens åtgärder och dels för att undvika dubbelarbete, men även för att medverka i och främja patientsäkerhetsperspektivet i pågående nationella initiativ. Vidare kan och bör inte allt med beröring till patientsäkerhet utföras inom ramen för nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

En löpande omvärldsbevakning är nödvändig och behöver vara en uppgift för den gruppering som kommer att samordna arbetet med handlingsplanen på nationell nivå.

Inventering av nationella uppdrag och satsningar

Nedan beskrivs övergripande ett urval av pågående uppdrag och satsningar. Syftet är att göra en inventering och beskrivningarna ska inte ses som hel-

täckande. Urvalet baseras på uppdrag som syftar till att stärka de grundläggande förutsättningarna och fokusområdena i handlingsplanen, områden där patientsäkerhetsläget hittills har beskrivits i begränsad omfattning, uppdrag med särskilt fokus på den pågående omstruktureringen till nära vård samt uppdrag som rör kända riskområden inom patientsäkerhet.

Brytdatum för inventeringen sattes den 15 november 2019. Exempelen är listade i bokstavsordning utifrån uppdragets rubrik.

Bättre samverkan och snabbare utskrivning från sjukhus

Staten har en överenskommelse med SKR att stödja processen vid utskrivning från sjukhus. Syftet med satsningen är att förbättra samverkan mellan kommun och region för att öka tryggheten för patienter med fortsatt vårdbehov. Prioriteringar är bland annat uppföljning av den enskildes egna upplevelser samt behovet av att utveckla en samordnad vård och omsorg i hemmet för äldre med sammansatta vårdbehov. Arbetets resultat ska redovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2020 [39].

Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

Utredningens uppdrag har varit att lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), med fokus på jämlik vård. Utredningen föreslår bland annat:

- Patient- och invånarperspektivet behöver stärkas, med en mer personcentrerad vård.
- Kontinuitet behöver genomsyra styrning och organisering av vården.
- Transparensen och långsiktigheten i systemet behöver öka.
- Den digitala revolutionen behöver bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård.
- Ett mer nationellt system behövs, med minskade skillnader i landstingens styrning.
- Systemeffektiviteten för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka.

Förslaget är ute på remiss med sista svarsdag den 14 januari 2020 [40].

Framtidsscenarier för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att ta fram scenarier för hur kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården kan se ut år 2040. Syftet med detta är att bidra till en ökad medvetenhet om vilka kritiska frågor som är viktiga att bevaka för att skapa en hållbar kompetensförsörjning. Scenarierna arbetas fram i samverkan med en bred grupp initierade personer inom den svenska hälso- och sjukvården [41].

Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att ta fram underlag till nationella insatser för utveckling och samordning av ledarskapsfrågor inom kommunalt finansierad vård och omsorg. Det ingår bland

annat att belysa förutsättningarna för ledarskap samt tillgängligheten till ledarskapsutbildningar samt analysera behovet av kunskapsunderlag. Uppdraget ska redovisas senast den 24 februari 2021 [42].

God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården

SKR och staten har träffat en överenskommelse om att vidareutveckla den nära vården med fokus på primärvården. Överenskommelsen består av tre utvecklingsområden:

- Omställning till god och nära vård.
- Förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården.
- Patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet.

Socialstyrelsen ska följa upp insatserna som ingår i överenskommelsen [43].

Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m.

Staten och SKR slöt i juni 2019 en överenskommelse som omfattar sex insatsområden⁹. Exempel på aktiviteter som ingår i överenskommelsen är att i samverkan med Socialstyrelsen stödja arbetet med att identifiera vårdskador inom primärvården och den prehospitla vården och att utveckla arbetet med markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård. Vidare att fortsätta genomföra nationella mätningar av skador inom psykiatrisk vård, genomföra årliga punktprevalensmätningar t.ex. VRI, stödja genomförandet i den nationella strategin mot antibiotikaresistens, stödja en enhetlig och strukturerad dokumentation om patientens läkemedelsbehandlingar samt arbeta för en långsiktig hantering och integrering av det nationellt gemensamma patientsäkerhetsarbetet som en del av kunskapsstyrningssystemet [44].

Materialbrist inom hälso- och sjukvården ska förebyggas

Det pågår sedan tidigare en utredning med uppdrag att se över hälso- och sjukvårdens beredskap, inklusive försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmaterial, vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap [45]. Regeringen har gett utredaren ett utökat uppdrag att analysera vilka åtgärder som behövs för att förebygga och hantera bristsituationer under förhållanden då inte någon allvarlig händelse i övrigt påverkar försörjningen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021 [46].

Nationell läkemedelslista

E-hälsomyndigheten har regeringens uppdrag att utveckla och införa Nationella läkemedelslistan och andra myndigheter, nationella organisationer och aktörer deltar i det arbetet. Nationella läkemedelslistan blir en rikstäckande informationskälla som ger vården, omsorgen, apoteken och patienten tillgång till samma information om patientens förskrivna och uthämtade läkemedel

⁹ - Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården

- Mot en säkrare vård

- Läkemedel

- Långsiktig inriktning för vård och behandling av sällsynta sjukdomar

- Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

- Sexuell och reproduktiv hälsa

och varor i Sverige. I uppdraget ingår bland annat att utforma ett överföringsformat mellan vården och apotek som gör det möjligt att förskriva på både handelsnamn och substansnamn (generisk förskrivning eller motsvarande) [47, 48].

Lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista träder i kraft den 1 juni 2020. Krav på hälso- och sjukvårdens aktörer och deras uppgiftsskyldighet träder i kraft den 1 juni 2022.

Nationell läkemedelsstrategi

År 2015 enades regeringen och SKR tillsammans med ett flertal andra aktörer inom läkemedelsområdet om en nationell läkemedelsstrategi (NLS) för perioden 2016–2018. Syftet med strategin är att hantera utmaningar som kräver samverkan mellan dessa aktörer och ett strategiskt tillvägagångssätt. Inriktningen för NLS för 2016–2018 formuleras i en vision samt genom tre långsiktiga målområden.

Kopplat till strategin finns en handlingsplan som år 2018 omfattade 21 aktiviteter. Under 2019 pågår aktiviteterna i handlingsplanen, där ramarna för det fortsatta arbetet fastställs under hösten 2019 av regeringen och SKR [49].

Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre

Regeringen tillsatte i november 2019 en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, för att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Samordnaren ska tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare. Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2021 [50].

Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade i april 2019 rapporten ”Åt samma håll” på uppdrag av regeringen [51]. Rapporten är ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. Tre mål eller områden är identifierade inom vilka nationella insatser kan bidra till att stärka ledarskapet. Förslagen baseras på rapporten ”Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft” [52].

Nationellt handlingsprogram för suicidprevention

Riksdagen beslutade 2008 om ett nationellt handlingsprogram för arbetet med att minska antalet självmord. Programmet består av nio åtgärdsområden som omfattar insatser på såväl individnivå som befolkningsnivå.

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att samordna arbetet med suicidprevention på nationell nivå [53].

Nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att förbereda inrättandet av ett nationellt vårdkompetensråd med tillhörande kansli senast den 1 januari 2020

[54]. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Arbetet ska initialt riktas mot de yrken som kräver högskoleutbildning. I uppdraget ingår också att analysera och föreslå hur fler yrkesgrupper kan omfattas.

Införandet och det framtida arbetet genomförs i samråd med Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Rådets vidtagna åtgärder och aktiviteter ska årligen rapporteras till Socialdepartementet [55, 56].

Partnerskap för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård
Med syftet att stärka den nationella kunskapsstyrningen har Socialstyrelsen, Läke-medelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Tandvårds- och läke-medelsförmånsverket (TLV) ett partnerskap tillsammans med regionerna. Syftet med partnerskapet är bland annat att bidra till samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling och bättre stöd för implementering [57, 58].

Partnerskapet – samverkan för en kunskapsbaserad socialtjänst och närallgande hälso- och sjukvård
Partnerskapet är en samverkansform mellan Socialstyrelsen, SKR och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Inom partnerskapet samverkar regional och nationell nivå kring frågor om kunskapsstyrning och kunskapsutveckling inom socialtjänst och närallgande hälso- och sjukvård.

RSS ger på olika sätt stöd till verksamhetsutveckling och samordning i kommunerna. RSS har mandat från sina kommuner att exempelvis bedriva utvecklingsarbeten och utbildningar, att sammanställa underlag för prioriteringar av kunskapsbehov och att samordna samverkan mellan kommunerna och mellan kommunerna och regionerna i sina respektive län.

Partnerskapet arbetar för att hantera de utmaningar som kan uppstå när flera aktörer på lokal, regional och nationell nivå med liknande uppdrag verkar inom samma område. Partnerskapet arbetar framförallt i de frågor där samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå är nödvändig [59].

Samordnad utveckling för god och nära vård
Sedan mars 2017 pågår utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Uppdraget är att stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordna och utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen tar avstamp i en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) och har överlämnat tre delbetänkanden [60-62]. Slutbetänkande överlämnas i mars 2020 [63].

Standardiserade vårdförlopp

Staten och SKR har en överenskommelse om att ta fram fler standardiserade vårdförlopp som ska kunna omfatta en hel vårdkedja – utredning, uppföljning och rehabilitering. De standardiserade vårdförloppen ska tas fram inom minst fem nya sjukdomsområden och implementeras i vården 2020.

Regionernas kunskapsstyrningsorganisation tar fram de standardiserade vårdförloppen, målen för arbetet och följer upp, med stöd från SKR. Relevant myndighet kommer sedan få i uppdrag att följa och utvärdera arbetet. En verksamhetsrapport ska lämnas senast den 15 mars 2020 [64].

Strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020

Regeringen har tagit fram en strategi för arbetet med psykisk ohälsa. Det pekas på sex förutsättningar för att förstärka arbetet med att utveckla ett samhälle som bättre kan motverka psykisk ohälsa: hela samhällets ansvar, personcentrering, använda rätt data på rätt sätt, effektivt kunskapsstöd, kostnadseffektivitet och samarbete. Statens fokus är att samordna och ge stöd till verksamheten med kunskap, uppföljning och tillsyn [65, 66].

Regeringen och SKR har en överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019 där SKR ska lämna en slutrapport senast den 31 mars 2020 [67].

Stärkt stöd till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Rapporten ”Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie” är en utgångspunkt för uppdraget. Förstudien pekar ut sju utvecklingsområden och stöden ska omfatta dels den kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå, dels den kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i möten med patienten [68].

Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2021, med en delredovisning senast 31 mars 2020 [69].

Tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer

E-hälsomyndigheten har regeringens uppdrag att underlätta informationsutbyte inom och mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst, genom att göra gemensamma nationella specifikationer tillgängliga. Det handlar bland annat om överenskommelser om hur standarder ska tillämpas i olika situationer. Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021 [70].

Tvärsektoriell handlingsplan antibiotikaresistens 2018–2020

Regeringen beslutade 2016 om en svensk strategi för arbetet mot antibiotikaresistens. Strategin omfattar både nationellt och internationellt arbete och gäller fram till år 2020.

Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk har ett gemensamt ansvar för att samordna berörda aktörer och främja ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens samt att ta fram en gemensam tvärsektoriell handlingsplan för perioden 2018–2020. Handlingsplanen utgår från strategins sju målområden. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2020 [71].

Utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare

Överenskommelsen mellan staten och SKR är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna Professionsmiljarden och Goda förutsättningar för vårdens medarbetare (personalmiljarderna). Det handlar övergripande om att öka medarbetarnas tid för patientnära insatser och utvecklingsarbete samt att stärka regionernas och kommunernas planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård.

Regionernas redogörelser för arbetet under 2019 ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2020 [72].

Vision e-hälsa 2025

Vision e-hälsa 2025 är en överenskommelse mellan staten och SKR. Syftet är att ta tillvara de möjligheter som digitaliseringen ger i hälso- och sjukvården respektive i socialtjänsten. Målet är att en ökad digitalisering ska stödja både brukarnas, klienternas och patienternas situation samt ge mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna. Detta för att säkra en socialtjänst, hälso- och sjukvård och (i tillämpliga delar) tandvård som är jämlik, jämställd, tillgänglig och av god kvalitet. Visionen pekar ut tre insatsområden: regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standardiseringsfrågor. Till visionen kopplas en handlingsplan för perioden 2017–2019 [73].

VRI-proaktiv

Vinnovaprojektet ”VRI-proaktiv” är ett nationellt samarbetsprojekt mellan professionen, akademien och industrin som syftar till att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) och förbättra behandlingen av VRI.

I projektet utvecklas ett it-baserat beslutsstöd som bland annat flaggar upp för riskpatienter i datajournalssystemen och anger vilka rutiner som gäller för att minska risken för VRI samt nya arbetssätt och utbildningsinsatser. Utöver detta ingår bland annat att öka patienters kunskap om vanliga smittvägar och basala hygienrutiner för att minska risker för VRI [74].

Återinläggningar av multisjuka

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre och att se hur detta hanteras i olika landsting samt se över vilka diagnoser som återkommer bland de som återinläggs. Socialstyrelsen ska också analysera om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och regioner för att förebygga återinläggningar samt undersöka hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit tillbaka till sitt boende. Uppdraget ska redovisas senast den 2 september 2020 [69].

Ändamålsenligt klagomålssystem

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stödja utvecklingsarbetet av klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården genom att samordna insatser för att skapa ett ramverk för klagomålshantering, tydliggöra begrepp och definitioner samt medverka i och stödja den långsiktiga samverkansstrukturen. Uppdraget bygger på en förstudie om hur patienter och närstående ska kunna anmäla klagomål och synpunkter på ett enkelt, enhetligt och säkert sätt och hur vården ska hantera, utreda och analysera dem. Uppdraget redovisades till regeringen den sista december 2019 [75].

Ökad kunskap om suicidprevention och stöd till efterlevande

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram och sprida kunskap som kan stödja hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete med att förebygga suicid. I uppdraget ingår att ta fram och sprida kunskap för att kunna stärka stödet till personer som förlorat en anhörig eller närstående i suicid. En delrapportering av uppdraget ska ske årligen, och det ska slutredovisas senast den 30 november 2022 [76].

Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa
Regeringen och SKR har sedan 2015 haft överenskommelser om att satsa på en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Satsningen omfattar hela vårdkedjan inklusive förebyggande insatser. Insatserna ska stärka kompetensförsörjningen, förbättra arbetsmiljön, utveckla vårdkedjan och eftervården, insatser inom neonatalvården samt kunskapsstöd och utbildning för medarbetarna. Överenskommelsen pågår fram till och med 2022 [77].

Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet

En särskild utredare ska utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso-och sjukvård. Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna

- att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso-och sjukvård
- till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso-och sjukvård och kommunala nämnder
- att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso-och sjukvård
- att ge ombud åtkomst till patientjournal.

Ett delbetänkande som rör de tre första punkterna ska lämnas senast den 17 januari 2021. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021 [78].

Utformningen av handlingsplanen

I detta avsnitt beskrivs hur handlingsplanens struktur och innehåll togs fram och vilka överväganden som var vägledande i arbetet.

Dialog och samverkan var centralt i arbetet

Syftet med handlingsplanen är att den ska kunna stödja regioner och kommuner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Mottagare för den nationella handlingsplanen är därför huvudmännens beslutsfattare. Handlingsplanen ska också bidra till att samordna aktiviteter mellan myndigheter, nationella organisationer och andra berörda aktörer. Det innebär att berörda myndigheter, nationella organisationer, företrädare för lärosäten, experter och politiker också är mottagare.

Utformningen av handlingsplanen skedde därför i bred samverkan och i dialog med Socialstyrelsens samverkansparter i en process som var framväxande. Viktiga delar att ta hänsyn till i den processen var de behov som lyftes i behovskartläggningen, de lärdomar som den internationella utblicken gav och det pågående globala arbetet inom patientsäkerhet.

Arbetet med utformningen av själva handlingsplanen började med en initial workshop med NSG Patientsäkerhet och SKR i januari 2019. Detta arbete togs sedan vidare för att fortsätta under vintern och våren genom flertalet avstämnings- och arbetsmöten med NSG Patientsäkerhet och SKR, expertgruppen samt samverkansgruppen och i de enskilda avstämningarna med olika aktörer.

Lärdomar från den internationella utblicken

Den internationella utblicken gav flertalet lärdomar. De övergripande lärdomarna, som var viktiga att ta med i det vidare arbetet, var följande:

- Samordning och en sammanhållande kraft kan skapa drivkraft och tydlighet.
- Det är centralt att ta tillvara och stödja pågående regionalt arbete.
- Styrande och stödjande styrverktyg kompletterar varandra och en blandning är att föredra.
- Det är centralt med en bred och inkluderande process vid framtagningen av handlingsplanen och att stödja genomförandet.
- Patientsäkerhet är tätt sammankopplat med kvalitetsarbetet. Länka samman handlingsplanen med andra nationella initiativ och pågående kvalitetsarbete.
- Det finns stora fördelar med en strategisk styrning. Skapa en röd tråd mellan handlingsplanens olika delar.
- Det är viktigt att tydliggöra vem som är primär mottagare för handlingsplanen.

- Innehållet behöver fokusera på de största utmaningarna och där behoven är som störst.
- En kombination av olika tematiska utgångspunkter, t.ex. olika framgångsområden och utfallsområden, bör eftersträvas.
- Det är viktigt med en tydlig uppföljningsprocess.
- Kommunikation, spridning och stöd för genomförandet är centralt.

I det globala arbetet inom patientsäkerhet betonas framgångsområden

WHO och OECD lyfter i sitt arbete fram framgångsfaktorer i syfte att få kraft i arbetet för ökad patientsäkerhet [33, 34]. Områden som lyfts är t.ex. analys och lärande, digitaliseringens möjligheter och ny teknik, effektivt ledarskap, personcentrering, säkerhetskultur och systemförbättring, teamarbete, kommunikation samt patientcentrering, tillgång till kompetens och engagemang, tillgång till information och transparens samt en öppen och tillåtande kultur som är icke- straffande.

I den internationella utblicken framhöll representanterna för de internationella organisationerna framgångsområden och vikten av ett tematiskt fokus på dessa i styrdokument, t.ex. ledarskap, patientinvolvering och säkerhetskultur. Uppfattningen var att fokus på framgångsområden kan bidra till en god och säker vård och mer hållbara systemskiften. Samtidigt betonade representanterna att utfallsområden fortfarande är viktiga arbetsområden. Utfallsområden kan mätas och det skapar möjlighet till uppföljning.

Handlingsplanens struktur togs fram i en framväxande process

Handlingsplanens struktur togs fram i framväxande process tillsammans med samverkansparterna, där dialog och öppenhet var vägledande. Några av workshopparna genomfördes med processtöd av en extern konsult. Centralt var att fånga de olika aktörernas perspektiv och synpunkter samt att pröva hypoteser och diskutera principiella vägval.

Centrala frågor under vårens workshoppar var på vilket sätt och i vilken utsträckning handlingsplanen skulle länkas samman med andra nationella initiativ, strategier och satsningar samt hur handlingsplanen skulle delas in, rent tematiskt.

Hypoteser som utgångspunkt för arbetet med strukturen

Som grund för arbetet med handlingsplanens struktur tog Socialstyrelsen fram fyra olika hypoteser om hur en handlingsplan skulle kunna delas in, tematiskt. Hypoteserna grundade sig på några centrala aspekter för patientsäkerhet.

En tematik med fokus på framgångsområden, t.ex. kompetens, ledarskap, säkerhetskultur, personcentrering, m.m., skulle kunna signalera en positiv och motiverande ansats. Ett sådant fokus skulle dessutom harmonisera med det pågående internationella arbetet inom patientsäkerhet.

En tematik med fokus på utfallsområden, t.ex. VRI, läkemedelsrelaterade vårdskador, diagnostik, m.m., skulle innebära att handlingsplanen adresserade väletablerade teman med tydlig koppling till vårdskador, något som dessutom är mätbart.

En tematik med fokus på riskområden, t.ex. tillgänglighet, kompetensförsörjning, arbetsmiljö, samverkan, m.m., skulle kunna adressera utmaningarna i hälso- och sjukvården, något som är nödvändigt att förhålla sig till. Dessutom är arbetet med riskidentifiering och riskhantering centralt inom patientsäkerhet och signalerar ett mer modernt synsätt.

Den fjärde tematiken tog inspiration av ett ramverk för uppföljning av patientsäkerhet (se nedan). Ramverket belyser och fångar upp fem viktiga aspekter av patientsäkerhet: kunskap om inträffade vårdskador, tillförlitliga arbetsprocesser, säkerhet i det dagliga arbetet, riskmedvetenhet och beredskap samt lärande och utveckling.

Figur 10. Illustration av de fyra arbetshypoteserna

Fyra arbetshypoteser – tematisk indelning



Källa: Socialstyrelsen

Ramverk för mätning och övervakning av säkerhet

Frågan om hälso- och sjukvården är säker är en grundläggande fråga men den är svår att besvara. För vad exakt menas med en säker vård och vilken information är nödvändig för att veta om vården är säker? Som nämnts tidigare i rapporten är säkerhet ett rörligt mål, som är svårt att fånga.

År 2014 publicerade Health Foundation ett ramverk för uppföljning av säkerhet inom säkerhet [79]. Modellen användes i Sverige när sex professionsföreningar gav ut en skrift om säker vård 2016 [36]. Modellen utgår från fem dimensioner för mätning och övervakning av säkerhet och fångar in det som redan har inträffat, det som pågår just nu och det som kan komma att ske i framtiden. Figuren nedan illustrerar ramverket och dess dimensioner.

Figur 11. Ramverk för mätning och övervakning av säkerhet



Källa: Samlat stöd för patientsäkerhet, Socialstyrelsen

Det finns inte en metod som fångar allt det som speglar eller mäter säkerhet. Säkerhet måste följas från olika perspektiv, vilket ramverket möjliggör. Vidare sätter ramverket fokus på några centrala förutsättningar för säkerhet inom hälso- och sjukvården: förmågan att förutsäga och ha en beredskap samt att förmågan att analysera och lära från det som observeras [80].

En initial workshop inledde arbetet med utformningen

Arbetet med utformningen av handlingsplanen började med en workshop i januari 2019 som syftade till att skapa en gemensam målbild och samsyn kring vad som skulle uppnås och vilka utmaningar som det kommande arbetet behövde ta hänsyn till.

Centrala förväntningar med relevans för strukturen

Några centrala förväntningar på den slutliga handlingsplanen, som därför var viktiga för det fortsatta arbetet, kan sammanfattas i följande punkter:

- Handlingsplanen behöver peka ut riktningen för patientsäkerhetsarbetet i Sverige genom att sätta fokus på prioriterade frågor och styra mot nästa steg i patientsäkerhetsarbetet.
- Handlingsplanen ska ge stöd och vägledning till regioner och kommuner.
- Handlingsplanen behöver ge möjlighet att följa upp arbetet som sker hos regioner och kommuner.
- Handlingsplanen behöver underlätta samordningen av det patientsäkerhetsarbete som sker hos olika aktörer för att minska dubbelarbete.
- Huvudmännen är mottagare av handlingsplanen men samtidigt behöver den engagera såväl den högsta ledningen som medarbetare.
- Handlingsplanen behöver upplevas som relevant, nyttig, nytänkande, otvetydig, hållbar, långsiktig och välförankrad.

I samband med workshopen framkom bl.a. att det fanns behov av att göra en inventering av de nationella initiativ, satsningar, utredningar och strategier som har en koppling till patientsäkerhet. Detta för att i möjligaste mån undvika dubbelarbete.

Utmaningarna för en säker vård

En handlingsplan för patientsäkerhet existerar i ett sammanhang och behöver bl.a. förhålla sig till de utmaningar som föreligger i hälso- och sjukvården. Under workshopen genomfördes därför en övning med syftet att inventera viktiga utmaningar för en säker vård och prioritera dem utifrån vilka utmaningar som en handlingsplan skulle kunna påverka.

Utmaningarna för en säker vård är många och varierande och de finns på olika nivåer. De berör riskområden som t.ex. ny teknik och digitalisering, IT-system och läkemedel. De finns i vårdverksamheterna i form av exempelvis yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet, personalbrist och arbetsmiljö men också i ledarskapet och högsta ledningens engagemang samt säkerhetskulturen. De adresserar organisation och styrning av hälso- och sjukvården, t.ex. den pågående omställningen till en god och nära vård, samverkan (både i vårdkedjan och mellan olika aktörer), personcentrering och ekonomistyrningen. Utmaningar finns också vad gäller behoven och patienterna, t.ex. utifrån demografi och kravet på en jämlik vård.

Sammanfattningsvis visade övningen att det finns en bredd av utmaningar för en säker vård. Uppfattningen av vad som bör sättas i fokus och prioriteras skiljer sig åt. Vissa av utmaningarna går att påverka genom en handlingsplan. Andra utmaningar är del av en övergripande kontext, som en handlingsplan inte kan påverka men behöver förhålla sig till. En del av de identifierade utmaningarna kopplar dessutom till redan pågående eller planerade nationella initiativ, satsningar och utredningar. I dessa delar är det viktigt att patientsäkerhetsperspektivet bevakas.

Fortsatt arbete med strukturen med samverkansparterna

Det arbete som inleddes med workshoppen i januari 2019 fortsatte därefter med de olika grupperingarna. Frågor kring risk- respektive framgångsområden, utmaningar för en säker vård samt vilka utmaningar som kan mötas av en handlingsplan diskuterades vidare och fördjupades.

Utmaningarna kan samtidigt vara förutsättningar

Utmaningarna kunde delas in i grupper. Följande grupper bedömdes som centrala för patientsäkerheten samt därtill viktiga och möjliga att lyfta i eller påverka genom en handlingsplan:

- Ledarskap och högsta ledningens engagemang
- Personcentrering
- Säkerhetskultur
- Yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet

På samma gång som faktorerna utgör utmaningar, t.ex. när de inte finns på plats eller brister, speglar de samtidigt framgångsområden och är exempel på förutsättningar för en säker vård.

En handlingsplan måste kunna användas i hela hälso- och sjukvården

Säkerhet påverkas av en mängd faktorer och variationer. Typen av verksamhet har betydelse eftersom risker och risknivåer skiljer sig mellan olika verksamheter. Olika verksamheter har också olika förutsättningar att arbeta med säkerhet. Det har betydelse om vården sker på en intensivvårdsavdelning på ett stort universitetssjukhus, i någons hem eller i en ambulans på väg till en akutmottagning. En handlingsplan, som ska kunna användas av hela hälso- och sjukvården och av alla typer av vårdgivare, behöver alltså kunna fungera var helst vården ges. En insikt var därför att handlingsplanen behövde vara generell och inte verksamhets- eller områdesspecifik.

Den tematiska indelningen testades

I patientsäkerhetsarbetet är det nödvändigt att arbeta från två perspektiv. Det gäller att undvika att det blir fel och säkerställa att det blir rätt. Kartläggningen av styrande dokument i regioner och kommuner, som utfördes inom uppdraget, visade att befintliga styrdokument ofta innefattar åtgärdsområden om att minska negativa utfall, t.ex. VRI, trycksår. Socialstyrelsen visade i fördjupad analys om vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser att den tidigare överenskommelsen mellan staten och SKR hade haft effekt men att den samtidigt också hade begränsat patientsäkerhetsarbetet på så vis att andra viktiga områden inte hade prioriterats [81].

Olika strukturer med olika tematiska indelning testades. Det tydliggjorde att en handlingsplan behöver adressera såväl riskområden som framgångsområden och utfallsområden. Annars riskerar handlingsplanen att bli för snäv alternativt för obestämd och svävande. Dessutom är lärande och utveckling en fundamental beståndsdel i arbetet med patientsäkerhet.

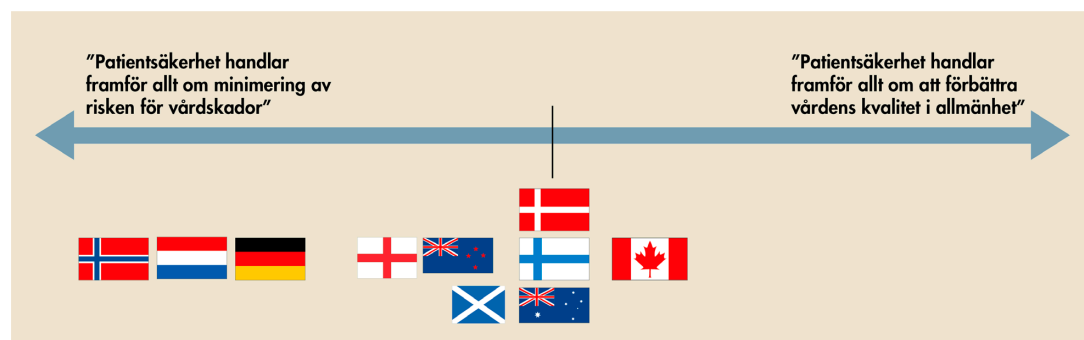
Den tematiska strukturen kom att inspireras av det tidigare nämnda ramverket för mätning och uppföljning. De olika områdena i ramverket speglar samtliga områden som är centrala för ett brett patientsäkerhetsarbete. Systematiken med de fem områdena går hand i hand med ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och det finns en logik som följer sättet att tänka vid kvalitets- och förbättringsarbete. Dessutom gör en struktur som inspirerats av områdena i ramverket det möjligt att sätta fokus på prioriterade frågor och styra utvecklingen mot nästa steg i patientsäkerhetsarbetet.

Kopplingen mellan kvalitet och patientsäkerhet

En annan viktig aspekt, som spelade roll för hur den framtida strukturen skulle se ut, var om handlingsplanen skulle utgå från ett patientsäkerhetsperspektiv med fokus på minimering av vårdskador eller om den skulle utgå från ett perspektiv som även innefattade kvalitet. Det förstnämnda perspektivet kan sägas vara snävare och det andra bredare. Som nämnts tidigare i rapporten finns ett behov av att bredda patientsäkerhetsarbetet så att det, förutom perspektivet frånvaro av skada, också inkluderar perspektivet närvaro av säkerhet.

Lärdomarna från den internationella utblicken talade för att koppla samman handlingsplanen med pågående kvalitetsarbete och andra strategier, eftersom patientsäkerhet och kvalitet hänger ihop. Figuren nedan illustrerar var de olika ländernas styrdokument för patientsäkerhet i den internationella utblicken hamnar på en sådan skala.

Figur 12. Fördelning av länder utifrån fokus på patientsäkerhet respektive övergripande kvalitet



Källa: Socialstyrelsen

I det gemensamma arbetet med de olika grupperingarna blev det tydligt att en svensk handlingsplan bör hamna åt höger på skalan om den ska kunna utgöra ett stöd för huvudmännen och möta kraven, komplexiteten och utmaningarna i hälso- och sjukvården.

Samverkan och nationell samordning är centralt

Under samverkansmötena och i workshoppar under projektet samt utifrån lärdomarna från den internationella utblicken framkom att samverkan och

nationell samordning är centralt, dels för att genomföra handlingsplanens åtgärder, dels för att stödja och komplettera befintliga samverkansstrukturer på nationell, regional och kommunal nivå. Det är ett område där insatserna behöver förstärkas.

Insatser för att öka patientsäkerheten involverar aktörer på alla nivåer i hälso- och sjukvården; kommunalt, regionalt och nationellt. För att få kraft i genomförandet av handlingsplanen och för att få tydlighet i ansvar och roller behöver berörda aktörer, myndigheter och organisationer samarbeta och samordna nationella insatser och åtgärder. Förutom regioner och kommuner berörs många myndigheter, SKR, regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården, patientnämnder, Löf samt olika professionsföreningar. Även lärosäten, studenter och experter berörs, liksom företrädare för patient- och närståendeorganisationer.

Omställningen till en god och nära vård sätter fokus på den kommunala hälso- och sjukvården. De strukturer som finns i det regionala patientsäkerhetsarbetet finns inte på samma sätt på kommunal nivå och behöver utvecklas. Det behövs därför särskilt stöd och nationell samordning av insatser i arbetet för ökad patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården.

Stärkta insatser för att genomföra handlingsplanens åtgärder och samverkan kring patientsäkerhetsarbetet

Under arbetet med att ta fram handlingsplanen blev det tydligt att det behövs fortsatta insatser för att genomföra handlingsplanens åtgärder. Det finns även ett behov av samverkan mellan myndigheter, nationella organisationer, huvudmän och andra berörda aktörer. Det formaliserade arbetet i samverkansgruppen behöver fortsätta även efter det att regeringsuppdraget har redovisats då genomförandet av handlingsplanens åtgärder påbörjas. Med anledning av det och i syfte att uppnå tydlighet, effektivitet och samordningsvinster i genomförandet av åtgärderna ledde därför arbetet till förslaget att samverkan skulle fortsätta i ett nationellt råd för patientsäkerhet.

Rådet behöver bestå av representanter på expertnivå från berörda myndigheter, organisationer och huvudmän. Ytterligare aktörer kan ingå vid behov. Socialstyrelsen avser att ta initiativ till att en sådan samverkan kommer till stånd.

Uppgifter för rådet är att:

- i samverkan konkretisera, prioritera och dela upp de insatser och åtgärder som framgår av handlingsplanen mellan berörda aktörer,
- förankra prioriterade insatser och åtgärder inom de egna organisationerna,
- samverka kring uppföljning och revidering av handlingsplanen.

Representanterna i rådet behöver även utifrån respektive myndighets och organisations roll och uppdrag bidra med kunskap och information om pågående nationella satsningar och initiativ som har bäring på patientsäkerheten. Som stöd till rådet behöver det bildas en referensgrupp med företrädare för patienter och närstående och experter med särskild sakkunskap inom patientsäkerhet.

Socialstyrelsen är en plattform i stödet till kommuner och regioner

Inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstyrande uppdrag, vilket ska vara anpassad till de behov som huvudmän samt olika professioner har och vara ett stöd för dessa, ser Socialstyrelsen att myndigheten utgör en plattform för stöd till kommuner och regioner. Det är centralt för genomförandet av handlingsplanen, liksom för samordning och uppföljning på nationell nivå. Syftet är att skapa ett långsiktigt och hållbart patientsäkerhetsarbete som ger förutsättningar att

- genomföra planerade nationella åtgärder i handlingsplanen,
- stödja kommuner och regioner i omställningen till en god och nära vård,
- bidra till att patienterna får en trygg och säker vård.

Handlingsplanens slutliga struktur och innehåll

Utifrån de behov och förutsättningar som beskrivits utformades den nationella handlingsplanen med målet att den ska bidra till ökad patientsäkerhet genom:

- ökad kunskap och vägledning,
- att bidra med en struktur där prioriterade områden tydliggjordes,
- en tydlig koppling där mål, åtgärder och uppföljning hängde samman.

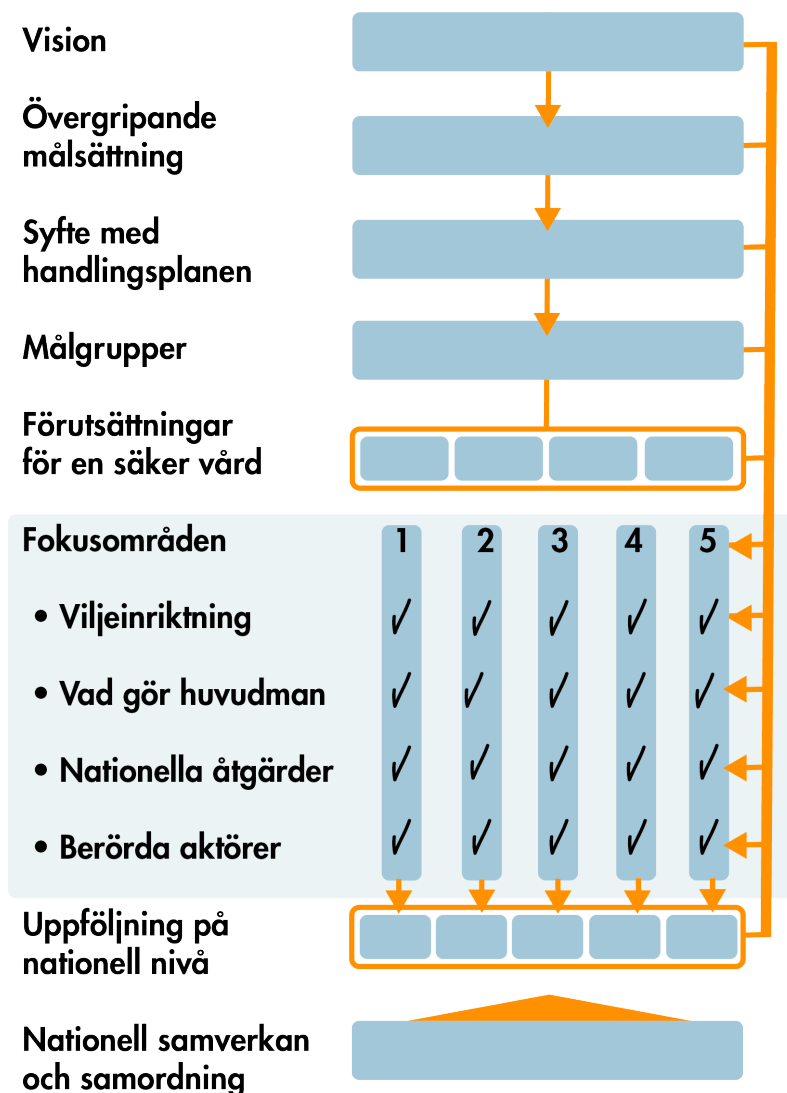
Nedan följer handlingsplanens uppbyggnad och innehåll med kommentarer.

Vikten av en strategisk helhet

Den internationella utblicken visade att det är viktigt med en strategisk helhet och att det finns en tydlig och logisk koppling mellan de mer vägledande delarna och de delar som beskriver konkreta aktiviteter. En logisk koppling mellan vision, mål, prioriteringsområden och konkreta aktiviteter möjliggör också för en mer heltäckande uppföljning. Det behöver också vara tydligt för mottagarna vad som är vems ansvar.

Illustrationen nedan visar den röda tråden i handlingsplanen och hur de olika delarna hänger ihop.

Figur 13. Vikten av en strategisk helhet



Källa: Socialstyrelsen

Vision och övergripande mål

Visionen i handlingsplanen och för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet är: "God och säker vård – överallt och alltid" och det övergripande målet är att: "Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada".

Visionen och målet är formulerade för att betona en bred ansats i säkerhetsarbetet, som både inkluderar perspektiven närvaro av säkerhet och frånvaro av skador. Alla verksamhetsområden berörs i alla situationer, i hela hälso- och sjukvården. Vidare kopplar målet till den svenska definitionen av patientsäkerhet i PSL.

Bakgrund

Som en inledning och bakgrund i handlingsplanen beskrivs grunden för en god och säker vård. Svensk hälso- och sjukvård har goda medicinska resultat men fortfarande drabbas många patienter av skador som hade kunnat undvikas. Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en säker vård. Bakgrunden innefattar också det som är känt och speglar i stora delar utfallsområdet, dvs. det vi vet om inträffade skador.

Nationella uppdrag och satsningar

Eftersom flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården påverkar och kopplar till patientsäkerhet, och det är viktigt att känna till och följa dessa, beskrivs detta i avsnittet Nationella uppdrag och satsningar.

Internationellt arbete

I avsnittet om internationellt arbete beskrivs i korthet det globala patientsäkerhetsarbetet, där WHO har fastställt nya resolutioner för ökad patientsäkerhet och initierat Global Action on Patient Safety. Även de centrala insikterna från den internationella utblicken lyfts.

Nationell samverkan och stöd

I avsnittet om nationell samverkan och stöd beskrivs de samverkansformer och det stöd som finns på kommunal och regional nivå och hur den nationella samverkan och stödet för genomförande av handlingsplanen är tänkt att fungera.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar fram:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

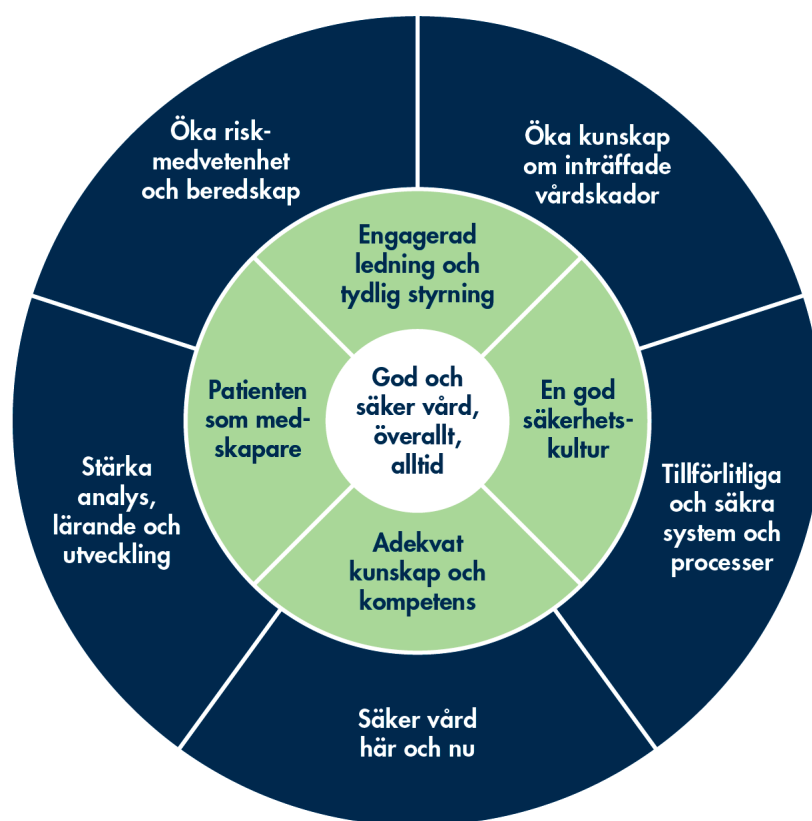
Fem prioriterade fokusområden

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder. Fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Inom varje fokusområde finns en inledande text som förklaring och motivering, vad fokusområdet syftar till, exempel på vad huvudmän behöver säkerställa att vårdgivare gör, nationella åtgärder för att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete och exempel på berörda aktörer.

Figur 14. Illustration över handlingsplanens områden



Källa: Socialstyrelsen

Uppföljning

Den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver breddas så att den återspeglar den utveckling som behövs för en säkrare vård. I detta avsnitt beskrivs på vilket sätt den kommer utvecklas och att den behöver utgå från handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden och följa genomförandet av handlingsplanens åtgärder.

Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten. Ett gemensamt agerande utifrån respektive aktörs uppdrag och ansvar är en förutsättning för att nå ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete. I detta avsnitt beskrivs berörda myndigheters och nationella organisationers uppdrag och ansvar inom området.

Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

I detta avsnitt beskrivs hur uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet och genomförandet av den nationella handlingsplanen kan ske och vilken utveckling som behövs.

Uppföljningen bidrar till utveckling

Uppföljning och analys behöver synliggöra läget inom patientsäkerhetsområdet och vara ett kunskapsunderlag i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i syfte att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården. Uppföljningen behöver redovisa både det som har inträffat såväl som nuläget samt synliggöra och analysera skillnader i utfall och spegla utvecklingen över tid.

Den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver förändras och utvecklas så att den återspeglar den utveckling som är nödvändig för en säkrare vård.

En stor del av dagens indikatorer och mått belyser aspekter av patientsäkerhet ur vårdgivarens och professionens perspektiv. Patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är och vårdformer som barnsjukvård, primärvård inklusive kommunal hälso- och sjukvård, psykiatrisk vård och tandvård är exempel där patientsäkerhet har beskrivits i begränsad omfattning. Detta eftersom det saknas underlag, till skillnad från den somatiska slutenvården för vuxna.

Den pågående omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder för att följa upp hur säker vården är eller om dessa förändringar kan medföra ökad risk för patientsäkerheten.

Uppföljning och återkoppling behöver målgruppsanpassas

Utvecklingen av hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården stöds genom systematisk uppföljning, analys och återkoppling av resultat på olika organisatoriska nivåer. Ambitionen i en utvecklad nationell uppföljning är att tydligare återkoppla resultat och utfall inom patientsäkerhetsområdet till olika målgrupper. Tillgängliga faktaunderlag och resurser för analys kan möjliggöra situationsanpassning på kort och lång sikt.

Vidare är det önskvärt att integrera indikatorer och mått, som speglar patientsäkerhet, i uppföljning av nationella riktlinjer och andra nationella kunskapsunderlag.

Uppföljningen delas in i tre områden

Uppföljningen av patientsäkerhetsområdet delas in i tre områden:

- Nationell uppföljning och redovisning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet genom en samlad bild av nuläget och över tid.
 - Årliga lägesrapporteringar.
 - Indikatorbaserad uppföljning.
 - Fördjupade analyser inom prioriterade områden.
- Utveckling av indikatorer, mått och metoder för uppföljning.
 - Utifrån handlingsplanens områden och inom områden där det saknas indikatorer eller datakällor.
- Uppföljning av genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.
 - Socialstyrelsen kommer följa vilket genomslag handlingsplanen får på nationell, regional och kommunal nivå.

Nationell uppföljning och redovisning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet

Socialstyrelsen har uppdrag inom uppföljning och analys
Socialstyrelsen ska följa, analysera och rapportera om hälso- och sjukvård genom bl.a. uppföljning och utvärdering (4 § 6 förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). I det ingår t.ex. att lämna in årliga lägesrapporter till regeringen.

Årlig lägesrapportering

Socialstyrelsen kommer fortsatt beskriva utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet i årliga lägesrapporter¹⁰. Den årliga lägesrapporteringen syftar till att ge en samlad nationell bild av det aktuella läget och spegla olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården och tandvården där patientsäkerhet utgör en del. Redovisningen baseras till stor del på data från myndigheter, nationella organisationer och huvudmän.

Återkommande indikatorbaserad uppföljning

För att följa och redovisa utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet över tid har Socialstyrelsen ambitionen att genomföra indikatorbaserad uppföljning regelbundet. Den skulle kunna baseras på ett ramverk med utgångspunkt från den nationella handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden.

Den långsiktiga ambitionen är också att utveckla en årlig indikatorbaserad uppföljning med ett mindre antal indikatorer som kan spegla nuläget inom patientsäkerhetsområdet eller spegla områden som är prioriterade att följa.

Fördjupade analyser inom prioriterade områden

Socialstyrelsen kommer fortsatt att genomföra fördjupade analyser. Prioriterade områden för fördjupade analyser behöver baseras på de behov som iden-

¹⁰ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvård respektive Vård och omsorg om äldre.

tifierats utifrån resultatet från den indikatorbaserade uppföljningen. Fördjupningsområden kan också vara en viss typ av verksamhet eller riskområden, t.ex. vårdens övergångar eller läkemedelshantering.

Utveckling av indikatorer, mått och mätmetoder

Uppföljning behöver göras med standardiserade metoder som kan säkerställa jämförbara resultat mellan olika typer av verksamheter, organisatoriska nivåer och olika delar av landet samt spegla utveckling över tid. En förutsättning för att kunna följa upp på nationell, regional och kommunal nivå är relevanta indikatorer och mått som speglar patientsäkerhetsområdet.

Uppföljningen behöver omfatta indikatorer och mått som speglar

- påverkbara omständigheter som inverkar på processer och som kan förändras för att göra vården säkrare, t ex. bemanning, kompetens och vårdplatser,
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter, t.ex. en viss rekommenderad undersökning eller behandling, genomförs,
- i vilken omfattning det finns en riskmedvetenhet och proaktiv säkerhetsutveckling,
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.

Prioriterade områden i utvecklingsarbetet

På sikt behöver den indikatorbaserade uppföljningen visa den utveckling i patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med åtgärderna i handlingsplanen. Det kan handla om indikatorer och mått som speglar t.ex. framgångsfaktorer, riskmedvetenhet samt arbetssätt och metoder som stödjer medarbetarnas och organisationens förmågor att hantera variabilitet med goda anpassningar.

Indikatorer, mått och mätmetoder som beskriver patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är, och verksamhetsområden som hittills endast haft begränsade möjligheter till uppföljning av patientsäkerheten, behöver prioriteras i utvecklingen.

Utveckling av indikatorer, mått och metoder behöver utgå från behoven

Utveckling av indikatorer, mått och metoder för mätning som speglar patientsäkerhet behöver inledas med en inventering av vad som finns och används idag. Inom ramen för handlingsplanens innehåll behöver det göras en prövning av vilka befintliga indikatorer som kan tänkas ingå i ett ramverk för nationell uppföljning. Urvalet behöver även spegla patientsäkerhet på olika organisatoriska nivåer och kunna användas över tid, dvs. med datakällor som är reproducerbara och kontinuerliga. De indikatorer som föreslås på nationell nivå behöver kunna användas på regional, kommunal och lokal nivå där de kan anpassas utifrån lokala prioriteringar och målsättningar. Utöver inventering av indikatorer och mått behövs en inventering av olika målgruppers behov av mätetal för uppföljning och identifiering av områden som idag inte kan följas på ett tillfredställande sätt. Socialstyrelsen har påbörjat en inventering av indikatorer. .

Tillgänglig och aktuell information

En god tillgänglighet till samlad och aktuell information ökar möjligheterna för analys och att kunna agera i realtid såväl som mer långsiktigt. I utvecklingsarbetet ingår att identifiera behov av nya metoder för sammanställning, aggregering och visualisering av data, så att förutsättningarna för utveckling och lärande stärks. Att visualisera data på ett överskådligt och tillgängligt sätt kan bidra till utvecklingen av en säkrare vård. En långsiktig ambition är att målgrupperna ska kunna ta del av data och följa utvecklingen inom området på Socialstyrelsens webbplats och på webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet.

Uppföljning av genomförandet av nationell handlingsplan

Socialstyrelsen kommer följa upp den nationella handlingsplanens genomförande. Uppföljningen ska visa i vilken omfattning huvudmännen utvecklat handlingsplaner eller motsvarande och följa den förflyttning av patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med den nationella handlingsplanen. Metod för uppföljning av handlingsplanens nationella åtgärder fastställs vid genomförandet av respektive åtgärd.

Uppföljningen kan också ses som en del av implementeringen; att fråga kan innebära att väcka intresse. Initialt blir det en kvalitativ uppföljning med intervjuer med ett urval huvudmän. Vidare kan vårdgivarna (huvudmännen är också vårdgivare) stimuleras till att beskriva förflyttningen av patientsäkerhetsarbetet i den årliga patientsäkerhetsberättelsen (PSB). En sådan utveckling av innehållet kan på sikt möjliggöra nationell uppföljning av effekten genom innehållsanalys av PSB.

Handlingsplanen verkar i en kontext med det nationella, regionala och kommunala patientsäkerhetsarbetet och andra satsningar och med beröring till patientsäkerhet. Socialstyrelsen bedömer att en extern aktör ska följa upp och bedöma effekten av genomförandet av den nationella handlingsplanen och nationella samordningen av patientsäkerhetsarbetet. Vidare bedömer Socialstyrelsen att det finns behov av följdforskning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

Ett antal myndigheter har ansvar för uppföljning av olika delar av patientsäkerheten, liksom vårdgivarna själva. Flera nationella aktörer redovisar också uppföljning inom patientsäkerhetsområdet utifrån sina verksamhetsområden och det finns olika register och databaser. Det pågår också flera nationella satsningar och initiativ för att utveckla uppföljning och redovisning av data för hälso- och sjukvården. Nedan anges några exempel, vilket dock inte ska ses som en heltäckande beskrivning av aktörer, databaser respektive register och nationella satsningar.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar

Socialstyrelsen tillhandahåller statistik om hälso- och sjukvård, bl.a. i form av publikationer och databaser. Myndigheten följer, analyserar och rapporterar om hälso- och sjukvård m.m. genom statistikframställning, uppföljning och utvärdering.

Regionernas nationella samverkansgrupper - NSG

I regionernas kunskapsstyrningsorganisation är det huvudsakliga uppdraget för NSG Uppföljning och analys att ha ett operativt fokus med ett styrnings- och utvecklingsansvar för regionernas gemensamma arbete inom uppföljning och analysområdet. Gruppen ska bl.a. stödja uppföljning, rapportera och presentera uppföljningsdata. NSG Patientsäkerhet har bl.a. i uppdrag att ur ett regionalt perspektiv sammanställa och genomföra analyser av patientsäkerhetsläget. NSG Kvalitetsregister ska stödja och samordna utvecklingen av nationella kvalitetsregister [82].

Socialstyrelsen bedömer att huvudmännens förutsättningar till uppföljning inom patientsäkerhetsområdet varierar. Kommunerna har inte motsvarigheten till regionernas kunskapsstyrningsorganisation med NSG Patientsäkerhet respektive NSG Uppföljning och analys. Kommunerna bör därför prioriteras avseende nationellt stöd.

Vården i siffror

Sveriges Kommuner och Regioner förvaltar Vården i siffror [83] som är ett verktyg för kvalitetsindikatorer och andra mått och ger faktaunderlag för analys och dialog inom och mellan regioner. Ett tematiskt område är Säker vård.

Databasen Kolada

I databasen Kolada [84] kan kommunerna och regionerna snabbt få en översikt av verksamhetens resultat. Nyckeltalen bygger ofta på nationell statistik från de statistikansvariga myndigheterna.

Nationell och internationell utveckling av uppföljning

Det är viktigt att beakta pågående nationella satsningar och initiativ och inte skapa parallella spår samt verka för att vårdens administrativa börda inte ökar. Nedan beskrivs ett urval av pågående satsningar.

Nationell uppföljning och analys med fokus på vårdens respektive patientens perspektiv

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården. Myndigheten har tagit fram en målbild för arbetet med förslag på utvecklingsåtgärder och ett urval av indikatorer [85]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ett motsvarande uppdrag med fokus på patientperspektivet [86].

Nationell uppföljning av omställningen till en nära vård

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2022. Den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvård-

den. Den andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Där lämnade Socialstyrelsen en delredovisning i november 2019 [87]. Den tredje delen handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas [88].

Nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården

I Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning ska utredaren fokusera på hur staten kan agera mer sammanhållet genom att skapa bättre förutsättningar för en nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården. Utredaren ska bland annat analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2020 [89].

Stärkt stöd till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården [68, 90]. Ett område syftar till att stärka kommunernas kapacitet att följa upp och förbättra kvaliteten i hemsjukvård och särskilda boenden genom att utveckla mål och nyckeltal för styrning och ledning på strategisk nivå. Med beviljat stöd från EU-kommissionen¹¹ genomförs en internationell kartläggning och analys av mål och nyckeltal som används för strategisk styrning av motsvarande verksamheter samt dialog med svenska aktörer. Kartläggning och analys ska avslutas hösten 2021.

Utveckling av kvalitetsregister

Regeringen och SKR har en överenskommelse om en fortsatt utveckling av nationella kvalitetsregister som en integrerad del i ett nationellt hållbart system för den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av hälso- och sjukvården. SKR ska lämna en verksamhetsrapport till Socialdepartementet senast den 31 mars 2020 [91, 92].

Internationell utveckling

Det pågår även ett internationellt arbete med utveckling av indikatorer och mått inom patientsäkerhetsområdet som ska beaktas i den svenska utvecklingen. En utveckling av internationella mått och indikatorer möjliggör internationella jämförelser. Socialstyrelsen är aktiv i OECD:s uppföljning och redovisning av hälso- och sjukvården och medverkar i framtagandet av Health at a Glance [8]. Exempel på internationellt utvecklingsarbete är OECD:s ansats att sammanställa enkätverktyg och etablera mätning av patientrapporterade risker och skador (PRIM, patient reported incident measures). OECD utreder också om det är möjligt att initiera gemensam mätning av patientsäkerhetskultur i medlemsländerna.

¹¹ Strukturreformsstödsprogrammet (Regulation (EU) 2017/825 on the establishment of the structural Reform Support Programme).

Sverige ska delta som en aktör och medskapare av indikatorer och mått i det internationella utvecklingsarbetet.

Kommunikation och stöd till implementering

Den nationella handlingsplanen ska bidra till att samordna, stärka och utveckla arbetet med patientsäkerhet i landet. Den ska kunna användas av regioner och kommuner som genom egna handlingsplaner kan etablera principer, prioriteringar och målsättningar för sitt patientsäkerhetsarbete.

En tydlig och god kommunikation var grundläggande under hela arbetet med utformningen av handlingsplanen. Många olika aktörer, med olika behov av information, var involverade i processen. Löpande kommunikation och informationsinsatser var därför centralt för att skapa förutsättningar för delaktighet i processen och för att berörda aktörer vid behov skulle kunna sprida information vidare i sina kanaler. Det kommer även att vara centralt vid lanseringen av planen samt vid fortlöpande informationsinsatser under handlingsplanens livstid.

För att handlingsplanen ska bli känd och användas behöver den kommuniceras

Socialstyrelsen arbetade fram följande kommunikationsmål, som är vägledande för kommunikationsarbetet med handlingsplanen:

- Öka och sprida kunskap om att det finns en nationell handlingsplan, vad syftet och nyttan med den är och vem den vänder sig till.
- Presentera handlingsplanen så att den upplevs som aktuell, lättillgänglig och som ett trovärdigt och användbart stöd för berörda målgrupper.
- Ta fram kommunikation som motiverar målgrupperna och leder till handling.

Kommunikation som leder till handling

Berörda målgrupper möts dagligen av en stor mängd information. Därför är det viktigt att de kommunikationsinsatser som görs i samband med lanseringen av handlingsplanen motiverar och leder till att berörda målgrupper vill använda handlingsplanen, att den ger stöd för att prioritera och ta fram egna handlingsplaner och ytterst, att handlingsplanen bidrar till att patientsäkerheten ökar.

Prioritering av målgrupper

Både i workshops med externa aktörer och i intervjuerna i samband med att den internationella utblicken genomfördes lyftes vikten av att tydliggöra vem som är primär mottagare av handlingsplanen, dvs. vem den i första hand vänder sig till, och vad som förväntas av mottagaren. Det finns annars risk för att handlingsplanen inte får önskat genomslag och att det skapas otydlighet i roller och ansvar.

Handlingsplanen ska kunna utgöra ett stöd för regioner och kommuner. Därför är beslutsfattare på olika nivåer hälso- och sjukvården en prioriterad

målgrupp. Både politiker och tjänstemän skapar förutsättningar och fattar beslut som påverkar patientsäkerheten och kan ta initiativ till att utforma egna handlingsplaner.

Andra prioriterade målgrupper är informationsförmedlare, användare av handlingsplanen, kunskapsproducenter och påverkare.

Agera för säker vård - ett övergripande budskap som signalerar handling

Visionen för den nationella handlingsplanen "God och säker vård, överallt och alltid" och det övergripande målet "Ingen ska behöva drabbas av vårdskada". I kommunikationen summeras det i ett övergripande budskap: Agera för säker vård.

Budskapet betonar en bred ansats i säkerhetsarbetet, som både inkluderar perspektiven närvaro av säkerhet och frånvaro av skador. I handlingsplanen finns även olika delbudskap utifrån varje fokusområde i syfte att öka medvetenhet och kunskap.

Prioritering av kanaler och arenor

Socialstyrelsen har under framtagningen av handlingsplanen påbörjat och lagt grunden till en öppen och inkluderande kommunikation med berörda målgrupper. Det fortsatta kommunikationsarbetet kommer att bygga vidare på dessa relationer via möten och riktade informationsinsatser.

Arrangera och medverka i workshops och seminarier

För att nå den mest prioriterade målgruppen, beslutsfattare, behövs integrerad kommunikation i flera kanaler. En av de viktigaste kanalerna är att tillsammans med berörda aktörer och huvudmännen arrangera workshops och seminarier och medverka vid möten runt om i landet. Socialstyrelsen kommer även att medverka i och informera om handlingsplanen i nätverk och seminarier, som arrangeras av andra målgrupper och intressenter.

Webb, press och sociala medier

Via Socialstyrelsens digitala kanaler finns möjlighet att nå ut brett och målgrupperna kan också dela information med andra. Webbplatsen "Samlat stöd för patientsäkerhet" blir huvudkanal för kommunikation om handlingsplanen, men även socialstyrelsen.se och kunskapsguiden.se kommer att informera om handlingsplanen. Via Socialstyrelsens och Kunskapsguidens nyhetsbrev nås totalt cirka 45 000 prenumeranter och i sociala medier blir fokus på inlägg på LinkedIn och Twitter. Socialstyrelsen tar även fram underlag till journalister.

Målgruppernas kanaler; tredjepartskommunikation

En viktig kommunikationsväg är målgruppernas egna kanaler. Socialstyrelsen kommer därför uppmuntra målgrupperna, t.ex. regioner, kommuner och professions- och intresseorganisationer, att förmedla Socialstyrelsens nyhetsmaterial och underlag om handlingsplanen i sina egna kanaler.

Kommunikationsaktiviteter i form av trycksaker, uppdaterad webbplats, infografik och press

Vid lanseringen av handlingsplanen finns en formgiven och läsvänlig version av handlingsplanen framtagen. Den kompletteras av en kortversion i ett mindre format, som kan läsas som en introduktion till handlingsplanen. Kortversion kan också fungera som talarmanus vid muntliga presentationer.

Det kommer även att finnas informationsgrafik och korta nyhetstexter som underlag för delning av budskapen i sociala medier, nyhetsbrev och i målgruppernas digitala kanaler.

I samband med att webbplatsen ”Samlat stöd för patientsäkerhet” nylanseras i slutet av mars 2020 kommer handlingsplanen även att finnas på webbplatsen och kommer att kunna uppdateras vid behov. I samverkan med huvudmännen kommer fortsatt stödmaterial att utformas efter behov, exempelvis målgruppsanpassade dialogkartor som kan användas som ett stöd för diskussion om patientsäkerhet i en arbetsgrupp, vid arbetsplatsmöten och när kommuner och regioner utformar sina egna handlingsplaner.

Handlingsplanen gäller 2020-2024. Arbetet med att utveckla kommunikationsstöd för patientsäkerhet kommer att fortsätta under hela perioden.

Referenser

1. Regeringsbeslut I:3, 2018-07-12, S2018/04111/FS (delvis).
2. Regeringsbeslut I:1, 2019-10-31, S2019/04518/FS.
3. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>
4. SHSS, Sveriges hälso- och sjukvårdstudenter. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://sv-se.facebook.com/sjukvardstud/>
5. Internationell utblick - handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet, Kartläggning inför skapande av en nationell handlingsplan för patientsäkerhet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
6. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Helsedirektoratet. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring>
7. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten, UKOM. Hämtad 2020-01-07 från: <https://www.ukom.no/>
8. Health at a Glance 2019. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; 2019. Hämtad 2020-01-07 från: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/4dd50c09-en>.
9. Markörbaserad journalgranskning, Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2018, nationell nivå. SKR; 2019. Hämtad 2020-01-08 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>.
10. Allvarliga skador och vårdskador, Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
11. Skador i vården - utveckling 2013-2017, nationell nivå. SKR; 2018. Hämtad 2020-01-08 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>.
12. Vårdrelaterade infektioner - Kunskap, konsekvenser och kostnader. SKR; 2017. Hämtad 2020-01-08 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningvardrelateradeinfektioner.2333.html>.
13. Markörbaserad journalgranskning, Skador inom psykiatrisk vård. SKR; 2018. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>.
14. Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre - Kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.
15. Diagnostiska fel - Lärdomar av händelseanalyser. SKR, 2019. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/diagnostiskafel.13824.html>.

16. Schildmeijer, KGI, Unbeck, M, Ekstedt, M, Lindblad, M, Nilsson, L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ open*. 2018; 8(1):e019267.
17. Hagiwara, MA, Magnusson, C, Herlitz, J, Seffel, E, Axelsson, C, Munters, M, et al. Adverse events in prehospital emergency care: a trigger tool study. *BMC emergency medicine*. 2019; 19(1):14.
18. Regeringsbeslut I:14, 2010-12-16, S2010/9054/HS (delvis).
19. Patientsäkerhet: har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
20. Regeringsbeslut I:2, 2011-06-09, S2011/5702/FS (delvis)
21. Nationellt ramverk för patientsäkerhet. SKR; 2015. Hämtad 2020-01-07 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematisktpatientsakerhetsarbete/nationelltramverkforpatientsakerhet.3707.html>. Hämtad från:
22. Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS. To err is human : building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
23. Rollenhagen, C. Systemtänkande och säkerhet. I: Ödegård, S, red. Patientsäkerhet - teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013. s 170-94.
24. Reason, J. Individ- och systemmodeller för felhandlingar - att skapa rätt balans i hälso- och sjukvården. I: Ödegård, S, red. Patientsäkerhet - teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013. s 148-69.
25. Cook, J. Systemperspektivet på säkerhet. I: Ödegård, S, red. Patientsäkerhet - teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013. s 142-47.
26. Cook, R, Rasmussen, J. "Going solid": a model of system dynamics and consequences for patient safety. *Quality & safety in health care*. 2005; 14(2):130-4.
27. Aase, K, Rosness, R. Att förstå olyckor och resiliens i organisationer - sex perspektiv. I: Ödegård, S, red. Patientsäkerhet - teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013. s 294-328.
28. Hollnagel, E. Vad händer när ingenting händer? I: Ödegård, S, red. Säker vård- nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber; 2019. s. 75-86.
29. Pukk Härenstam, K, Andersson, B, von Plessen, C. Integrering, säkerhet och kvalitet - en självklarhet eller? I: Ödegård, S, red. Säker vård - nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber; 2019. s. 235-57.
30. Fairbanks, RJ, Wears, RL, Woods, DD, Hollnagel, E, Plsek, P, Cook, RI. Resilience and resilience engineering in health care. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2014; 40(8):376-83.
31. Hollnagel E., WRL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. Hämtad 2020-01-08 från: <https://resilienthealthcare.net/>.
32. Braithwaite, J, Wears, RL, Hollnagel, E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2015; 27(5):418-20.
33. Slawomirski, L, Auraen, A, Klazinga, NS. The economics of patient safety; OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris; 2017. Hämtad 2020-01-08 från: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.
34. Global Action on Patient Safety. WHO, 2019. Hämtad 2020-01-08 från: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.

35. Tael, I, Öhrming, J. Patientsäkerheten och Nya Karolinska Solna.I: Ödergård, S, red. Säker vård - nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber; 2019. s. 229-230.
36. Säker vård: en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund, Sveriges Tandläkarförbund; 2016.
37. SKR. Nationella samverkansgrupper, NSG Patientsäkerhet. Hämtad 2020-01-08 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellsamverkansgrupper.15249.html>
38. Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
39. Regeringskansliet. Bättre samverkan och snabbare utskrivning från sjukhus. Hämtad 2019-06-17 från:
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/04/battre-samverkan-och-snabbare-utskrivning-fran-sjukhus>
40. Digifyiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42).
41. Socialstyrelsen. Framtidsscenarier för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Hämtad 2019-06-10 från:
<https://www.framtidensvardkompetens.se/2019/03/12/framtidsscenarier-for-halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning/>
42. Regeringsbeslut I:2, 2019-11-14, S2019/04728/FST (delvis). Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg.
43. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Regeringsbeslut I:6, 2019-06-16, S2019/02858/FS. God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.
44. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Regeringsbeslut I:21, 2019-05-16, S2019/02386/FS (delvis). Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m.
45. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09).
46. Materialbrist inom hälso- och sjukvården ska förebyggas. Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap [S 2018:09] (dir. 2019:83).
47. E-hälsomyndigheten. Nationella läkemedelslistan. Hämtad 2019-06-10 från: <https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/nationella-lakemedelslistan/>
48. E-hälsomyndigheten. Utredning av förskrivning på substansnamn. Hämtad 2019-06-10 från:
<https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/nationella-lakemedelslistan/utredning-av-forskrivning-pa-substansnamn/>
49. Läkemedelsverket. Nationell läkemedelsstrategi. Hämtad 2019-06-10 från: <https://lakemedelsverket.se/overgripande/Om-Lakemedelsverket/Nationell-lakemedelsstrategi/>
50. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (dir. 2019:77).

51. Åt samma håll – nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.
52. Visa vägen i vården: ledarskap för stärkt utvecklingskraft. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
53. Folkhälsomyndigheten. Nationellt handlingsprogram för suicidprevention. Hämtad 2019-06-10 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/nationellt-handlingsprogram/>
54. Regeringsbeslut I:3, 2019-09-26, S2019/03995/FS (delvis).
55. Framtidens vårdkompetens - Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Stockholm: Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet; 2019.
56. Inrättandet av ett nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården. Regeringsbeslut I:3, 2019-09-26, S2019/03995/FS (delvis).
57. Socialstyrelsen. Partnerskap för kunskapsstyrning. Hämtad 2019-11-13 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/partnerskap-for-kunskapsstyrning/>
58. SKR. Partnerskap med myndigheter. Hämtad 2019-10-23 från: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/partnerskapmedmyndigheter.26422.html>
59. Kunskapsguiden. Partnerskapet – samverkan för en kunskapsbaserad socialtjänst och närallgande hälso- och sjukvård. Hämtad 2019-11-22 från: <https://www.kunskapsguiden.se/funktionshinder/aktuellt/Sidor/Partnerskapet-nytt-tema-om-samverkan-for-en-kunskapsbaserad-socialtjanst-och-narallgande-halso-och-sjukvard-.aspx>
60. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53).
61. God och nära vård - En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39).
62. God och nära vård - Vård i samverkan. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2019:29).
63. Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Hämtad 2019-06-20 från: <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/>
64. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Regeringsbeslut I:23, 2019-05-16, S2019/02388/FS (delvis). Standardiserade vårdförlopp – Jämlig och effektiv vård med god kvalitet.
65. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt - Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. Slutbetänkande av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90).
66. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicidprevention. Hämtad 2019-06-10 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/>
67. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting, Regeringsbeslut I:12, 2019-06-19. Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019.

68. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
69. Regleringsbrev för budgetåret 2019 för Socialstyrelsen, regeringsbeslut I:1, 2019-10-03, S2019/02042/FS, S2019/04110/FS.
70. Regeringsbeslut I:8, 2019-03-28, S2019/01521/FS (delvis). Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer.
71. Tvärsektoriell handlingsplan antibiotikaresistens 2018-2020. Folkhälsomyndigheten och Jordbruksverket. Hämtad 2019-06-10 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/antibiotika-och-antibiotikaresistens/nationell-samverkansfunktion/>
72. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, Regeringsbeslut I:10, 2019-06-19. En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare - En sammanslagen överenskommelse om goda förutsättningar för vårdens medarbetare och stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
73. E-hälsa 2025. Hämtad 2019-10-24 från: <https://ehalsa2025.se/om-e-halsa-2025/>
74. VRI-proaktiv. Hämtad 2019-06-14 från: <http://stoppavri.nu/>
75. Slutredovisning, Socialstyrelsen (dnr 24248/2018) i Uppdrag att stödja utvecklingsarbetet om att skapa en enkel, enhetlig och säker klagomålshantering för både patienter och närstående samt vårdgivare (S2017/05338/FS och S2018/03827/RS delvis).
76. Regeringsbeslut I:2, 2019-05-09, S2019/02244/FS (delvis). Ökad kunskap om suicidprevention och stöd till efterlevande.
77. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, Regeringsbeslut I:30, 2019-12-19. Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2020-2022.
78. Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (dir. 2019:37).
79. Vincent, C, Burnett, S, Carthey, J. The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation; 2013. Hämtad 2020-01-09 från: <https://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>.
80. Vincent, C, Burnett, S, Carthey, J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. BMJ quality & safety. 2014; 23(8):670-7.
81. Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet? Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
82. SKR. Nationella samverkansgrupper. Hämtad 2019-11-25 från: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellasamverkansgrupper.15249.html>.
83. Vården i siffror. Hämtad 2020-01-10 från: <https://vardenisiffror.se/>
84. Kolada. Hämtad 2020-01-10 från: <https://www.kolada.se/>
85. Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
86. Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2019.

87. Uppföljning av omställningen till en nära vård- deluppdrag II. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
88. Stärkt uppföljning av primärvården, S2019/03056/FS (delvis).
89. Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning [S 2018:12] (dir. 2019:78).
90. Regleringsbrev för budgetåret 2019 för Socialstyrelsen, regeringsbeslut I:6, 2019-03-14, S2019/01225/FS.
91. SKR. Nationella kvalitetsregister. Hämtad 2020-01-20 från: <http://kvalitetsregister.se/index.html>
92. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till nationella kvalitetsregister under 2019. Hämtad 2019-12-17 från: <https://skr.se/download/18.4fb1868016ac3ad3e0276f18/1558335896745/04-2019-WEBB-Nationellaprocent20kvalitetsregister.pdf>.

Bilagor

Bilaga 1. Deltagare i expertgrupp

- Anna Dahlgren, PhD, Avdelningen för psykologi, Institutionen för kliniskneurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm
- Jonas Wrigstad, specialist i anesthesiologi och intensivvård, Region Skåne, med.dr., Lunds universitet
- Hans Rutberg, specialist i anesthesiologi och intensivvård, tidigare adjungerad professor i patientsäkerhet, Linköpings universitet, ordförande i Svenska Läkaresällskapets kommitté för säker vård
- Karin Pukk Härenstam, specialist i barn- och ungdomsmedicin, Karolinska Universitetssjukhuset, med.dr., Medical Management Center, LIME, Karolinska institutet, Stockholm
- Magnus Andersson Hagiwara, leg. sjuksköterska, specialistutbildning i ambulanssjukvård, biträdande professor, Centrum för prehospital forskning, Högskolan i Borås
- Marion Lindh, specialist i invärtesmedicin och geriatrik, tidigare chefläkare
- Marita Danielsson, leg. sjuksköterska, specialistutbildning i intensivvård, Region Östergötland, med.dr, Institutionen för medicin och hälsa, Linköping
- Michael Soop, specialist i anesthesiologi och intensivvård, docent i anesthesiologi och intensivvård, Karolinska Institutet, Stockholm, tidigare medicinalråd på Socialstyrelsen
- Mirjam Ekstedt, leg. sjuksköterska, professor, Institutionen för hälsa och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet
- Rita Fernholm, specialist i allmänmedicin, Region Stockholm, doktorand, Karolinska Institutet, Stockholm
- Ullakarin Nyberg, specialist i psykiatri, Norra Stockholms psykiatri, med.dr, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet, Stockholm

Bilaga 2. Sändlista remiss

1. Anhörigas riksförbund
2. Arbetsmiljöverket
3. Barncancerfonden
4. Bollnäs kommun
5. Borgholms kommun
6. Botkyrka kommun
7. Cancerfonden
8. Danderyds kommun
9. Demensförbundet
10. DHR
11. Dietisternas Riksförbund
12. E-hälsomyndigheten
13. Eksjö kommun
14. Endometriosföreningen
15. Famna
16. Folkhälsomyndigheten
17. Forte
18. Funktionsrätt Sverige
19. Halmstads kommun
20. HälsoAkademikerna
21. Härryda kommun
22. Hörselskadades riksförbund
23. Inspektionen för vård och omsorg
24. Järfälla kommun
25. Kommunal
26. Kramfors kommun
27. Köpings kommun
28. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag
29. Lindesbergs kommun
30. Livlinan- för de som lever nära någon med psykisk sjukdom
31. Läkemedelsverket
32. Malung-Sälens kommun
33. Munkfors kommun
34. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys
35. Mölndals stad
36. Nationell samverkan för psykisk hälsa
37. Nationell Samverkansgrupp NSG patientsäkerhet
38. Nationella företrädare för patientnämnderna
39. Norrköpings kommun
40. Partille kommun
41. PRO
42. Professions- och fackförbundet för fysioterapeuter
43. Region Blekinge
44. Region Dalarna
45. Region Gotland

46. Region Gävleborg
47. Region Halland
48. Region Jämtland Härjedalen
49. Region Jönköpings län
50. Region Kalmar län
51. Region Kronoberg
52. Region Norrbotten
53. Region Skåne
54. Region Stockholm
55. Region Sörmland
56. Region Uppsala
57. Region Värmland
58. Region Västerbotten
59. Region Västernorrland
60. Region Västmanland
61. Region Västra Götaland
62. Region Örebro län
63. Region Östergötland
64. Riksförbundet Rörelsehindrade Barn och Ungdomar
65. Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga rehabilitering
66. Skara kommun
67. Skurup kommun
68. Sorsele kommun
69. SPF- seniorena
70. Storumans kommun
71. Strålsäkerhetsmyndigheten
72. Svensk sjuksköterskeförening
73. Svenska läkaresällskapet
74. Sveriges Arbetsterapeuter
75. Sveriges Kommuner och Landsting
76. Sveriges läkarförbund
77. Sveriges Tandläkarförbund
78. Söderhamns kommun
79. Tilia, Ungas psykiska hälsa
80. Torsås kommun
81. Trelleborgs kommun
82. Tyresö kommun
83. Ung cancer
84. Unga Reumatiker
85. Universitetskanslersämbetet
86. Uppsala kommun
87. Vårdförbundet
88. Vårdföretagarna Almega
89. Värmdö kommun
90. Västerviks kommun
91. Örkelljunga kommun
92. Östersunds kommun
93. Östhammars kommun

Bilaga 3. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024

Nationell handlingsplan för ökad
patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
2020–2024

Agera för säker vård



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 webb-
plats. Publikationen kan också tas fram i alternativt
format på begäran. Frågor om alternativa format
skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-510-2
Artikelnr 2020-1-6564

Foto: Maskot Bildbyrå AB (omslag), Eva Edsjö
(sid 12, 16, 20, 26, 30, 33, 35, 39, 40, 42, 43, 44,
46, 47, 49, 50, 52, 57, 58), Dan Lepp, Scandinav
bildbyrå AB (sid 6), Maskot Bildbyrå AB (sid 9),
Therese Winberg, Scandinav bildbyrå AB (sid 24),
Karl Forsberg, Scandinav bildbyrå AB (sid 29),
Susanne Wallström (sid 36), Jan Töve, Scandinav
bildbyrå AB (sid 54), Cultura Creative, Johnér
bildbyrå AB (sid 55).

Sättning: Södra tornet
Tryck: Ätta.45 Tryckeri AB, januari 2020

Förord

Svensk hälso- och sjukvård har en lång tradition av aktivt patientsäkerhetsarbete. De två senaste decennierna har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt och i takt med det har patientsäkerhetsarbetet utvecklats. Ändå drabbas fortfarande många patienter av skador som hade kunnat undvikas.

Regeringen ser behov av en nationell kraftsamling för att stärka kommunernas och regionernas arbete med patientsäkerhet och stärka den nationella samordningen. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet.

Visionen i handlingsplanen är *God och säker vård – överallt och alltid* med det övergripande målet att *ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*.

Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regi-

oner som genom egna handlingsplaner kan etablera principer, prioriteringar och mål för sitt patientsäkerhetsarbete. Mottagare för den nationella handlingsplanen är därför huvudmännens beslutsfattare. Men myndigheter, nationella organisationer, företrädare för lärosäten, experter och politiker är också berörda.

Handlingsplanen är framtagen i bred samverkan med myndigheter, representanter från huvudmän och nationella organisationer, företrädare för privata vårdgivare, patienter och närstående, experter och studenter samt andra aktörer inom patientsäkerhetsområdet. Socialstyrelsen vill tacka alla som har bidragit med sin kunskap och erfarenhet.

Januari 2020

Olivia Wigzell,
Generaldirektör

God och säker vård – överallt och alltid

**Ingen patient ska behöva
drabbas av vårdskada**

Innehåll

3 Förord

5 Innehåll

7 Inledning

- 8 Handlingsplan som stöd och vägledning
- 10 Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad

13 Bakgrund

- 14 En god och säker vård
- 14 Goda resultat, men fortfarande skadas patienter
- 14 Mycket görs redan för att skapa en säkrare vård
- 15 Det förebyggande arbetet är centralt

17 Nationellt och internationellt arbete

- 18 Nationella uppdrag och satsningar med koppling till patientsäkerhet
- 19 Internationellt arbete

21 Samverkan och stöd

- 22 Nationell samordning behövs för ett kraftfullt genomförande
- 24 Åtgärder på nationell nivå
- 25 Genomförande av handlingsplanen

27 Grundläggande förutsättningar för en säker vård

- 28 Engagerad ledning och tydlig styrning
- 30 En god säkerhetskultur
- 32 Adekvat kunskap och kompetens
- 34 Patienten som medskapare

37 Prioriterade fokusområden

- 38 Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador
- 40 Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer
- 43 Fokusområde 3 – Säker vård här och nu
- 46 Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling
- 49 Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap

53 Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

- 54 Uppföljningen delas in i tre områden
- 57 Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

59 Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

- 60 Myndigheter har uppdrag som främjar patientsäkerheten
- 64 Nationella organisationer bidrar till en säkrare vård

68 Ordlista

70 Källor

Varje år
drabbas mer än

100 000

patienter av
vårdskador



KAPITEL 1

Inledning

Handlingsplan som stöd och vägledning

Mot bakgrund av de förändringar och utmaningar som hälso- och sjukvården står inför ser regeringen behov av en nationell kraftsamling för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i landet.

Handlingsplanen ska stärka huvudmännens arbete i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Handlingsplanen ska även stödja och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet.

Arbetet för att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården behöver ta ytterligare steg för att hantera både dagens och morgondagens behov, som bland annat handlar om:

- den medicinska och tekniska utvecklingen med nya behandlingsmetoder och ny medicinsk teknik, ökad digitalisering och e-hälsa
- organisatoriska förändringar och nya vårdformer, exempelvis omställningen till nära vård
- ekonomiska förutsättningar och avvägning mellan olika mål och olika typer av vårdinsatser och patientgrupper
- tillgången till personal med adekvat kompetens.

Utvecklingen mot en säker vård sker stegvis. För att ta nästa steg behöver utvecklingen bygga vidare på det goda arbete som bedrivs och berörda aktörer kraftsamla inom ett antal områden för att utveckla och stärka patientsäkerheten. Handlingsplanen lyfter därför fram några grundläggande förutsättningar och fokusområden som behöver stärkas för en god och säker vård.

Vänder sig till beslutsfattare

Mottagare för den nationella handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner och regioner för att de genom egna handlingsplaner ska kunna etablera principer, prioriteringar och målsättningar för sitt patientsäkerhetsarbete. Den nationella handlingsplanen ska således vara ett stöd för huvudmännen i deras arbete med patientsäkerhet och ses som en nationell kraftsamling på området. Myndigheter, nationella organisationer, företrädare för lärosäten, experter och politiker är också berörda.

Framtagen i bred samverkan

Handlingsplanen har utvecklats i bred samverkan med berörda myndigheter, företrädare för huvudmännen, nationella organisationer, professionsföreningar, företrädare för privata vårdgivare, patienter och närstående, studenter samt experter inom patientsäkerhetsområdet.

Nationella, regionala och kommunala insatser

För att skapa ett kraftfullt genomförande som bidrar till ökad patientsäkerhet behöver det på nationell nivå finnas



- tillgång till experter som kan bidra med kunskap och utbilda i patientsäkerhet,
- resurser för forskning och utveckling för att både följa och utveckla kunskapen inom området,
- resurser för att utveckla nya verktyg och metoder för att både arbeta med och följa upp säkerheten i hälso- och sjukvården,
- en nationell plattform och struktur för samordning, genomförande av nationella åtgärder och återföring av erfarenheter.

I utformningen av den nationella handlingsplanen har det också varit viktigt att ta hänsyn till det patientsäkerhetsarbete som redan pågår runt om i landet, för att kunna prioritera insatser och åtgärder där behoven är som störst.

På kommunal och regional nivå har ett antal områden identifierats för att skapa en god och säker vård. Det behöver finnas

- en säkerhetskunnig ledning som styr mot ökad patientsäkerhet och samtidigt skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur.
- tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och som har förståelse för och kunskap om patientsäkerhet,
- säker och användarvänlig teknik,
- en hållbar arbetsmiljö
- förmåga att ta tillvara patienters och närståendes kunskap och erfarenhet.

Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad

VISION

God och säker vård – överallt och alltid.

ÖVERGRIPANDE MÅL

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

VAD ÄR EN VÅRDSKADA?

Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Patientsäkerhetslagen
(2010:659)

Utifrån de behov och förutsättningar som beskrivits har den nationella handlingsplanen utformats med målet att den ska bidra till ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen ska ge ökad kunskap och vägledning, en struktur där prioriterade områden tydliggjorts och en koppling mellan mål, åtgärder och uppföljning.

Visionen för vårt gemensamma patientsäkerhetsarbete är: *God och säker vård – överallt och alltid.* Det övergripande målet är att: *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.*

Visionen och målet är formulerade för att betona en bred ansats i säkerhetsarbetet, som både inkluderar perspektiven *närvaro av säkerhet och frånvaro av skador*. Alla verksamhetsområden berörs i alla situationer i hela hälso- och sjukvården.

Påverka så att säkerheten på alla nivåer utvecklas

Syftet med själva handlingsplanen är att påverka så att säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården utvecklas. Detta kan ske genom att handlingsplanen stärker huvudmännens patientsäkerhetsarbete genom kommunala och regionala handlingsplaner, så att principer, prioriteringar och mål för ökad patientsäkerhet tas fram och genomförs. Handlingsplanen ska också bidra till att samordna aktiviteter mellan myndigheter, nationella organisationer och andra berörda aktörer.

Bakgrund

I bakgrunden beskrivs grunden för en god och säker vård. Svensk hälso- och sjukvård har goda medicinska resultat men fortfarande drabbas många patienter av skador som hade kunnat undvikas. Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en säker vård.

Nationella uppdrag och satsningar

Flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården påverkar och kopplar till patientsäkerhet. I det nationella patientsäkerhetsarbetet och arbetet med handlingsplanen är det därför viktigt att kontinuerligt följa pågående satsningar och känna till nya initiativ.

Internationellt arbete

I avsnittet om internationellt arbete beskrivs kort det globala patientsäkerhetsarbetet. Världshälsoorganisationen, WHO, har fastställt nya resolutioner för ökad patientsäkerhet och initierat arbetet med *Global Action on Patient Safety*. I syfte att lära av andra länders patientsäkerhetsarbete har Socialstyrelsen genomfört en internationell utblick där tre internationella organisationer och tio länders styrdokument analyserats.

Samverkan och stöd

I avsnittet om samverkan och stöd beskrivs de samverkansformer och det stöd som finns på kommunal och regional nivå och hur den nationella samverkan och stödet för genomförande av handlingsplanen är tänkt att fungera.

Uppföljning

Den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver breddas så att den återspeglar den utveckling som behövs för en säkrare vård. I detta avsnitt beskrivs på vilket sätt den kommer att utvecklas. Uppföljningen behöver utgå från handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden och följa genomförandet av handlingsplanens åtgärder.

Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten. Ett gemensamt agerande utifrån respektive aktörs uppdrag och ansvar är en förutsättning för att nå ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete. I detta avsnitt beskrivs berörda myndigheters och nationella organisationers uppdrag och ansvar inom området.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar fram:

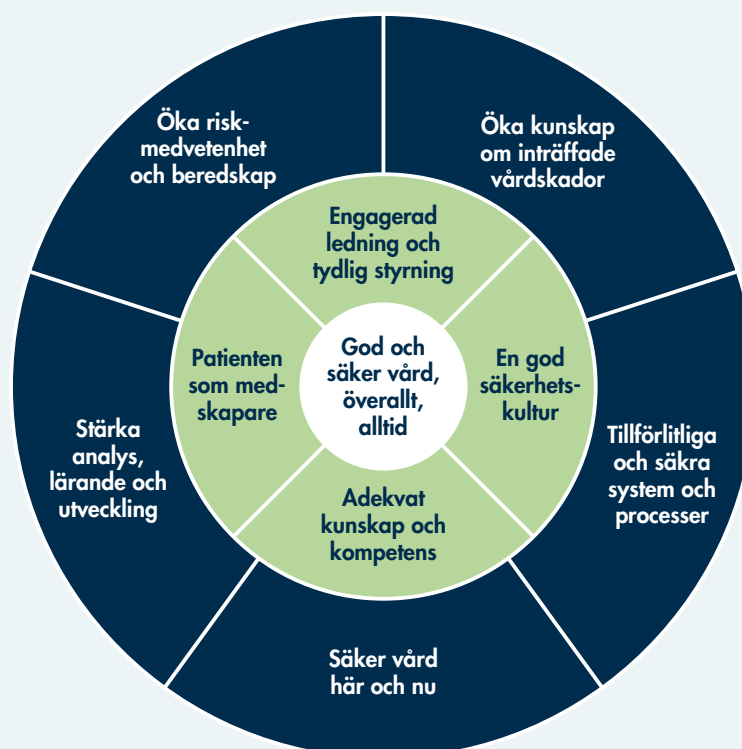
- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Fem prioriterade fokusområden

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden för arbetet mot en säkrare vård. Fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder. Fokusområdena är:

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Inom varje fokusområde finns; en inledande text som förklaring och motivering, vad fokusområdet syftar till, exempel på vad huvudmän behöver säkerställa att vårdgivare gör, nationella åtgärder för att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete och exempel på berörda aktörer.



Figur 1. Illustration över handlingsplanens områden



Varje år medför
vårdskador förlängda
sjukhusvistelser för cirka

50 000

patienter.

KAPITEL 2

Bakgrund

En god och säker vård

Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården. Förutom lagar och förordningar finns föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Gemensamt för de flesta regleringarna är att de ytterst syftar till en god och säker vård för patienterna.

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) står det att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård.

Den mest centrala lagen för patientsäkerhet är patientsäkerhetslagen (2010:659). Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I lagen avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

God vård innebär att vården ska särskilt:

- vara av god kvalitet och med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig.

Goda resultat, men fortfarande skadas patienter

Svensk sjukvård har i viktiga avseenden goda resultat, enligt flera internationella jämförelser. Men dagens svenska vård kan ändå bli säkrare. Uppskattningsvis drabbas 100 000 patienter varje år av vårdskador i somatisk sjukhusvård av vuxna, vilket motsvarar ungefär en vårdskada vid vart tionde vårdtillfälle. Detta får konsekvenser för de drabbade patienterna, för personalen, för patienternas förtroende för vården och för samhällets gemensamma resursutnyttjande.

Vårdskadorna medför förlängda sjukhusvistelser för cirka 50 000 patienter varje år. Cirka 2 000 patienter får bestående men och vid ungefär 1 200 dödsfall varje år bedöms en vårdskada ha varit en bidragande orsak. Kostnaden enbart för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas vara cirka 8 miljarder kronor per år. Det motsvarar ungefär en sjundedel, drygt 12 procent, av de totala kostnaderna för somatisk sjukhusvård. Det är mer oklart hur situationen ser ut utanför den somatiska sjukhusvården för vuxna, det vill säga inom barnsjukvården, hemsjukvården, den prehospitala vården, primärvården, psykiatri och tandvården.

Mycket görs redan för att skapa en säkrare vård

Svensk hälso- och sjukvård har en lång tradition av aktivt patientsäkerhetsarbete. Redan för 80 år sedan infördes genom lex Maria krav på anmälan av skador till följd av vård och behandling.

De senaste decennierna har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt, och i takt med det har arbetet utvecklats. Viktiga områden har varit statlig reglering (till exempel patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och all-

Vad är patientsäkerhetsarbete?

männas råd [SOSFS 2011:9] om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete) samt det regionala och kommunala arbetet i form av satsningar, styrdokument och kunskapsstyrning.

Patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting för perioden 2011–2014 utgjorde också ett viktigt steg genom att sätta fokus på säkerhetskultur, uppföljning och synliggörande av hälso- och sjukvårdens resultat.

På nationell nivå pågår i dagsläget ett flertal satsningar och initiativ som på olika sätt syftar till att stärka patientsäkerheten.

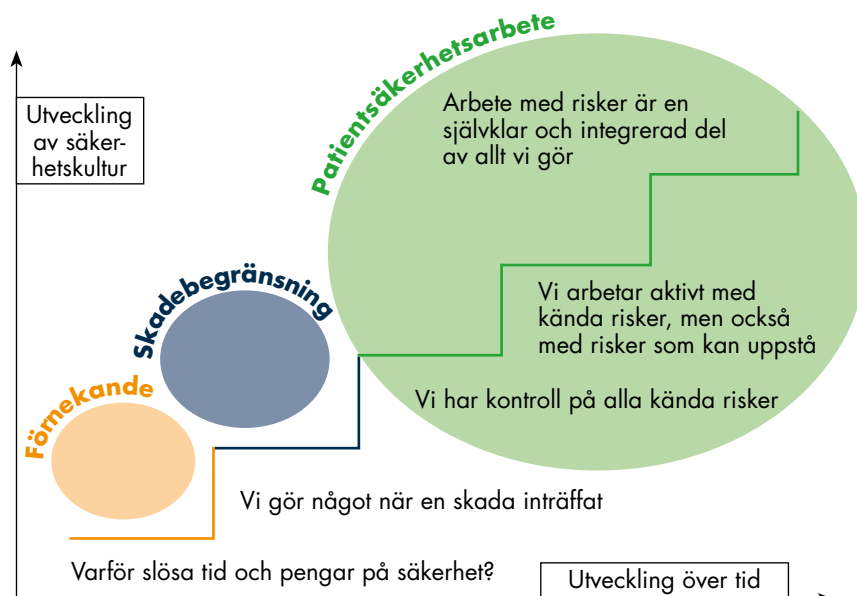
Sverige deltar också aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom WHO:s resolutionsarbete inom Global Action on Patient Safety.

Säkerhet handlar om mognad

Ytterligare viktiga faktorer är att fortsätta utvecklingen bort från att skuldbelägga enskilda individer till att söka orsaker på systemnivå samt att i ännu större utsträckning integrera patientsäkerhetsarbetet i det breda kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

När ett system mognar och säkerheten utvecklas sker ett fokusskifte, vilket visualiseras i figur 2. Först och främst inser vi över huvud taget inte att vi skadar, det vill säga *förnekande*. När vi inser att vi faktiskt skadar flyttas vårt fokus framför allt på att hantera skadorna, det vill säga *skadebegränsning*. Nästa stora steg tar vi när vi inser vikten av att i första hand identifiera risker för skador samt förebygga eller minimera riskerna att skador över huvud taget inträffar, det vill säga ett aktivt förebyggande *patientsäkerhetsarbete*.

Handlingsplanen utgår från detta resonemang.



Fritt efter: D Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.

Figur 2. Vägen till ett aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete – ett fokusskifte i tre steg

Det förebyggande arbetet är centralt

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande.

Att mäta inträffade skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Utfallet, alltså vårdskadorna, är ett centralt perspektiv för patienterna som drabbas, och för hälso- och sjukvården är det viktigt att veta var vårdskadorna och riskerna för dem finns.

Men för att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det också nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt utan också *stärka det skadeförebyggande arbetet*. Centralt är att arbeta riskmedvetet och förebyggande med det yttersta syftet att vårdskadorna aldrig inträffar. Genom detta kan vi närma oss de två perspektiven *frånvaro av skada* och *närvaro av säkerhet*.



KAPITEL 3

Nationellt och internationellt arbete

Nationella uppdrag och satsningar med koppling till patientsäkerhet

FLERA NATIONELLA INITIATIV OCH SATSNINGAR inom hälso- och sjukvården påverkar patientsäkerheten och är viktiga att följa.

I arbetet med patientsäkerhet är det viktigt med kontinuerlig omvärldsbevakning och att följa pågående satsningar och nya initiativ. Men allt arbete behöver inte utföras inom ramen för handlingsplanen. Vissa uppdrag och insatser behöver ske i redan etablerade strukturer.

Flera pågående nationella satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården påverkar och kopplar till patientsäkerhet. I det nationella patientsäkerhetsarbetet och arbetet med handlingsplanen är det viktigt att kontinuerligt följa pågående satsningar och känna till nya initiativ. Det är viktigt för att kunna prioritera genomförandet av nationella åtgärder och medverka i och stärka patientsäkerhetsperspektivet i det arbete som pågår, men också för att undvika otydlighet och dubbelarbete.

Vidare kan och bör inte allt med koppling till patientsäkerhet utföras inom ramen för nationell handlingsplan, utan behöver ske i redan etablerade strukturer.

Det kan handla om uppdrag och insatser som påverkar och stärker både grundläggande förutsättningar för säker vård och fokusområden, exempelvis:

- Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg
- God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården
- Insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården

- Nationell läkemedelsstrategi
- Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre
- Nationell uppföljning av omställningen till en nära vård
- Nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården
- Nationellt system för kunskapsstyrning
- Sammanhållen kunskapsstyrning och nationell och sammanhållen uppföljning
- Samordnad utveckling för god och nära vård
- Standardiserade vårdförlopp
- Tvärsektoriell handlingsplan antibiotikastrategi 2018–2020
- Utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare
- Vision e-hälsa 2025

En löpande omvärldsbevakning är nödvändig och behöver vara en uppgift för den grupp som kommer att samordna arbetet med handlingsplanen på nationell nivå. Ett urval av de satsningar och initiativ som bedöms påverka arbetet med patientsäkerhet och valet av åtgärder i handlingsplanen beskrivs övergripande i Socialstyrelsens rapport, *Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, rapportering av regeringsuppdrag S2018/04111/FS*.

Internationellt arbete

Det svenska patientsäkerhetsarbetet påverkas av vad som sker i resten av världen. För att lära av andra länders patientsäkerhetsarbete har Socialstyrelsen bland annat genomfört en internationell utblick som bidragit med många lärdomar in i det nationella arbetet.

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 med *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*.

Internationell utblick

Socialstyrelsen har gjort en internationell utblick, för att lära av andra länders och organisationers strategiska patientsäkerhetsarbete och dess effekter. Myndigheten har analyserat tio länders strategier och handlingsplaner och gått igenom tre internationella organisationers arbete med patientsäkerhet.

Den internationella utblicken har visat att en nationell handlingsplan inte

ensam påverkar effekterna av patientsäkerhetsarbetet, utan att kontexten i ett land har stor betydelse. Analysen har visat att det är viktigt med en strategisk helhet och att det finns en tydlig och logisk koppling mellan vägledande konkreta aktiviteter, liksom att det pågående regionala patientsäkerhetsarbetet tas tillvara. Det behöver också vara tydligt vem som är mottagare och hur ansvar och roller är fördelade. Att ha en bred och inkluderande process när man tar fram handlingsplanen har visat sig vara en framgångsfaktor, liksom att nationell samordning är centralt för att få ett kraftfullt genomförande. Att utgå från fördjupade nulägesanalyser inom valda områden kan ge en faktabaserad bild av de mest angelägna behoven och utmaningarna, och bidra till att fokusera på de mest prioriterade delarna inom patientsäkerhetsområdet.

Analysen har också visat att det är centralt att ha en plan för genomförandet och en uppföljningsmodell där resultat kan kopplas till de åtgärder som beskrivs i handlingsplanen. Det behövs också relevanta indikatorer för uppföljning. Genom hela arbetet med att ta fram en nationell handlingsplan är det viktigt med en medveten och anpassad kommunikationsstrategi. Det gäller även vid lansering och genomförande av handlingsplanens åtgärder.

Den internationella utblicken har bidragit med många lärdomar in i det nationella arbetet och finns även översatt till engelska. Den kan i sin helhet laddas ner och beställas via socialstyrelsen.se.



Socialstyrelsen har gjort en internationell utblick, för att lära av 10 länders och tre internationella organisationers strategiska patientsäkerhetsarbete.

A healthcare professional, seen from the side in a white coat, is engaged in a conversation with an elderly woman. The woman has short, white hair and is wearing a light pink button-down shirt. She is looking towards the professional with a slight smile. The background is softly blurred, showing a yellow lampshade in the upper right corner.

**3 skäl till att agera
för säker vård:**

- rädda liv
- minska lidande
- mer god vård för
pengarna.

KAPITEL 4

Nationell samverkan och stöd

För att handlingsplanen ska få kraft i genomförandet behöver berörda aktörer samarbeta – kommunalt, regionalt och nationellt. Genomförandet av de nationella åtgärderna föreslås ske i samverkan i ett nationellt råd för patientsäkerhet och målet är att de utförs inom ramen för respektive myndighets och organisations uppdrag.

Nationell samordning behövs för ett kraftfullt genomförande

Insatser för att öka patientsäkerheten involverar aktörer på alla nivåer i hälso- och sjukvården, kommunalt, regionalt och nationellt. För att få kraft i genomförandet av handlingsplanen och för att få tydlighet i ansvar och roller behöver berörda aktörer, myndigheter och organisationer samarbeta och samordna nationella insatser och åtgärder.

Förutom regioner och kommuner berörs många myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, patientnämnder, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) samt olika professionsföreningar. Även lärosäten, studenter och experter berörs, liksom företrädare för patient- och närståendeorganisationer.

Utifrån möten med samverkanspartner, workshoppar och den internationella utblicken ser Socialstyrelsen behov av stärkta insatser för att genomföra handlingsplanens åtgärder och för samordning och samverkan mellan myndigheter, nationella organisationer och berörda aktörer som stödjer och kompletterar befintliga samverkansstrukturer på nationell, regional och kommunal nivå.

Regionernas samverkan och stöd

Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet (NSG patientsäkerhet) ingår i det nationella systemet för kunskapsstyrning. Systemet är en överenskomelse mellan landets samtliga regioner, med stöd av SKR och i samverkan med landets kommuner. Målet med systemet är att bästa möjliga kunskap ska vara tillgänglig och enkel att använda i varje enskilt patientmöte i hela landet, för att uppnå en jämlik vård.

NSG patientsäkerhet leder och samordnar regionernas arbete och utgår från de sjukvårdsregionala patientsäkerhetsgrupperna. NSG patientsäkerhet bevakar och driver utvecklingen av det nationella patientsäkerhetsarbetet utifrån regionernas behov. I uppdraget ingår att framtidsspana, omvärldsbevaka och aktivt följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården, framför allt med fokus på omstruktureringen av hälso- och sjukvården till nära vård. Gruppens uppdrag är också att sprida kunskap, för att säkerställa att patientsäkra arbetssätt genomsyrar samtliga nationella programområden inom ramen för regionernas kunskapsstyrning.

I NSG patientsäkerhets uppdrag ingår även att i samverkan utvärdera befintliga uppföljningsverktyg och indikatorer på nationell nivå och vid behov införa nya. NSG patientsäkerhet kan utifrån regionernas behov bilda nationella arbetsgrupper (NAG) för särskilda delar inom patientsäkerhetsområdet. Inledningsvis har två sådana arbetsgrupper bildats: *NAG vårdhygien* och *NAG markörbaserad journalgranskning*.

NSG patientsäkerhet består av en representant från varje sjukvårdsregion och en representant från SKR. Samverkan sker framför allt med övriga samverkansgrupper inom det nationella systemet för kunskapsstyrning samt med SKR och Socialstyrelsen.

Kommunernas samverkan och stöd

Socialstyrelsen och SKR arbetar tillsammans med representanter för de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) genom ett partnerskap mellan lokal, regional och nationell nivå. Partnerskapets syfte är att bidra till ökad samverkan,



dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, till bättre stöd för implementering och till att kunskapen används.

Det behövs ökat stöd och nationell samordning av insatser i arbetet för ökad patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården, framför allt med fokus på omställningen till en god och nära vård. Motsvarande strukturer som finns i det regionala patientsäkerhetsarbetet finns inte på kommunal nivå och behöver därför utvecklas.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas det minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) med särskilda angivna ansvarsområden, men det kan finnas flera MAS i samma kommun som ansvarar för det verksamhetsområde som kommunen bestämt. MAR är motsvarande befattning inom rehabilitering. Den som har rollen som MAS och MAR har en central funktion i patientsäkerhetsarbetet.

Inom ramen för SKR:s patientsäkerhetsarbete finns ett nätverk för kontaktpersoner inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sammanfattande är SKR:s handläggare i patientsäkerhet.

Nätverket Samverkan för säker vård

Samverkan för säker vård är ett informellt nätverk som träffas regelbundet för att dela relevant information om patientsäkerhet och lyfta fram initiativ som kan bidra till en säkrare vård. Sammanfattande är chefläkaren på Löf.

I nätverket ingår Dietisternas Riksförbund, Famna, Fysioterapeuterna, Kommunal, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening, Sveriges arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Vårdförbundet och Vårdföretagarna. Socialstyrelsen adjungeras vid behov.



Nationella åtgärder för ökad samordning

Handlingsplanen innehåller fem övergripande åtgärder för att åstadkomma ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete på nationell nivå. En god samverkan och samordning av nationella insatser liksom tydliga roller och ansvar kan bidra till och ge vägledning och stöd i arbetet med patientsäkerhet. Åtgärderna är att

- utveckla samverkan mellan berörda myndigheter, nationella organisationer, huvudmän och andra aktörer i ett *Nationellt råd för patientsäkerhet*.
- genomföra *insatser för att utveckla och stärka samarbetet* mellan nationella aktörer i arbetet för ökad patientsäkerhet
- bidra till *ökad dialog och spridning* av kunskap på nationell, regional och kommunal nivå
- medverka i och *stödja det internationella patientsäkerhetsarbetet*.

Samverkan i råd för patientsäkerhet

Samverkan kring genomförandet av de nationella åtgärderna i handlingsplanen behöver ske i ett nationellt råd för patientsäkerhet. Socialstyrelsen kommer att ta initiativ till en sådan samverkan. Rådet behöver ha representanter från berörda myndigheter, organisationer och huvudmän.

Samverkan behöver ske kring genomförandet av åtgärderna i handlingsplanen för att det ska bli så effektivt och tydligt som möjligt. Som stöd till rådet behöver det bildas en referensgrupp med företrädare för patienter och närstående och experter med särskild sakkunskap inom patientsäkerhet.

Uppgifter för rådet är att:

- i samverkan konkretisera, prioritera och dela upp de insatser och åtgärder som framgår av handlingsplanen,
- förankra prioriterade insatser och åtgärder inom de egna organisationerna,
- samverka kring uppföljning och revidering av handlingsplanen.

Representanterna i rådet behöver även utifrån respektive myndighets och organisations roll och uppdrag bidra med kunskap och information om pågående nationella satsningar och initiativ som har bäring på patientsäkerheten.

Exempel på berörda aktörer

Arbetsmiljöverket, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, företrädare för patientnämnder, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens haverikommission, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Universitetskanslersämbetet.

Stöd till kommuner och regioner

Inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstyrande uppdrag utgör myndigheten en plattform för stöd till kommuner och regioner. Det är centralt för genomförandet av handlingsplanen, liksom för samordning och uppföljning på nationell nivå. Syftet är att skapa ett långsiktigt och hållbart patientsäkerhetsarbete och ge förutsättningar för att arbeta i enlighet med nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet stödja kommuner och regioner i omställningen till en god och nära vård, och bidra till att patienterna får en trygg och säker vård.

Den nationella handlingsplanen gäller för perioden 2020–2024 och kommer att ses över efter behov. Löpande arbete och uppdateringar presenteras på Socialstyrelsens webbplats ”*Samlat stöd för patientsäkerhet*” på patientsakerhet.socialstyrelsen.se



En fjärdedel av de patienter som återinläggs på sjukhus har en skada som uppstått i kontakt med sjukvården.

KAPITEL 5

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

Så vad behövs för att vi ska kunna nå det övergripande målet?
Fyra grundläggande förutsättningar har identifierats för det fortsatta arbetet: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.





FÖRUTSÄTTNING

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer – från den politiska nivån till beslutsfattare på regional och kommunal nivå samt från operativa chefer till ledare i den patientnära verksamheten.

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar

Ledningens ställningstaganden, kunskap, förhållningssätt, agerande och beslut är avgörande för en hög patientsäkerhet. Hos alla vårdgivare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta följer av lag och föreskrifter.

Det är vårdgivarens ansvar att verksamheten bedrivs på det sätt som åsyftas i lagar och föreskrifter. Vårdgivaren ska bland annat planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården upprätthålls.

Ledningen är bärare av organisationskulturen

Ledningen är en tongivande förebild och har en avgörande roll i arbetet att stärka och upprätthålla en hög säkerhet. God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet.

Ledare på alla nivåer kan skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, genom egenkontroll där information om verksamhetens resultat inhämtas, och genom att ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas.

Faktorer på alla nivåer påverkar patientsäkerheten

Många faktorer av stor vikt finns i den patientnära vårdprocessen, till exempel förutsättningar för bemanning med rätt kompetens och utveckling av och upprätthållande av ändamålsenliga processer. Även kommunikation och informationsutbyte inom enheter och över organisationsgränser mot andra vårdgivare och huvudmän behöver fungera säkert och ändamålsenligt.

Faktorer som inte alltid är vårdnära och som traditionellt inte förknippas med patientsäkerheten har också stor inverkan. Exempel på sådana områden är resursfördelning, arbetsmiljö, ekonomistyrning, kompetensförsörjning, kompetensutveckling, organisationsstruktur och principer för schemaläggning och bemanning. Även här behöver samverkan



ske med hänsyn till kvalitet och patientsäkerhet.

Patientsäkerhet är ett ansvar för politiker samt ledning och chefer på alla nivåer i vårdens organisation. Beslut på den politiska nivån, till exempel i frågor kring ekonomi eller tillgänglighet, kan utöver önskvärda effekter leda till målkonflikter som riskerar att påverka patientsäkerheten negativt, så patientsäkerheten måste alltid beaktas.

Kunskap om patientsäkerhet och förståelse för ledningens centrala betydelse för en hög patientsäkerhet behövs därför på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Förutsättningar måste finnas för ett hållbart och kompetent ledarskap och för ledning och styrning som på ett ändamålsenligt sätt eftersträvar en hållbar verksamhet med hög patientsäkerhet.



FÖRUTSÄTTNING

En god säkerhetskultur

Säkerhetskulturen behöver kännetecknas av

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och skador och ett lika aktivt arbete med att minimera dessa
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt
- en organisation där alla lär av de negativa händelser som inträffat och risken för sådana händelser samt av positiva resultat.

En annan grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Aktivt, långsiktigt och synligt arbete

En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det innebär även att organisationskulturen skapar en öppen dialog om vilka risker, tillstånd och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Säker-



hetskulturen påverkar allt arbete – från högsta ledningen av hälso- och sjukvården till vårdteamens och personalens dagliga arbete. Arbetet med att skapa en god säkerhetskultur behöver prioriteras av högsta ledningen och vara både långsiktigt och synligt.

Förhållningssätt och ansvar

Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och en gemensam uppmärksamhet på risker. Hur alla tar ansvar och agerar, både med kollegor och patienter, och betar sig mot varandra och samarbetar påverkar hur man hanterar risker och lär sig av både positiva och negativa händelser.

Om en patient drabbas av en vårdskada är det viktigt att patienten blir väl omhändertagen. Det är också centralt att den personal som var inblandad i händelsen får stöd. Även organisationen kan behöva stöd efter en allvarlig händelse. Dessa faktorer bidrar till trygghet och en god säkerhetskultur.

Tydlighet och uthållighet

Chefer och ledare i hälso- och sjukvården har ett uttalat ansvar för att säkerhetsrelaterade frågor tas på allvar och aktivt hanteras, men var och en i organisationen bidrar och påverkar säkerhetskulturen – oavsett yrke eller roll. Chefer och ledare behöver dock skapa förutsättningar för att personalen ska kunna arbeta systematiskt för att förhindra vårdskador och för att verksamheten ska hålla en hög kvalitet och säkerhet.

Arbetet för ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur kräver tydlighet och uthållighet bland alla chefer och ledare – från den politiska ledningen till första linjens chefer.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop

Såväl övergripande arbetsmiljöfaktorer (till exempel bemötande och beteenden eller stöd från chefer och i arbetsgruppen) som mer arbetsnära arbetsmiljöfaktorer (till exempel hög arbetsbelastning, otydliga roller eller bristande tid för återhämtning) påverkar möjligheterna att utföra ett säkert arbete. Här kan ett integrerat systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete och samverkan med skyddsombud och arbetstagarrepresentanter ge både förutsägbarhet och trygghet i hälso- och sjukvården. Det kan också bidra till att personalen kan och vågar rapportera de risker och avvikelser som observeras.

En god säkerhetskultur innebär att erfarenheter – både från personal, patienter och närstående – tas tillvara och används som underlag för lärande, utveckling och förbättringar, vilket kan minska risken för att liknande händelser och vårdskador uppstår.

**Prata inte om oss,
prata med oss.**

Citat från patient



FÖRUTSÄTTNING

Adekvat kunskap och kompetens

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Kompetensförsörjning är en av flera samverkande faktorer som påverkar riskerna för vårdskador. En god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens. Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet.

Förändringar ställer nya krav

Yrkeskompetensen säkerställer att personalen behärskar både de arbetsuppgifter och den vård och behandling som de utför. Nya krav ställs på bemanning och kompetens i och med en mer personcentrerad och samordnad vård, den snabba kunskapsutvecklingen och omstruktureringen till mer hemsjukvård och primärvård med personal från olika vårdgivare och en alltmer avancerad vård i patientens hem.

Dessutom kommer nya kompetenser att behövas. Digitaliseringen med ökade möjligheter till virtuella och digitala vårdmöten och behandling via nätet kommer att påverka förutsättningarna för såväl kompetensförsörjningen som patientsäkerhetsarbetet. Att säkerställa introduktionsprogram för nyutexamine-

rade och nyanställda och verka för kontinuerlig fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare främjar både förmågan till anpassningar och kompetensförsörjningen.

Särskild kunskap om patientsäkerhet

Kunskap om patientsäkerhet behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och ledare samt beslutsfattare och politiker. Det är viktigt att fatta beslut utifrån relevant forskning och utifrån kunskapsläget inom området, som omfattar exempelvis beteendevetenskap, psykologi, medicin och omvårdnadsvetenskap, ledarskaps- och organisationsteori, ekonomi och beslutsteori. Kunskapen behövs för att kunna fatta väl avvägda beslut utifrån systemövergripande faktorer, men också för att kunna bedöma risker samt föreslå och vidta åtgärder kring den enskilda patienten.

Med patientsäkerhet i både grundutbildning och fortbildning kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställa medvetna krav på och bidra till en säker arbetsplats för både sig själva och patienterna. En ökad medvetenhet och mer kunskap om riskerna samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Det behövs även kunskap om systemets påverkan för att förstå vad som skapar en säker vård. Med ett systembaserat synsätt finns möjlighet att upptäcka och åtgärda brister i organisationen. Andra viktiga utbildningsbehov är kunskap om interprofessionella arbetssätt, informationssäkerhet och förändringsledning.



Tekniska och icke-tekniska färdigheter

Tekniska färdigheter innefattar praktisk kunskap om exempelvis hur diagnostiska undersökningar, bedömningar av fynd och procedurer ska utföras. Det handlar också om att säkert kunna hantera alltmer digitala lösningar och avancerad medicinteknisk apparatur i det patient-nära arbetet.

Icke-tekniska färdigheter handlar om situationsnärvaro, kommunikation, ledarskap, beslutsfattande, arbete i team och hantering av stress. Det handlar också om bemötande och förmåga att sätta sig in i patientens behov och om problemlösning.

Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behöver tränas och utvecklas kontinuerligt i arbetet för en säkrare vård.

Kompetens är kunskap, förmågor och beteenden

Teamarbete innebär att alla i teamet bidrar med sin specifika kompetens. Även detta är en förutsättning för en hög patientsäkerhet. Teamet utgörs av den personal som finns närmast, men också team högre upp i organisationen påverkar säkerheten. Därför behövs kunskap om effektiv samverkan på alla organisations-

nivåer, respekt för alla oavsett roll och ett öppet samtalsklimat. Det är också värdefullt med kunskap om hur gruppdynamiska processer påverkar beslut.

Det är viktigt att i bemanningsplanering och sammansättning av team ta hänsyn till teammedlemmarnas individuella yrkeskunskap, kompetens och erfarenhet, för att skapa förutsättningar för en bredd av kompetenser och erfarenheter. Bemanningsplanering, schemaläggning och sammansättning av team ställer krav på samverkan över verksamhets- och professionsgränser. Att samverka över professionsgränserna och träna förmågan att jobba i team behöver påbörjas redan under grundutbildningen och sedan fortsätta under hela yrkeslivet.

Arbetsmiljöns betydelse

Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förutsättningar för att kunna utföra ett gott arbete med hög arbetsmotivation och behöver ges möjlighet till reflektion i det dagliga arbetet. Stress, arbetsbelastning och bristande återhämtning är exempel på faktorer som påverkar möjligheten att utföra arbetet på ett säkert sätt. Kunskap om arbetsmiljöns betydelse för patientsäkerheten är med andra ord centralt.



FÖRUTSÄTTNING

Patienten som medskapare

En annan grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet.

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt och kan lita på att vården ges på lika villkor skapar tillit och förtroende, men aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också centrala.

Vården blir således säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det. Det är även viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Patientens unika kunskap om sig själv

Patientens berättelse och hens behov och resurser är avgörande. Relationen mellan patient och personal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Formerna för och graden av patientens delaktighet behöver utgå från patientens behov och önskemål. En patient som inte vill eller kan ta aktiv del i sin vård och behandling ska inte riskera att få en sämre anpassad vård, utan vårdpersonalen måste arbeta för att patientens perspektiv tas tillvara.

Involvera patienten

Den patient som är väl insatt i varför och hur olika moment i undersökning och behandling ska genomföras, bidrar även till att vårdförloppet blir som det är tänkt och till att avvikelser uppmärksammas

och kan åtgärdas. Den välinformerade patienten har också bättre förutsättningar att ta ansvar för sin egen vård.

Att kunna vara delaktig i sin vård kräver kunskap och insikt. Patienten behöver därför få god och anpassad information om bland annat sin vård och behandling och om eventuella risker. Kommunikation och dialog är centralt. Det innebär att alla som arbetar i vården behöver involvera och efterfråga patientens synpunkter, möta patienten med empati och dela med sig av sin kunskap.

Gör patienten delaktig på alla nivåer

Patienten som medskapare innebär att patienten är delaktig på varje nivå i vårdsystemet: i mötet mellan patienten och personalen, samt på regional och nationell nivå. Patienten behöver också göras delaktig vid planering av ny hälso- och sjukvård, i utbildningen av vårdpersonal, i forskningen och i utformning av policys och reglering av hälso- och sjukvård.

Inspektionen för vård och omsorg ska i sin tillsyn höra patienter och deras närstående. Vidare ska vårdgivaren ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvården behöver bättre ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och resurser i patientsäkerhetsarbetet och stärka patienternas ställning. Metoder och stöd behöver utvecklas för att skapa förutsättningar för patienter att vara medskapare i sin egen vård på alla nivåer och aktivt bidra till en säkrare vård.



Drygt

10 000

**patienter drabbas årligen
av fallskador på sjukhus.**

Närmare hälften av dessa skador
bedöms som undvikbara.



KAPITEL 6

Prioriterade fokusområden

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa fokusområden utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärder.





FOKUSOMRÅDE 1

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Detta fokusområde syftar till att

- öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador
- ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå
- förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet.

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Relativt mycket är känt om skadorna inom somatisk sjukhusvård för vuxna, men mindre om skadorna till exempel inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, barnsjukvård, psykiatri, prehospital vård och tandvård. De konsekvenser och det lidande som vårdskador orsakar patienterna är inte heller tillräckligt tydligt.

Kunskapen om patienters erfarenheter från vården är begränsad, och liksom informationen i klagomål och synpunkter utnyttjas dessa källor bara i liten omfattning för utvecklings- och förbättringsarbete. Samtidigt pågår en omvandling av struktur och organisation i hälso- och sjukvården med bland annat nivåstrukturer och centralisering av viss vård och flytt av annan vård från sjukhus till andra vårdformer. Detta kan ge nya möjligheter till god och säker vård, men kan också innebära att nya risker uppstår.

När det blir känt vilken typ av vårdskador som drabbar patienterna, när utvecklingen kan följas över tid och när det går lättare att förstå vad som bidrar till att vårdskadorna uppkommer, blir förutsättningarna bättre för att arbeta förebyggande och med hög patientsäkerhet. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

För att komma vidare behöver arbetet med identifiering, utredning samt mätning av vårdskador utvecklas till att inkludera alla delar av hälso- och sjukvården. Såväl befintliga som nya metoder för identifiering, mätning och uppföljning behöver utvecklas. Forskning kring metoder bidrar till ändamålsenliga arbetssätt.

Hur når vi dit?

Huvudmän som har kunskap om förekomsten av skador och vårdskador når dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

- följer upp och utreder händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, identifierar bakomliggande orsaker och vidtar adekvata åtgärder
- använder sig av adekvata metoder för identifiering och mätning av vårdskador eller risk för sådana händelser och anpassar metoder utifrån verksamhetens förutsättningar
- utbildar i mät- och utredningsmetoder
- efterfrågar och i vården använder patienters och närståendes klagomål och synpunkter
- minimerar negativa följd effekter genom att stödja patienter och personal som varit inblandade i händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada.



Nationella åtgärder i fokusområde 1

För att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete behövs följande:



- Främja nationellt gemensam utveckling av modeller, metoder, kunskapsstöd och utbildning för identifiering, mätning och utredning av skador och vårdskador och bakomliggande orsaker.
- Identifiera behov och verka för utformning av nya metoder för sammanställning, aggregering och visualisering av data kring vårdskador från vården och från andra källor, så att förutsättningarna förbättras för överblick och ändamålsenliga beslutsunderlag.
- Efterfråga, sammanställa och analysera patienters och närståendes upplevelser av vården samt inkomna klagomål och synpunkter, så att faktorer som påverkar patientsäkerheten och innebär risk för vårdskador kan identifieras.
- Efterfråga utveckling och anpassning av it-baserat stöd för att underlätta identifiering av vårdskador och ge översikt över resultaten.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

Folkhälsomyndigheten, Forte, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läke-medelsverket, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, patientnämnderna, Socialstyrelsen, Statens haverikommission, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner m.fl.



FOKUSOMRÅDE 2

Tillförlitliga och säkra system och processer

Detta fokusområde syftar till att

- möta förändringarna i hälso- och sjukvården genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården
- skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård
- stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer.

En systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är nödvändigt för att skapa en god vård och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. En vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen. En annan väsentlig föreskrift är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Hälso- och sjukvården är komplex

Den omfattar många olika processer med såväl kända som okända riskmoment i aktiviteterna. Rätt patient ska få rätt vård, på rätt plats, i rätt tid. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Den snabba utvecklingen ställer höga krav

Det kan till exempel handla om bedömning och diagnostik, samverkan i vårdkedjan, informationsöverföring eller ordination och hantering av läkemedel. Det är centralt att förstå varför och hur organisationer upprätthåller en god och säker vård under varierande betingelser.





Figur 3. Olika säkerhetssystem i hälso- och sjukvården

Den pågående omställningen av vårdens organisation till mer hemsjukvård och primärvård, den snabba kunskapsutvecklingen och den tekniska och digitala utvecklingen innebär att hälso- och sjukvården behöver ompröva etablerade processer och arbetssätt, lokaler och utrustning samt behov av bemanning och kompetens. Nya metoder, arbetssätt och rutiner kommer att införas och inaktuella måste fasas ut.

Det är viktigt att skapa förutsättningar för en sammanhållen vård där kontinuiteten för patienten säkerställs. Ett effektivt samarbete förutsätter strukturer och processer som underlättar handlingskraft och förmåga att lösa problem när de uppstår.

Flera olika säkerhetssystem behöver samverka

Inom hälso- och sjukvården finns flera olika områden där arbetet med säkerhet är centralt, även om de styrs av olika

förutsättningar och krav. Det handlar exempelvis om personalens säkerhet, medicintekniska produkters säkerhet, läkemedelssäkerhet, informationssäkerhet, strålsäkerhet, brandsäkerhet och transportsäkerhet (figur 3). För att skapa en god och säker vård behöver hänsyn tas till verksamhetens alla olika delar.

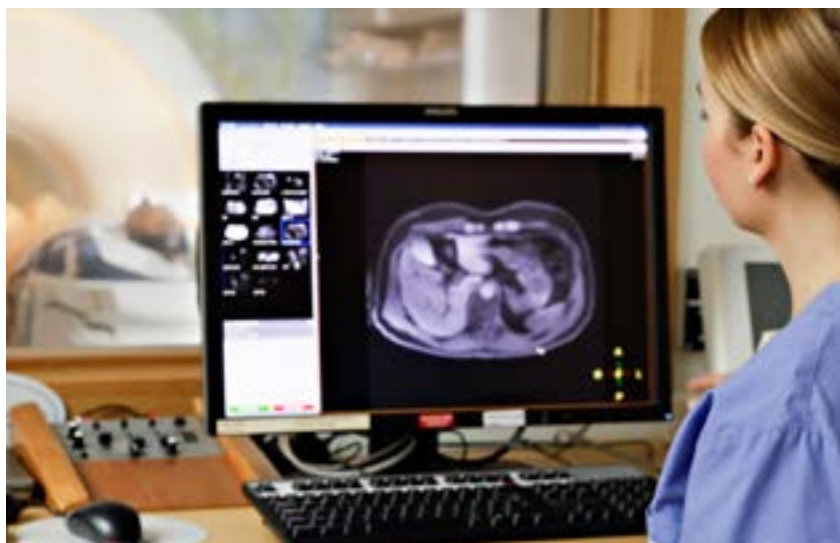
Ändamålsenliga processer och rutiner, dokumentationssystem och utrustning bidrar till patientsäkerheten. Med en samsyn om hur olika processer och arbetsuppgifter kan utföras, mindre oönskad variation i hur arbetet utförs och uppföljning och återkoppling av resultat kan en förutsägbarhet i arbetet och ökad patientsäkerhet skapas.

Personalen behöver ha kunskap, kompetens och förutsättningar att jobba säkert – vad gäller både kunskapsstöd, utrustning och arbetsmiljö.

Hur når vi dit?

Huvudmän som har tillförlitliga och säkra system och processer når dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

- uppfyller kraven om ledningssystem i hälso- och sjukvården och bedriver ett systematiskt kvalitets- och patient-säkerhetsarbete i alla delar av vården



- kontinuerligt utvecklar, anpassar och tillämpar system, processer och rutiner som underlättar att göra rätt och gör det svårt att göra fel
- involverar patienter och närstående i planering och utformning av processer
- verkar för en god tillgänglighet och kontinuitet
- är organiserade för samverkan och en sammanhållen vård
- anpassar och använder erfarenhets- och evidensbaserade metoder och verktyg för att identifiera och hantera situationer som kan hota patientsäkerheten
- inför respektive fasar ut metoder, utrustning och rutiner på ett säkert sätt
- i sin egenkontroll följer tillförlitlighet i processer och system, och följsamhet till regelverk, riktlinjer och rutiner.

Nationella åtgärder i fokusområde 2

För att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete behövs följande:



- Bidra till utveckling av säkra vård- och arbetsprocesser, nationella riktlinjer och vägledningar.
- Medverka i utveckling och implementering av kunskapsstöd och vägledningar, med fokus på säkerhetskritiska processer samt utfasning av inaktuella kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner.
- Stödja insatser för att identifiera, utvärdera, vidareutveckla och sprida kunskap om metoder, verktyg och arbetssätt för säker vård.
- Stödja ett strukturerat införande av behovsbaserat och ändamålsenligt digitalt stöd och välfärdsteknik.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, Socialstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, m.fl.

FOKUSOMRÅDE 3

Säker vård här och nu



Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation, och förutsättningarna för säkerhet kan förändras snabbt. Säker vård här och nu handlar om att ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller störningar kan inträffa, men också kunna hantera och agera här och nu innan patientsäkerheten är hotad.

Vården kräver ständiga anpassningar

Det är centralt att anpassa vården utifrån störningar och risker, så att den även under påfrestning eller ändrade förutsättningar kan vara hållbar och säker. Det behövs hela tiden översikt, anpassningar, förberedelser och lärande för att en verksamhet ska fungera effektivt. Variationer,

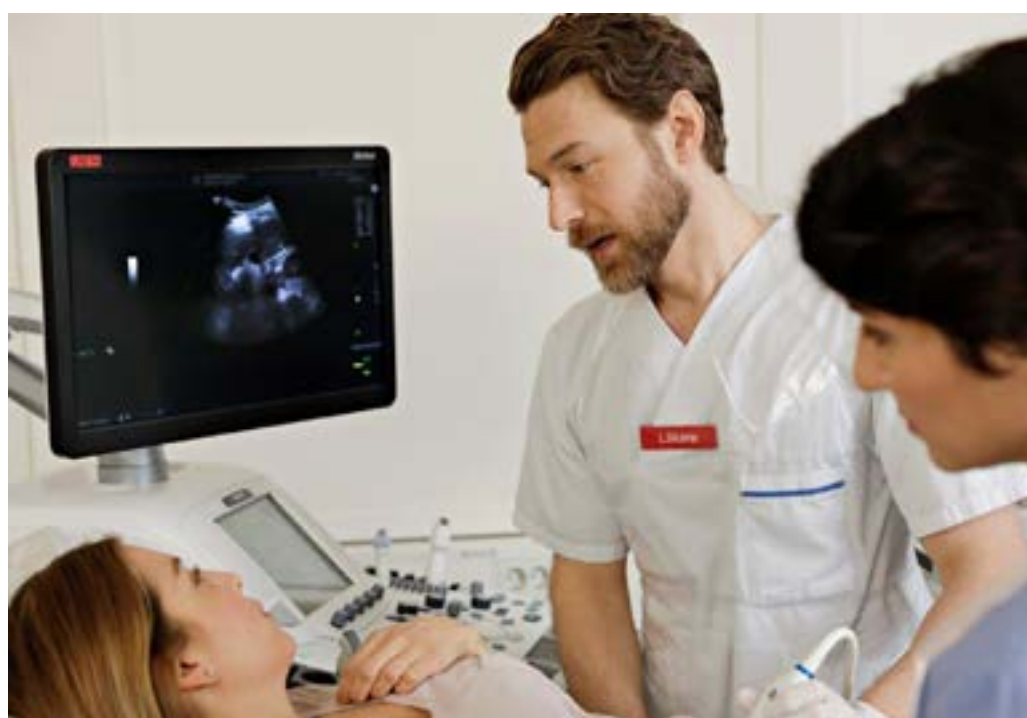
störningar, anpassningar och respons på möjligheter är en nödvändig och normal del av en komplex och dynamisk verklighet. Då är det centralt att förstå varför och hur organisationer upprätthåller en god, säker och hållbar vård under varierande betingelser.

Alla har ansvar att bidra till en säker vård

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till en säker vård, oavsett vilken roll man har i organisationen. Men individer kan inte prestera bättre än vad omgivningen medger. Som chef och ledare är det viktigt att ha en tydlig bild av verksamheten, och förstå den variation som alltid finns och när variationen ger störningar som innebär en risk för patientsäkerheten och vad som krävs för att hantera den. En riskmedvetenhet och

Detta fokusområde syftar till att

- öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid och minska risken för att patienter drabbas av vårdskador
- öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare
- stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet.





förmåga att hantera störningar och risker kräver både yrkeskunskap och kunskap om patientsäkerhet. Det omfattar såväl chefer som medarbetare.

Fortbildning och träning behövs

Systematisk utbildning och träning för nya arbetsuppgifter och ny teknik behövs. Introduktionsprogram för nyutexaminerade och nyanställda främjar både förmågan till anpassningar och kompetensförsörjningen inom organisationen. Det är också viktigt att det finns möjligheter till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling.

Ledarskap som främjar säker vård

Både chefer och medarbetare behöver vara medvetna om de risker som kan uppstå och ha en öppen dialog om tillstånd och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten. Att upprätthålla ett säkert arbetssätt förutsätter

en god säkerhetskultur där var och en i organisationen bidrar och agerar utifrån sin roll. Det förutsätter ett ledarskap som främjar och skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö och en säker vård.

För att skapa överblick över verksamheten och förstå hur säker vården är här och nu samt hantera risker och störningar, behöver metoder och verktyg anpassas och tillämpas utifrån specifika förutsättningar i vårdens olika delar. Det kan till exempel handla om metoder för riskbedömning, realtidsdata, säkerhetsronder, arenor för dialog om säkerhet, samtal och avstämningar i arbetsgrupper och team och mellan chefer och medarbetare.

Patienters delaktighet kan göra vården säkrare

Patienter som förstår syftet med sin behandling – vad som kommer att hända och de möjliga riskerna med behandlingen – kan uppmärksamma vårdper-

sonalen på när något inte stämmer. Det är viktigt med ett arbetssätt där personal och ledning aktivt efterfrågar patienters och närståendes upplevelse av vården, i syfte att identifiera faktorer som skapar en säker vård.

Hur når vi dit?

Huvudmän som har en medvetenhet om hur säker vården är här och nu når dit genom att säkerställa att vårdgivarna;

- har en god säkerhetskultur som genom-syrar alla delar av vården och främjar en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker samt skapar tid för lärande och reflektion
- har en hög riskmedvetenhet, och för-måga att hantera risker och agera på alla organisatoriska nivåer

- följer upp och dagligen säkerställer patientsäkerheten på alla nivåer
- säkerställer yrkeskompetens och kun-skap om patientsäkerhet genom kompe-tensutveckling och fortbildning på alla nivåer
- verkar för en god arbetsmiljö och tillämpar en säker bemanning och schemaläggning som utgår från kun-skap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens och främjar kontinuitet
- skapar möjlighet för patienter och när-stående att aktivt kunna bidra i patient-säkerhetsarbetet.

Nationella åtgärder i fokusområde 3

För att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete behövs följande:



- Vidta åtgärder riktade till alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet för att öka medvetenheten och kunskapen kring patientsäkerhet, exempelvis kommunikations- och informationsinsatser och målgruppsanpassade utbildningsinsatser inom patientsäkerhet.
- Stödja insatser i hela hälso- och sjukvården för att främja intro-duktionsprogram och återkommande träning av tekniska och icke-tekniska färdigheter.
- Stödja insatser för att inventera, utvärdera och vidareutveckla befintliga metoder, verktyg och arbetssätt för en säker vård.
- Verka för ett ökat fokus på patientsäkerhet i hälso- och sjukvårdens grund- och specialistutbildningar.
- Ta del av och undersöka möjligheten till en svensk anpassning av WHO:s Patient Safety Curriculum.
- Genomföra insatser som bidrar till att öka patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet.
- Stimulera och stödja forskning om patientsäkerhet.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

Folkhälsomyndigheten, Forte, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läke-medelsverket, lärosätena, Nationell sam-verkansgrupp för patientsäkerhet, Socialstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Universitetskanslerämbetet m.fl.



FOKUSOMRÅDE 4

Stärka analys, lärande och utveckling

Detta fokusområde syftar till att

- öka systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården
- stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet och därigenom öka förutsättningarna för en säker vård
- ge bättre underlag för forskning så att kunskapen ökar om hur arbetsätt i vården bidrar till säkerhet och risker
- identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem.

Anlays och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Det är också viktigt att förstå vad som bidrar till risker, avvikelser och vårdskador. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att också faktorer på systemnivå analyseras och ger underlag till förbättringsarbete.

Faktorer som påverkar säkerheten behöver synliggöras

Information om faktorer som påverkar säkerheten kan integreras från olika källor för att ge en samlad bild av läget. Då kan man analysera samband, prioritera och agera effektivt. Det kan till exempel handla om riskanalyser, resultat från utredningar av händelser och avvikelser, data om vårdskador och sammanställningar av synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Även resultat från HTA-analyser (health technology assessment) av nya metoder liksom tren-



der och mönster i mätetal och resultat kan bidra med användbar information.

Utvecklade analyser behövs på flera nivåer

Analysen behövs också för att öka förståelsen av hur det praktiska arbetet genomförs och vad som bidrar till säkerhet och goda resultat. Resultat från analyser av bakomliggande orsaker och förutsättningar som påverkat händelseutvecklingen är då viktiga, oavsett om resultaten är positiva eller negativa. Analyserna ger underlag för förebyggande åtgärder som förbättrar möjligheterna att upprätthålla säkerhet och nå önskvärda resultat, och minskar risken för kvalitetsbrister och vårdskador.

Analyserna förutsätter särskild kompetens, organisation och avdelade resurser, och behöver finnas på flera organisatoriska nivåer – från den nationella nivån med ett övergripande systemperspektiv till enskilda verksamheter och enheter. Forskning bidrar till både utveckling av effektiva analysmetoder och ökad förståelse för vilka faktorer i verksamheten som ger viktiga förutsättningar för hög säkerhet.

Återkoppling till organisationen är central för ökat lärande

Analysresultat och slutsatser behöver återkopplas till den nivå i organisationen där de identifierade faktorerna kan förändras. Det är därför viktigt att kommunikationen och informationsöverföring mellan olika delar av organisationen är ändamålsenlig, och att förutsättningar finns för gemensamt och mer effektivt och analysbaserat lärande med långsiktiga effekter.



Hur når vi dit?

Huvudmän som lär och utvecklas når dit bland annat genom att säkerställa att vårdgivarna:

- på olika organisatoriska nivåer har kompetens och resurser för analys
- kontinuerligt använder verktyg och gemensamt utvecklade metoder för att analysera data, trender och mönster
- på alla nivåer använder information från flera olika källor för att analysera och lära av tidigare erfarenheter, såväl positiva som negativa
- återkopplar resultat och följer upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i organisationen
- involverar patienter och närstående i analys, lärande, åtgärder och uppföljning.

Nationella åtgärder i fokusområde 4



För att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete behövs följande:

- Utveckla samverkan kring sammanställning, analys, lärande och återkoppling mellan myndigheter och nationella organisationer vars verksamhet påverkar förutsättningarna för patientsäkerhet.
- Förbättra förutsättningarna för att kunna möjliggöra systemanalyser av aggregerade resultat inom hälso- och sjukvården.
- Verka för att stärka kompetens, organisatoriska förutsättningar och kapacitet för analys nationellt och på andra organisatoriska nivåer.
- Verka för att på nationell nivå genomföra samordnade riskanalyser utifrån ett MTO-perspektiv (människa, teknik och organisation).
- Etablera långsiktig samverkan mellan regioner, kommuner, patientnämnder och berörda myndigheter för analys och återkoppling av synpunkter och klagomål som bidrar till lärande, utveckling och stärkt patientsäkerhet.
- Bidra till att sprida lärdomar om ökad patientsäkerhet genom publikationer, mötesforum och seminarier.
- Utveckla principer och former för att etablera hälsoekonomiska aspekter på patientsäkerhet, så att konsekvenser och kostnader för vårdskador och förebyggande åtgärder tydliggörs inför prioriteringar och beslut.
- Stödja utveckling av it-stöd för datasammanställning, analys, överblick och kunskapsspridning.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Forte, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, Socialstyrelsen, Statens haverikommission, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner m.fl.

FOKUSOMRÅDE 5

Öka riskmedvetenhet och beredskap



Detta fokusområde syftar till att

- uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet där uppdraget klaras med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö även under oväntade förhållanden.

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, hållbarhet och säkerhet. Förändringar kan till exempel vara övergripande strategiska som omställningen till nära vård och digitalisering av vårdtjänster. De kan också handla om förändrad resursfördelning som kräver omprioriteringar i verksamheten eller om förändringar i sjukdomspanoramat, till exempel ökad förekomst av svårbehandlade infektioner som kräver en förändrad vårdprocess.

Långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning

Tillgången till vårdpersonal med adekvat kompetens kan snabbt förändras men är central, och långsiktig kompetensförsörjning är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård. Samverkan ökar förutsättningarna för en god beredskap och framförhållning. Samverkan behöver ske både på nationell nivå och inom olika delar av organisationen och röra förändrade omvärldsfaktorer, identifierade risker och vilka åtgärder som behöver vidtas.



Risken att drabbas
av vårdskada är
**mer än
60% högre**
för en patient som
vårdas på en
utlokaliserad
plats.

Omvärldsbevakning är nödvändig

Morgondagens utmaningar kräver hög beredskap för att identifiera och hantera risker som kanske är okända i dag. Omvärldsbevakning med inventering och systematisk analys av risker på såväl övergripande systemnivå som verksamhetsnära kan minska inslaget av överraskning och ge större handlingsutrymme för anpassning. Beredskaps- och katastrofövningar och analys av scenarier är exempel på aktiviteter som

på flera nivåer i hälso- och sjukvården ökar förutsättningarna för god beredskap och framförhållning.

Verksamhetsnära krävs beredskap för till exempel perioder av ökad arbetsbelastning, bristande kompetensförsörjning tekniska störningar och leveransproblem för läkemedel eller material. Metod- och färdighetsträning, träning av kommunikation och samverkan genom olika former av teamträning och simuleringsövningar kan förbättra förutsättningarna att klara påfrestningar med bibehållen patientsäkerhet.

Ledningen har ansvar för att förutsättningar finns för att uppmärksamma och analysera risker, skapa beredskap och organisera arbetet så att en god arbetsmiljö kan upprätthållas med möjlighet till

omfördelning av arbetsuppgifter och med utrymme för återhämtning.

I en god säkerhetskultur finns en öppen kommunikation om både risker och resultat, både när allt löper på som planerat och när det oväntade inträffar. Patienter och närstående kan ge värdefull information om risker ur ett annat perspektiv.

Hur når vi dit?

Huvudmän som har en riskmedvetenhet och beredskap når dit genom att säkerställa att vårdgivarna:

- har strategier för patientsäkerhet som styr och stödjer det lokala arbetet
- identifierar, kommunicerar och planerar för risker på lång sikt
- stärker sin beredskap genom träning, simulering och kompetensutveckling
- bedriver en aktiv omvärldsbevakning
- analyserar risker och skapar beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranserna av läkemedel och material
- bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete
- beaktar långsiktiga konsekvenser för patientsäkerhet i sina planerings- och prioriteringsbeslut och har en god framförhållning i sin kompetensförsörjning
- skapar möjlighet för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Nationella åtgärder i fokusområde 5

För att möjliggöra och underlätta huvudmännens arbete behövs följande:



- Främja insatser för färdighetsträning och klinisk simulering, till exempel
 - inventera kunskapsläget
 - identifiera behov av nationellt stöd och vägledning.
- Stärka tillgången till och användningen av verktyg, metoder och arbetssätt för att identifiera och hantera risker. Inventera hälso- och sjukvårdens behov av nya och komplementära verktyg för att identifiera risker.
- Medverka i och stödja insatser för att omvärldsbevaka och systematiskt analysera risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv och sprida informationen.
- Bidra till ökad samverkan och samordning mellan lärosäten och huvudmän om kompetensförsörjning.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Universitetskanslersämbetet m.fl.



Uppföljningen

ska återspegla
den utveckling
som behövs för en
säkrare vård.

KAPITEL 7

Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Systematisk uppföljning och analys ska synliggöra läget inom patientsäkerhetsområdet och vara kunskapsunderlag i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Uppföljningen ska bidra till att skapa motivation till att fortsätta utveckla en hög patientsäkerhet i alla delar av hälso- och sjukvården.

Uppföljning bidrar till en säker vård

Den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver utvecklas så att den återspeglar den utveckling som behövs för en säkrare vård. Uppföljningen kommer att utgå från handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden.

Områden med begränsad uppföljning kommer att prioriteras

En stor del av dagens indikatorer och mått belyser aspekter av patientsäkerhet ur vårdgivarens och professionens perspektiv och med fokus på den somatiska slutenvården för vuxna. Uppföljningen behöver i högre grad spegla patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är och även spegla vårdformer som barnsjukvård, primärvård inklusive kommunal hälso- och sjukvård, psykiatrisk vård och tandvård.

Den pågående omställningen av vårdens organisation med förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden samt den digitala och tekniska utvecklingen ställer även krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder för att följa upp hur säker vården är eller om dessa förändringar kan medföra ökade risker för patientsäkerheten.

Ambitionen är även att integrera indikatorer och mått som speglar patientsäkerhet i uppföljningen av nationella riktlinjer och andra nationella kunskapsunderlag.



Uppföljningen delas in i tre områden

- Nationell uppföljning och redovisning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet genom en samlad bild av nuläget och över tid.
 - Årliga lägesrapporteringar
 - Indikatorbaserad uppföljning
 - Fördjupade analyser inom prioriterade områden
- Utveckling av indikatorer, mått och metoder för uppföljning
 - Exempelvis utifrån handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden samt inom områden där det saknas indikatorer eller datakällor
- Uppföljning av genomförandet av den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.
 - Socialstyrelsen kommer följa vilket genomslag handlingsplanen får på nationell, regional och kommunal nivå.



Uppföljning av genomförandet av den nationella handlingsplanen

Socialstyrelsen kommer följa upp den nationella handlingsplanens genomförande. Uppföljningen behöver visa i vilken omfattning huvudmännen utvecklat handlingsplaner eller motsvarande och följa den förflyttning av patientsäkerhetsarbetet som eftersträvas med den nationella handlingsplanen. Vidare kan vårdgivarna (huvudmännen är också vårdgivare) stimuleras till att beskriva förflyttningen av patientsäkerhetsarbetet i den årliga patientsäkerhetsberättelsen (PSB). På sikt kan den nationella uppföljningen baseras på innehållsanalys av

PSB. Metoden för att följa upp handlingsplanens nationella åtgärder fastställs vid genomförandet av respektive åtgärd.

Handlingsplanen verkar i en kontext med det nationella, regionala och kommunala patientsäkerhetsarbetet och andra satsningar som rör patientsäkerhet. Socialstyrelsen anser att en extern aktör behöver följa upp och bedöma effekten av genomförandet av den nationella handlingsplanen och nationella samordningen av patientsäkerhetsarbetet. Vidare anser Socialstyrelsen att det behövs följdforskning av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet.

Uppföljningen behöver omfatta indikatorer och mått som speglar

- påverkbara omständigheter som inverkar på processer och som kan förändras för att göra vården säkrare, till exempel bemanning, kompetens och vårdplatser
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken omfattning det finns en riskmedvetenhet och proaktiv säkerhetsutveckling
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.



Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

Ett antal myndigheter har ansvar för uppföljning av olika delar av patient-säkerheten, liksom vårdgivarna själva. Det är flera nationella aktörer som redovisar uppföljning inom patient-säkerhetsområdet. Det finns olika register och databaser hos myndigheter och nationella organisationer. Det pågår också flera nationella satsningar och initiativ för att utveckla uppföljningen och redovisningen av data för hälso- och sjukvården.

En förutsättning för en behovsbaserad utveckling av uppföljningen, med en strävan att verka för att vårdens administrativa börda inte ökar, är en bred samverkan och dialog mellan relevanta myndigheter, nationella aktörer och huvudmän. Det är också viktigt att

beakta pågående nationella satsningar och initiativ, så att det skapas synergier och inte dubbelarbete.

EXEMPEL PÅ BERÖRDA AKTÖRER

Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner, Universitetskanslersämbetet m.fl.

**Vårdrelaterade
infektioner är den
vanligaste skadan
vid sjukhusvård.**

Infektion i luftvägar, mag- och tarmkanalen
och urinblåsan är vanligast.

KAPITEL 8

Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare
vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten.
Dessa aktörer befinner sig i olika delar av hälso- och sjukvårdsystemet.

Många aktörer bidrar till en säkrare vård

Många aktörer bidrar till en säkrare vård. Hälso- och sjukvårdssystemet är i sig komplext och svårt att överblicka. Olika verksamheter inom hälso- och sjukvården har dessutom olika behov, beroende på förutsättningarna. Ett gemensamt agerande utifrån respektive aktörs uppdrag och ansvar är en förutsättning för att nå ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete.

Handlingsplanen riktar sig till kommuner och regioner för att de ska kunna ta fram egna handlingsplaner. Myndigheter och nationella organisationer är berörda och kommer bidra till genomförandet av de nationella åtgärderna.

Inriktningen är att åtgärderna ska rymmas inom ramen för de berörda myndigheternas befintliga anslag, mot bakgrund av att huvuddelen av handlingsplanens åtgärder ligger i linje med myndigheternas befintliga uppdrag. Men det finns också en rad andra resurser som bidrar till det samlade arbetet. Många aktörer har ansvar och uppdrag i sin verksamhet som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten i hälso- och sjukvården. Det gäller såväl huvudmän som myndigheter, organisationer, lärosäten och enskilda forskare.

Säkerhet skapas i mötet mellan patient och profession

Mötet mellan patienten och den enskilda medarbetaren, där båda bidrar med sin specifika kunskap och kompetens, är centralt för att skapa säkerhet. Inom hälso- och sjukvårdspersonalen finns även befattningar och roller som innebär ett särskilt ansvar för patientsäkerhet, t.ex. verksamhetschefer, MAS och MAR samt chefläkare. Vårdgivarna och

huvudmännen skapar förutsättningar för säkerhetsarbetet i sina verksamheter. Dessutom arbetar professionsföreningarna inom hälso- och sjukvården aktivt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och tar fram metoder och verktyg till stöd för hälso- och sjukvården.

Den nationella politiska nivån

Riksdagen ger ramarna för hälso- och sjukvården genom lagstiftningen på området och beslutar om budget. Regeringen har det övergripande ansvaret för den politiska färdriktningen, beslut om åtaganden, strategier för särskilda insatser och satsningar och beslut om hur offentliga statliga medel ska användas. Inom regeringskansliet har Socialdepartementet det övergripande ansvaret för frågorna som rör patientsäkerhet och hälso- och sjukvård.

Myndigheter har uppdrag som främjar patientsäkerheten

Flera myndigheter ska ge huvudmän och vårdgivare tillräckliga förutsättningar för att främja en hög patientsäkerhet. Myndigheterna styr på olika sätt, till exempel genom föreskrifter och allmänna råd eller tillsyn. Många har kunskapsstödjande uppdrag som syftar till att stödja huvudmännen och vårdgivarna med kunskap, kunskapsutveckling och metodutveckling. Vissa uppdrag finns inskrivna i respektive myndighets instruktion eller det regleringsbrev som regeringen årligen beslutar för varje myndighet. Uppdragen finansieras både i form av förvaltningsanslag och genom medel i särskilda regeringsuppdrag.

I följande avsnitt presenteras ett urval av myndigheter som har uppdrag inom patientsäkerhet eller vars ansvarsområde har koppling till patientsäkerhet på olika sätt.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har i uppdrag att se till att företag och organisationer följer lagar om arbetsmiljö och arbetstider. Målet är att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet och förbättra arbetsmiljön ur ett helhetsperspektiv.

Alla arbetsgivare ska regelbundet undersöka om det finns risker i arbetsmiljön och åtgärda dem. Arbetsmiljön omfattar både den fysiska, psykiska och sociala miljön på en arbetsplats.

Arbetsmiljöverket ansvarar för att ta fram föreskrifter som förtydligar arbetsmiljölagen (1977:1160), där några av de mest grundläggande reglerna handlar om systematiskt arbetsmiljöarbete. Vidare ansvarar myndigheten för att kontrollera att lagstiftningen följs, vilket de i stor utsträckning gör genom att inspektera arbetsplatser. Att ta fram statistik om arbetsmiljö och främja samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare på arbetsmiljöområdet är några andra centrala uppgifter.

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten samordnar regeringens initiativ och de nationella initiativen inom e-hälsa. Myndigheten ska bidra till ett bättre informationsutbyte inom hälsa, vård och omsorg och ansvarar dessutom för register och it-funktioner som vårdgivare och apotek behöver, bland annat för att förskriva och expediera recept.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor och uppdrag att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Folkhälsomyndigheten har också det övergripande nationella ansvaret för befolkningens skydd mot smittsamma

sjukdomar och samordnar smittskyddet på nationell nivå. Här ingår samordning av det nationella arbetet med antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Myndigheten är även nationellt samordnande myndighet för det suicidförebyggande arbetet. Myndigheten följer upp och utvärderar olika metoder och insatser och tar fram kunskapsunderlag och metodstöd samt utgör ett expertstöd.

Många av myndighetens aktiviteter är direkt eller indirekt kopplade till patientsäkerhet. Bland annat ansvarar Folkhälsomyndigheten för att övervaka antibiotikaresistens, antibiotikaanvändning och vårdrelaterade infektioner.

Forte

Forte är ett statligt forskningsråd som finansierar forskning inom tre ansvarsområden: hälsa, arbetsliv och välfärd. Det är således forskning som berör alla människor och som ger oss kunskap att utvecklas, både som individer och som samhälle.

Forskning inom hälsa omfattar dels förekomst av sjukdomar, dels vilka faktorer som påverkar risken för att drabbas. Forskningen berör även insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, rehabilitering och omvårdnad samt hälso- och sjukvårdens processer och system.

Vårdforskning innefattas också i ansvarsområdet hälsa, som syftar till att utveckla vården och omsorgen av patienter, sjuka samt deras närstående. För att förbättra kliniska resultat behövs både en samordnad forskning om vården som sektor och en utvärdering av effektiva metoder för implementering.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillsyn över all hälso- och sjukvård i Sverige (utom hälso- och sjukvården

inom försvarsmakten) genom att inspektera vårdverksamheterna och utreda vissa anmälningar. IVO ansvarar också för tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Resultaten från tillsynen återförs till vårdgivarna och allmänheten, både i enskilda ärenden via beslut och genom att systematisera och analysera iakttagelser på nationell och regional nivå.

IVO tar också tillvara patienternas erfarenheter. För att bidra till utvecklingen av patientsäkerheten och främja ett lärande i vården arbetar IVO dessutom med dialog och vägledning i sitt arbete.

Läkemedelsverket

Patientsäkerhet är ett grundläggande perspektiv i Läkemedelsverkets folk- och djurhälsoansvar. Det inkluderar bland annat

- vetenskaplig granskning av effekt och säkerhet inför läkemedelsgodkännande och uppföljning av effekt och säkerhet vid användning
- tillståndsgivning vid klinisk behandlingsforskning
- behandling med licensläkemedel
- sjukhusundantag för avancerade terapier
- tillsyn av medicintekniska produkter samt de organ som CE-märker.

Myndigheten utövar även tillsyn över öppenvårds- och sjukhusapotek, tillverkare, klinisk behandlingsforskning och läkemedelsföretagens säkerhetssystem.

Läkemedelsbiverkningar till följd av fel i läkemedelshantering, överdosering, missbruk, exponering i arbetet och även biverkningar vid så kallad ”off-label-användning” ska rapporteras till Läkemedelsverket, liksom olyckor och tillbud med medicintekniska produkter.

Nationellt föreskriftsansvar, som kopplar till patientsäkerhet, är receptfrihet för läkemedel, läkemedelsförskrivning i öppenvård (receptföreskrifter), läkemedelsutbytbarhet, begränsningar i läkares,

sjuksköterskors och andra professioners förskrivningsrätt samt dispenser. Läkemedelsverket utreder också substanser inför narkotikaklassning, arbetar mot olaga handel och olaga marknadsföring. Giftinformationscentralen och Läkemedelsupplysningen är andra nationella uppdrag som bidrar till patientsäkerhet genom information och rådgivning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Syftet är att bidra till att förbättra och effektivisera vården, tandvården och omsorgen samt stärka patienternas och brukarnas ställning. Vårdanalys tar fram kunskapsunderlag och rekommendationer om vårdens och omsorgens funktionssätt till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå. Fokus är på områden som är viktiga för patienter, brukare och medborgare inom områden där det finns stor förbättringspotential.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en kunskapsmyndighet vars verksamhet riktar sig mot hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten har fått i uppdrag av regeringen att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Socialstyrelsens patientsäkerhetsarbete är myndighetsövergripande och sker i samverkan med flera olika myndigheter och parter.

Myndigheten tar fram bindande regler i form av föreskrifter samt kunskapsstödande och vägledande produkter som hjälper hälso- och sjukvården att utveckla praxis och arbetssätt. Det kan vara nationella riktlinjer, andra rekommendationer och indikatorer. Dessutom förvaltar och utvecklar Socialstyrelsen flera olika register och är statistikansva-

rig myndighet för vård- och omsorgsområdet. Vidare är det Socialstyrelsen som prövar och utfärdar legitimationer för hälso- och sjukvårdspersonal.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är en myndighet som har i uppdrag att göra oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionstillstånd/-hinder. Myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att huvudmän (dvs. regioner och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen.

Myndigheten ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheten ska systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Statens haverikommission

Statens haverikommission (SHK) har till uppgift att från säkerhetssynpunkt utreda alla typer av allvarliga civila eller militära olyckor och tillbud. En utredning syftar till att ge svar på främst tre frågor:

- Vad hände?
- Varför hände det?
- Vad kan göras för att en liknande händelse inte ska inträffa i framtiden, eller för att minska konsekvenserna om den gör det?

Den olycksutredande verksamheten styrs framför allt av lagen (1990:712) om undersökning av olyckor, och förordningen (1990:717) om undersökning av olyckor.

SHK är oberoende från hälso- och

sjukvårdens aktörer, såväl huvudmän som regelgivare och tillsynsmyndighet.

SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården och kommit fram till att med nuvarande ekonomiska ramar bör en eller två utredningar kunna genomföras per år med början år 2020. Arbetet pågår med att närmare analysera hur urvalet av de händelser som ska utredas ska gå till, samt med att knyta medicinsk expertis till myndigheten.

Förutom resultatet av de enskilda utredningarna och eventuella rekommendationer kan SHK bidra med kunskap och kompetens inom olycksutredningsmetodik.

Strålsäkerhetsmyndigheten

Strålsäkerhetsmyndigheten arbetar pådrivande och förebyggande för strålsäkra undersökningar och behandlingar inom sjukvården och tandvården. Myndigheten tar fram bindande regler i form av föreskrifter. Myndigheten övervakar genom tillsyn och tillståndsprövning att hälso- och sjukvården följer de lagar och föreskrifter som finns om strålsäkerhet. I detta arbete ingår exempelvis att granska riskanalyser. De legala kraven omfattar också att anmäla händelser som har betydelse ur strålskyddssynpunkt, det vill säga sådana som har medfört eller hade kunnat medföra allvarlig oavsiktlig exponering av patienter. I samband med dessa anmälningar granskar myndigheten händelseanalyser.

Universitetskanslersämbetet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) granskar kvaliteten i högre utbildning och lärosätenas system för kvalitetssäkring av högre utbildning och forskning. Vidare följer UKÄ upp och analyserar utvecklingen och trender inom den svenska högskolan samt ansvarar också för all officiell statistik på högskoleområdet. UKÄ utövar även juridisk tillsyn över alla universitet och högskolor. Myndigheten deltar aktivt i det internationella samarbetet om högre utbildning.

Nationella organisationer bidrar till en säkrare vård

Flera organisationer på nationell nivå har uppdrag som rör patientsäkerhet eller arbetar med centrala frågor inom patientsäkerhet.

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för alla kommuner och regioner. Uppgiften är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.

SKR har under många år samordnat det nationella patientsäkerhetsarbetet, på såväl operativ som strategisk nivå och till en början i första hand för regioner. Efter att regionerna har etablerat ett system för kunskapsstyrning, där den nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet ingår, har samordningen av det operativa patientsäkerhetsarbetet tagits över av samverkansgruppen. SKR fortsätter dock att samordna det nationella patientsäkerhetsarbetet inom den kommunala hälso- och sjukvården.

SKR:s patientsäkerhetsarbete övergår mer till en strategisk nivå med fokus på vårdens framtida utmaningar som nära vård, strategisk koncentration av vård och den digitala och tekniska utvecklingen. För att uppnå detta kommer SKR bland annat i samråd med regionerna och kommunerna att utifrån den nationella handlingsplanen samarbeta med Socialstyrelsen med prioritering och genomförande av nationella åtgärder i syfte att underlätta huvudmännens patientsäkerhetsarbete.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) är ett rikstäckande försäkringsbolag som ägs av regionerna. Löf försäkrar de vårdgivare som finansieras av regionerna.

Uppdraget är att utreda och lämna ersättning enligt patientskadlagen (1996:799) till patienter som skadas i vården och arbeta för en ökad patientsäkerhet. Löf arbetar därför skadeförebyggande genom riktade insatser, utbildningar och forskningsstöd. Löf har tillsammans med yrkesorganisationer startat flera patientsäkerhetsprojekt som är riktade mot hälso- och sjukvården.

Patientnämnderna

Patientnämnder finns i varje region och vissa kommuner. De har till uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Nämndernas huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och se till att de blir besvarade. De ska även hjälpa patienter att få den information de kan behöva för att kunna ta tillvara sina intressen. Om patienten är ett barn ska patientnämnden särskilt beakta barnets bästa.

Patientnämnderna återkopplar också till vården om iakttagelser och avvikelser som har betydelse för patienterna. Syftet med detta är att vården ska få kännedom om eventuella förbättringar som behöver göras. Genom att årligen analysera de klagomål och synpunkter som har kommit in, uppmärksammar nämnderna regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av hälso- och sjukvården. Patientnämnden är däremot inget övervakande organ och har heller inga disciplinära befogenheter.

Almega Vårdföretagarna

Almega Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för privata vårdgivare. Målet är att medlemmarna ska ge en högkvalitativ, säker och effektiv vård och omsorg. Organisationen deltar bland annat i nationella samver-

kansgrupper och driver frågor om transparens, nationella kvalitetsindikatorer och redovisning av dessa för profession, patienter och närstående.

Professionsföreningar inom hälso- och sjukvården

Professionsföreningarna inom hälso- och sjukvården arbetar aktivt med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, genomför utbildningsinsatser och tar fram metoder och verktyg till stöd för hälso- och sjukvården.

Ett exempel är skriften *Säker vård – en kärnkompetens för säker vård* som togs fram av Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund. Skriften beskriver vilka kunskaper som medarbetarna behöver för att kunna ge en säker vård, och vad som karaktäriserar en organisation där patientsäkerheten sätter prägel på hela verksamheten.

Socialstyrelsens bedömningar kring övergripande ansvar och roller

AKTÖR	Socialstyrelsens bedömning och övergripande beskrivning av ansvar för genomförandet av den nationella handlingsplanen
Riksdag och regering	• Riksdagen ger ramarna för hälso- och sjukvården genom lagstiftningen på området och beslutar om budget. • Regeringen har det övergripande ansvaret för den politiska färdriktningen, beslutar om åtaganden, strategier för särskilda insatser och satsningar och beslutar om hur offentliga statliga medel ska användas. • Inom regeringskansliet har Socialdepartementet det övergripande ansvaret för frågorna som rör patientsäkerhet och hälso- och sjukvård.
Socialstyrelsen	• Stödja patientsäkerhetsarbetet i landet. • Ta initiativ till samverkan i råd för patientsäkerhet. • Inom ramen för myndighetens uppdrag medverka till genomförandet av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. • Bidra till och skapa forum för dialog och spridning av kunskap på nationell, regional och kommunal nivå. • I syfte att öka medvetenheten och kunskapen inom området, förvalta, utveckla och tillgängliggöra webbplatsen "Samlat stöd i patientsäkerhet" samt verka för att utbildningssatsningar i patientsäkerhet kommer till stånd. • Genom lägesrapporter, fördjupande analyser och uppföljning av handlingsplanens genomförande följa den nationella utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. • Medverka i och stödja det internationella patientsäkerhetsarbetet.
Berörda myndigheter	• Inom ramen för respektive myndighets uppdrag medverka till genomförandet av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. • Samverka i rådet för patientsäkerhet. • Samverka och samarbeta i relevanta uppdrag som har bäring på patientsäkerheten. • Bidra till utveckling och uppföljning inom ramen för respektive myndighets uppdrag.

AKTÖR	Socialstyrelsens bedömning och övergripande beskrivning av ansvar för genomförandet av den nationella handlingsplanen
Berörda nationella organisationer	• Bidra till och stödja implementeringen av den nationella handlingsplanen. • Inom ramen för respektive organisations uppdrag medverka till genomförandet av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. • Samverka och samarbeta med myndigheter och andra berörda aktörer kring patientsäkerhetsfrågor. • Bidra till ökad medvetenhet och lärande om patientsäkerhet och medverka i att sprida lärdomar av förbättringsarbeten. • Bidra till utveckling och uppföljning inom ramen för respektive organisations uppdrag.
Regioner och kommuner	• Utifrån den nationella handlingsplanen ska regioner och kommuner kunna ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.
Nationell samverkansgrupp – patientsäkerhet	• Bidra till och stödja implementeringen av den nationella handlingsplanen. • Samverka och samarbeta med myndigheter och andra berörda aktörer kring patientsäkerhetsfrågor. • Inom ramen för NSGs uppdrag medverka till genomförandet av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, exempelvis genom att: - bilda nationella arbetsgrupper inom prioriterade områden - leda och samordna regionernas patientsäkerhetsarbete - bidra till utveckling och uppföljning
Professionsföreningar och fackförbund	• Samverka med myndigheter och andra berörda aktörer kring patientsäkerhetsfrågor. • Stödja implementeringen av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. • Bidra till ökad medvetenhet och lärande om patientsäkerhet. • Bidra till utveckling och uppföljning inom ramen för respektive organisations uppdrag.
Patient-, närstående- och brukarorganisationer	• Bidra i myndigheters och berörda aktörers arbete för ökad patientsäkerhet så att patient-, närstående- och brukarperspektivet synliggörs på individ-, process- och systemnivå. • Bidra till utveckling och uppföljning ur ett patient- och närståendeperspektiv

Denna förteckning ska inte ses som en utförlig lista och den kommer vid behov att uppdateras.

Ordlista

Definitioner, termer och ordförklaringar är hämtade från berörd lagstiftning, Socialstyrelsens termbank, socialstyrelsen.se/termbank samt från webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet*, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Termbanken innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg som har analyserats enligt terminologilärans metoder och principer och förankrats internt på Socialstyrelsen samt i remiss till kommuner, regioner, privata vårdgivare, myndigheter och andra organisationer.

Ordförklaringarna är framtagna av sakkunniga i patientsäkerhet och terminologer på Socialstyrelsen i samarbete med nationella experter inom området.

Avvikelse, term: händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat

Diagnostiskt fel, ordförklaring: Brist i den diagnostiska processen som leder till att diagnos inte ställs, inte blir korrekt eller inte ställs i tid för att vidta adekvata åtgärder.

Förebyggande åtgärd, term: (inom vård och omsorg) åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

Icke undvikbar skada på patient, term: skada på patient som inträffar trots att adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Ledningssystem, definition enligt Socialstyrelsens ledningssystem föreskrift (SOSFS 2011:9): system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

Läkemedelshantering, term: ordination, rekvisition, förvaring, expediering, iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel.

Närstående, term: person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

Patientsäkerhet, definition enligt patientsäkerhetslagen, PSL: skydd mot vårdskada (1 kap. 6 § PSL).

Patientsäkerhetsarbete, term: del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till skydd mot vårdskada.

Patientsäkerhetskultur, ordförklaring: Hur patientsäkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Patientsäkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och gruppers värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa skydd mot vårdskada.

Risikanalys, term: systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

Riskområde, term: område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras, eller där ytterligare skada kan ske.

Skada på patient, term: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar en patient.

Systemsäkerhet i hälso- och sjukvård, ordförklaring: Egenskap i hälso- och sjukvården som innebär att risken för skada på person, egendom eller miljö elimineras eller begränsas till en acceptabel nivå.

Säkerhet, ordförklaring: I patientsäkerhetsarbetet måste man arbeta utifrån två perspektiv. Det gäller både att undvika att det blir fel och att säkerställa att det blir rätt. Det första perspektivet brukar på engelska benämnas safety-I och det andra safety-II. Det första perspektivet bygger på synsättet att bakomliggande orsaker till negativa händelser kan identifieras och åtgärdas så att det blir färre fel. Det andra perspektivet bygger på synsättet att variationer i vardagligt arbete medför att det ibland blir rätt, ibland fel. Arbetet syftar till att förstå och hantera variationerna så att mer blir rätt. Att skriva safety-I respektive safety-II kan leda tanken till att det skulle finnas två olika säkerhetsbegrepp. Det är alltså bättre att man talar om säkerhet ur två olika perspektiv än att översätta de engelska uttrycken till svenska.

Säkerhetskultur i hälso- och sjukvården, ordförklaring:

Säkerhetskultur i hälso- och sjukvården är hur säkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Säkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och grupperas värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa säkerhet.

Utlökaliserad patient, term: inskriven patient som vårdas på annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Vårdrelaterad infektion, term: infektion som uppkommer hos person under slutet vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning.

Vårdskada, definition enligt PSL: 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 (1 kap. 5 § PSL).

Överbeläggning, term: händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

Källor

Källorna nedan ska inte ses som en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid framtagningen av handlingsplanen. För ytterligare information hänvisas till; Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Socialstyrelsens rapport i regeringsuppdrag S2018/04111/FS.

Lagar och andra författningar

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Lagen (1990:712) om undersökning av olyckor, och förordningen (1990:717) om undersökning om olyckor.

Patientlagen (2014:821).

Patientskadlagen (1996:799).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Tandvårdslagen (1985:125).

Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

Myndigheter

Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, rapportering av regeringsuppdrag 2018/04111/FS. Socialstyrelsen; 2020.

Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Vårdanalys; 2018.

Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Vårdanalys; 2018.

IVO:s bidrag till omställningen i vården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2019.

Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen; 2018.

Internationell utblick – handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet, kartläggning. Socialstyrelsen; 2020.

Med örat mot marken. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2019.

Samlat stöd för patientsäkerhet – Säkerhetskultur. Hämtad 2019-12-17 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se>.

Partnerskap för kunskapsstyrning. Hämtad 2019-12-16 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/partnerskap-for-kunskapsstyrning/>.

Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? RiR 2015:12. Riksrevisionen; 2015.

Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.

Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.

Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. Vårdanalys; 2019.

Nationella organisationer

Hälsö- och sjukvårdsrapporten 2019 – Öppna jämförelser. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.

Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, Hämtad 2019-12-16 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellasamverkansgrupper.15249.html>.

Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 – december 2018, nationell nivå. Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.

Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.

Patientsäkerhet, landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Hämtad 2019-12-16 från: <https://lof.se/patient-sakerhet/vart-patient-sakerhetsarbete/>.

Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkarsällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges arbetsterapeuter, Dietisternas riksförbund, Sveriges tandläkarförbund; 2016.

Internationella organisationer

OECD (2019), Health at a glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

WHO. Global Action on Patient Safety. Hämtad 2019-12-16 från: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

WHO. Extracts from document EB144/2019/REC/1 for consideration by the Seventy-second World Health Assembly. Hämtad 2019-12-16 från: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/B144_REC1_EXT-RES-DEC-en.pdf.

Övriga

Chatburn E, Macrae C, Carthey J, Vincent C. Measurement and monitoring of safety: impact and challenges of putting a conceptual framework into practice. BMJ Quality Safety; mars 2018.

Kecklund G., Inre M., Åkerstedt T., Stockholms universitet, (2010), Stressforskningsrapport nr 322. Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning.

Safer Healthcare – Strategies for the Real World. Vincent C, Amalberti R. Springer International Publishing; 2016.

Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>. Hämtad 2019-12-16 från: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en

Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety Measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. BMJ Quality Safety; april 2014.

Waterson P ed. Patient Safety Culture – Theory, Methods and Application. CRC Press: 2014.

Ödegård S. (red.). Säker vård. Nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber AB; 2019.

Agera för säker vård

Anteckningar

Till dig som arbetar med hälso- och sjukvård

Varje år drabbas uppskattningsvis 100 000 patienter av vårdskador. Det är alldeles för många. För att stärka och samordna arbetet med patientsäkerhet har Socialstyrelsen tagit fram en nationell handlingsplan som vänder sig till kommuner och regioner. Myndigheter och nationella organisationer m. fl. är också berörda. Arbetet har genomförts i bred samverkan med berörda aktörer och det gemensamma målet är tydligt – ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Agera för säker vård

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 (artnr 2020-1-6564) kan beställas från Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Publikationen kan även laddas ner från www.socialstyrelsen.se