

Patientnämnden

Tid: 2021-04-22, kl 12:30 – OBS tiden.

Plats: Digitalt sammanträde

- 1 Öppnande och upprop
- 2 Val av protokollsjusterare
- 3 Fastställande av dagordning

Informationsärenden

- | | | |
|---|---|---------|
| 4 | Föregående protokoll | 3 - 18 |
| 5 | Redovisning av avslutade ärenden under period | 19 - 30 |
| 6 | Anmälningsärenden delegationsbeslut | 31 - 39 |

Redovisning av genomförda aktiviteter

- | | | |
|---|---------------------------------------|----|
| 7 | Redovisning av genomförda aktiviteter | 40 |
|---|---------------------------------------|----|

Rapporter

- | | | |
|----|---|---------|
| 8 | Folktandvården – information till patienten gällande behandling, garanti och kostnadsförslag | 41 - 44 |
| 9 | Patienten får vara sin egen vårdsamordnare i kontakt med Reumatologen i Region Jönköpings län | 45 - 47 |
| 10 | Långtidssymtom efter covid-19 - patienter som inte har sjukhusvårdats | 48 - 51 |
| 11 | Bristfälliga journalanteckningar kan få konsekvenser för patienten | 52 - 56 |

Beslutsärenden

- | | | |
|----|--|---------|
| 12 | Gemensam/nationell kommunikationsplan 2021-46A | 57 - 60 |
|----|--|---------|

Övrigt

- | | | |
|----|-------------------------------------|-----------|
| 13 | "Agera för säker vård" | 61 - 133 |
| 14 | Presentation av sektion chefsläkare | 134 |
| 15 | Granskning av klagomålshantering | 135 - 160 |

Patientnämnden

Tid: 2021-04-22, kl 12:30 – OBS tiden.

16 Årsrapporten - vad jobbar vi vidare med? 161

17 Övrigt

Kallade*Ordinarie ledamöter*

Kjell Ekelund (S), ordförande

Bertil Nilsson (M), vice ordf

Eva Lundemo (C)

Ragnwald Ahlnér (KD)

Kerstin Klasson (MP)

För kännedom*Ersättare*

Mats Antonsson (KD)

Mihahi Banica (MP)

Boel Lago (C)

Carl-Johan Lundberg (M)

Henrik Dinkel (V)

Tjänstemän

Anna Stålkranz, handläggare

Sara Sjöberg, handläggare

Lena Strand, nämndsekreterare

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00-14.40

Plats: Digitalt sammanträde

Innehållsförteckning

	Diariernr	Sida
§ 1		3
§ 2		4
§ 3		5
§ 4		6
§ 5		7
§ 6		8
§ 7	2020/2814	9
§ 8		10 - 11
		Ny kollega i patientnämnden
		Covid-19-rapport, del av nationell rapport till IVO
		Avsnitt i patientsäkerhetsberättelse
		Avsnitt i barnbokslut
		Referensgrupp patientsäkerhet 15 december
		Dialogmöte FS 10 december - arbetsformer
		AT-läkarna Ryhov 24 november
		Digitalt möte med MAS 4 december
		Dialogmöte med sektion chefläkare och patientsäkerhet 25 januari
§ 9	2021/206	12
§ 10		13
§ 11		14
§ 12		15
§ 13		16

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00-14.40

Plats: Digitalt sammanträde

Närvarande

Beslutande Kjell Ekelund (S), ordförande
Bertil Nilsson (M), vice ordförande
Eva Lundemo (C)
Ragnwald Ahlnér (KD)
Kerstin Klasson (MP)

Ersättare Mats Antonsson (KD)
Carl-Johan Lundberg (M)
Henrik Dinkel (V)

Övriga Anna Strålkranz, handläggare
Sara Sjöberg, handläggare
Lena Strand, nämndsekreterare

Justering

Sekreterare

Lena Strand

Ordförande

Kjell Ekelund

Justerare

Bertil Nilsson

Protokollet är justerat 2020- - och justeringen är tillkännagiven på Region Jönköpings läns anslagstavla samma dag.

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 1

Öppnande och upprop

Ordförande förklarar mötet öppnat och upprop sker.

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 2

Val av protokollsjusterare

För att tillsammans med ordföranden justera protokollet väljs Bertil Nilsson (M).

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 3

Fastställande av dagordning

Dagordning fastställs enligt utskick med följande tillägg under Övrigt:
Patientsäkerhet för personer med funktionsnedsättning som har behov av ledsagare samt Protokoll.

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 4

Föregående protokoll

Föregående protokoll godkänns och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 5

Redovisning av avslutade ärenden under perioden

Beslut

Patientnämnden

- Godkänner redovisning av avslutade ärenden och lägger dem till handlingarna.

Sammanfattning

Patientnämnden tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2020-11-23-2021-01-31 har 171 ärenden avslutats.

Beslutsunderlag

Rapport

Presentation

Sammanställning av periodens avslutade ärenden

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 6

Anmälningssärenden delegationsbeslut

Beslut

Patientnämnden

- Godkänner redovisningen och lägger den till handlingarna.

Sammanfattning

Under perioden har sju förordnande och två entledigande av stödperson skett.

Beslutsunderlag

Delegationsbeslut

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 7

Inkommen skrivelse Synpunkter skyddad identitet

Diarienummer: RJL 2020/2814

Beslut

Patientnämnden

- Noterar Länstrafiken svar på skrivelsen.

Sammanfattning

Till patientnämnden har inkommit ärenden från personer med skyddad identitet där man undrar hur Region Jönköpings län kan förbättra och säkerställa att medarbetare på beställningscentralen har kännedom om vad det innebär när en person har skyddad identitet.

Länstrafiken har skrivit svar som också delgivits nämnd för trafik, infrastruktur och miljö.

Beslutsunderlag

- Inkomna synpunkter från personer med skyddad identitet
- Svar på skrivelse från Länstrafiken
- Protokollsutdrag presidium TIM 2021-02-12
- Protokollsutdrag nämnd TIM 2021-02-21

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 8

Redovisning av genomförda aktiviteter

- Rekrytering av stödpersoner
2-3 nya stödpersoner kommer att rekryteras.
- Ny handläggare i patientnämnden
Rekrytering av ny handläggare i patientnämnden har genomförts. Av 53 sökande har 4 intervjuas och en person har erbjudits tjänsten med tillträde 10 maj.
- Covid-19-rapport, del av nationell rapport till IVO
Patientnämndens handläggare har skrivit Region Jönköpings län del av en nationell Covid-19-rapport som skickats till IVO för sammanställning. När den är sammanställd lämnas den till patientnämnden.
- Avsnitt i patientsäkerhetsberättelsen
Årligen skrivs patientsäkerhetsberättelse som en del av årsredovisningen och patientnämndens handläggare har skrivit sin del.
- Avsnitt i barnbokslut
Som bilaga till årsredovisningen finns barnbokslut. Patientnämndens handläggare har skrivit i denna del.
- Referensgrupp patientsäkerhet 15 december
Patientnämndens handläggare informerar om ett digitalt möte med referensgruppen.
- Dialogmöte med FS presidium 10 december – arbetsformer
Patientnämnden beslutar att patientnämnden får ta del av mötesanteckningarna från dialogmötet den 10 december mellan patientnämndens presidium och nämnd FS presidium.
- AT-läkarna Ryhov 24 november
Patientnämndens handläggare kommer att träffa AT-läkarna 4 gånger/år för att ge en kort information om patientnämndens arbete.
- Digitalt möte med MAS 4 december
Patientnämndens handläggare informerar om dialogmöte med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor – MAS – där de informerade om patientnämndens uppdrag.
- Dialogmöte med sektion chefsläkare och patientsäkerhet 25 januari
Patientnämndens handläggare informerar om att de och chefläkarna

Patientnämnden §§ 1-13**Tid:** 2021-02-22 kl. 13:00**Plats:** Digitalt sammanträde

är överens om nytt arbetssätt med att uppmärksamma patientsäkerhetsrisker i ett tidigare skede.

Beslutets antal sidor

2

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 9

Granskning av klagomålshantering

Diarienummer: RJL 2021/206

Beslut

Patientnämnden

- Ger handläggarna i uppdrag att besvara granskningen och svara på de punkter som revisorerna har tagit upp .

Sammanfattning

Patientnämnden har tillsammans med nämnden för folkhälsa sjukvård har fått i uppdrag att yttra sig som följd av den granskning som regionrevisionen genomfört av klagomålshantering.

Beslutsunderlag

- Regionrevisionens skrivelse avseende Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län
- Revisionsrapport från pwc: Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 10

Årsrapport 2020

Beslut

Patientnämnden

- Godkänner förelagd årsrapport för 2020 med någon mindre justering.

Sammanfattning

Patientnämnden roll är att hantera klagomål och synpunkter av olika slag, och det finns viktiga erfarenheter och lärdomar att hämta i patienternas och de närståendes berättelser. Många av de som kontaktar patientnämnden uttrycker att de vill bidra till förbättring av vården för att ingen annan ska behöva uppleva det de själva varit med om. Dessa erfarenheter och lärdomar är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Under året inkom 879 ärende till patientnämnden, vilket är en minskning med 72 ärenden mot föregående år. Fortfarande är det via telefon som patientnämnden kontaktas i de flesta ärendena men användandet av 1177 Vårdguidens e-tjänst ökar. De flesta klagomålen rör kommunikation samt vård och behandling.

Beslutsunderlag

Årsrapport 2020

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 11

Ögonrapport 2020

Beslut

Patientnämnden

- Godkänner förelagd rapport vårdval ögon och överlämnar den till presidium för nämnd folkhälsa och sjukvård samt regionfullmäktige.

Sammanfattning

2014 infördes vårdval ögon i Region Jönköpings län. Detta för att öka tillgängligheten och minska vårdköerna inom ögonsjukvården. Inom vårdval ögon finns idag 3 offentliga verksamheter, d.v.s. de drivs inom Region Jönköpings läns regi och 5 privata ögonmottagningar som har avtal med Region Jönköpings län.

Syftet med rapporten är att uppmärksamma nämnden på inkomna synpunkter och klagomål gällande vårdval ögon i Region Jönköpings län under året 2020. Detta för att erfarenheterna ska tas tillvara och bidra till vårdens utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

Målet med rapporten är att granska dessa inkomna ärenden för att se mönster och avvikelser utifrån patientens synpunkter och erfarenheter i kontakt med vården.

Beslutsunderlag

Ögonrapport

Patientnämndens presidium 2021-02-12

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 12

Kurser och konferenser

Patientnämndens handläggare har deltagit i en digital barnkonferens.

Den 25 mars kommer presidium från Region Jönköpings län, Region Kalmar samt Region Östergötland ha en gemensam digital konferens.

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 13

Övrigt

Henrik Dinkel, V, tar upp problematik under pandemin för patienter med funktionsnedsättning som har behov av ledsagare, där ledsagare inte får närvara vid läkarbesök pga utrymmesbrist. Då inte det inkommit synpunkter kan handläggarna inte agera utifrån detta.

Ragnwald Ahlnér, KD, framför önskemål om att patientnämnden ges möjlighet att läsa presidieprotokollen, vilket beviljas.

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 25

Redovisning av avslutade ärenden under period

Presidiet tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2021-02-01--03-28 har 168 ärenden avslutats.

Förslag till beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Ge handläggarna i uppdrag att skriva en rapport där man analyserar verksamheternas svar.

Beslutsunderlag

Rapport

Sammanställning av periodens avslutade ärenden

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Diariennr	Huvudproblem	Avsl. datum
2021-230P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-25
2021-227P	3 Kommunikation	2021-03-24
2021-223P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-24
2021-221P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-23
2021-220P	1 Vård och behandling	2021-03-23
2021-219P	8 Administrativ hantering	2021-03-23
2021-216P	3 Kommunikation	2021-03-18
2021-211P	3 Kommunikation	2021-03-18
2021-209P	3 Kommunikation	2021-03-18
2021-208P	3 Kommunikation	2021-03-18
2021-205P	1 Vård och behandling	2021-03-17
2021-204P	1 Vård och behandling	2021-03-16
2021-203P	1 Vård och behandling	2021-03-23
2021-202P	3 Kommunikation	2021-03-15
2021-201P	3 Kommunikation	2021-03-23
2021-199P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-24
2021-198P	1 Vård och behandling	2021-03-19
2021-194P	1 Vård och behandling	2021-03-22
2021-191P	2 Resultat	2021-03-22
2021-190P	3 Kommunikation	2021-03-11
2021-188P	6 Tillgänglighet	2021-03-11
2021-186P	1 Vård och behandling	2021-03-10
2021-185P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-10
2021-183P	1 Vård och behandling	2021-03-10
2021-181P	3 Kommunikation	2021-03-12
2021-179P	1 Vård och behandling	2021-03-09
2021-178P	1 Vård och behandling	2021-03-09
2021-177P	3 Kommunikation	2021-03-09
2021-176P	3 Kommunikation	2021-03-26
2021-175P	6 Tillgänglighet	2021-03-08
2021-171P	3 Kommunikation	2021-03-05
2021-170P	3 Kommunikation	2021-03-04
2021-169P	3 Kommunikation	2021-03-04
2021-168P	3 Kommunikation	2021-03-03
2021-166P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-03
2021-164P	2 Resultat	2021-03-03
2021-161P	1 Vård och behandling	2021-03-16
2021-160P	1 Vård och behandling	2021-03-03
2021-159P	1 Vård och behandling	2021-03-22
2021-152P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-23
2021-151P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-25
2021-150P	3 Kommunikation	2021-02-25
2021-149P	3 Kommunikation	2021-02-25
2021-148P	1 Vård och behandling	2021-03-05
2021-147P	6 Tillgänglighet	2021-03-19
2021-146P	3 Kommunikation	2021-03-17
2021-144P	5 Ekonomi	2021-02-24
2021-143P	2 Resultat	2021-02-24
2021-142P	3 Kommunikation	2021-02-24

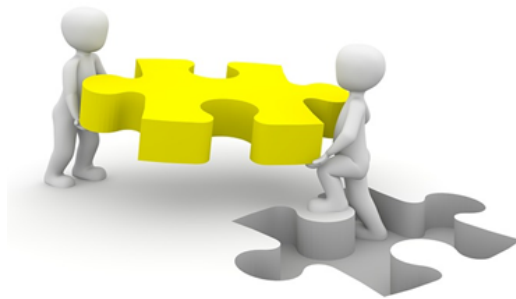
2021-141P	1 Vård och behandling	2021-02-24
2021-140P	5 Ekonomi	2021-02-25
2021-139P	1 Vård och behandling	2021-02-24
2021-138P	6 Tillgänglighet	2021-02-24
2021-137P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-25
2021-136P	3 Kommunikation	2021-03-03
2021-133P	1 Vård och behandling	2021-03-18
2021-132P	3 Kommunikation	2021-03-16
2021-131P	1 Vård och behandling	2021-03-12
2021-130P	3 Kommunikation	2021-03-16
2021-129P	1 Vård och behandling	2021-03-19
2021-128P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-15
2021-127P	3 Kommunikation	2021-02-22
2021-126P	1 Vård och behandling	2021-03-24
2021-125P	1 Vård och behandling	2021-03-04
2021-123P	3 Kommunikation	2021-03-08
2021-122P	5 Ekonomi	2021-02-25
2021-121P	3 Kommunikation	2021-02-25
2021-118P	2 Resultat	2021-03-01
2021-117P	1 Vård och behandling	2021-03-01
2021-116P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-12
2021-115P	6 Tillgänglighet	2021-02-18
2021-114P	1 Vård och behandling	2021-03-12
2021-113P	3 Kommunikation	2021-03-12
2021-112P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-12
2021-111P	3 Kommunikation	2021-03-11
2021-110P	6 Tillgänglighet	2021-02-16
2021-109P	5 Ekonomi	2021-03-01
2021-108P	6 Tillgänglighet	2021-02-26
2021-107P	2 Resultat	2021-02-15
2021-106P	6 Tillgänglighet	2021-03-10
2021-105P	1 Vård och behandling	2021-03-17
2021-104P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-24
2021-102P	3 Kommunikation	2021-03-09
2021-101P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-09
2021-100P	3 Kommunikation	2021-03-02
2021-99P	1 Vård och behandling	2021-03-11
2021-98P	3 Kommunikation	2021-02-10
2021-97P	6 Tillgänglighet	2021-03-17
2021-96P	5 Ekonomi	2021-03-04
2021-95P	3 Kommunikation	2021-02-28
2021-94P	1 Vård och behandling	2021-02-11
2021-93P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-10
2021-92P	3 Kommunikation	2021-02-10
2021-90P	6 Tillgänglighet	2021-03-09
2021-89P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-26
2021-88P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-22
2021-87P	3 Kommunikation	2021-03-09
2021-86P	6 Tillgänglighet	2021-02-28
2021-85P	3 Kommunikation	2021-03-02

2021-84P	6 Tillgänglighet	2021-02-26
2021-83P	1 Vård och behandling	2021-02-26
2021-82P	1 Vård och behandling	2021-03-16
2021-79P	1 Vård och behandling	2021-02-26
2021-78P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-24
2021-77P	1 Vård och behandling	2021-03-12
2021-76P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-08
2021-75P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-04
2021-74P	3 Kommunikation	2021-02-03
2021-73P	1 Vård och behandling	2021-02-03
2021-72P	1 Vård och behandling	2021-02-25
2021-71P	1 Vård och behandling	2021-02-15
2021-70P	1 Vård och behandling	2021-03-25
2021-69P	1 Vård och behandling	2021-02-23
2021-67P	2 Resultat	2021-03-08
2021-66P	1 Vård och behandling	2021-03-26
2021-65P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-02
2021-64P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-15
2021-63P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-15
2021-61P	6 Tillgänglighet	2021-02-01
2021-60P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-16
2021-59P	1 Vård och behandling	2021-02-04
2021-58P	1 Vård och behandling	2021-03-10
2021-57P	3 Kommunikation	2021-02-18
2021-54P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-03
2021-47P	1 Vård och behandling	2021-02-22
2021-45P	3 Kommunikation	2021-02-18
2021-43P	1 Vård och behandling	2021-02-18
2021-42P	1 Vård och behandling	2021-02-12
2021-41P	2 Resultat	2021-02-04
2021-40P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-16
2021-36P	1 Vård och behandling	2021-02-24
2021-35P	1 Vård och behandling	2021-03-03
2021-32P	1 Vård och behandling	2021-02-28
2021-31P	1 Vård och behandling	2021-02-28
2021-30P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-26
2021-29P	1 Vård och behandling	2021-03-04
2021-28P	9 Övrigt	2021-03-03
2021-26P	5 Ekonomi	2021-02-04
2021-25P	5 Ekonomi	2021-02-01
2021-24P	2 Resultat	2021-02-01
2021-23P	1 Vård och behandling	2021-03-09
2021-22P	1 Vård och behandling	2021-03-03
2021-20P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-17
2021-16P	1 Vård och behandling	2021-02-03
2021-15P	8 Administrativ hantering	2021-02-09
2021-14P	2 Resultat	2021-02-23
2021-13P	3 Kommunikation	2021-02-08
2021-9P	8 Administrativ hantering	2021-02-03
2021-7P	1 Vård och behandling	2021-02-11

2021-2P	1 Vård och behandling	2021-03-09
2020-889P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-15
2020-880P	7 Vårdansvar och organisation	2021-02-09
2020-876P	4 Dokumentation och sekretess	2021-02-26
2020-875P	4 Dokumentation och sekretess	2021-03-10
2020-867P	1 Vård och behandling	2021-02-02
2020-866P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-08
2020-864P	1 Vård och behandling	2021-03-01
2020-862P	1 Vård och behandling	2021-02-10
2020-859P	3 Kommunikation	2021-02-02
2020-853P	7 Vårdansvar och organisation	2021-03-22
2020-852P	1 Vård och behandling	2021-03-22
2020-840P	3 Kommunikation	2021-02-01
2020-826P	1 Vård och behandling	2021-03-04
2020-823P	3 Kommunikation	2021-02-03
2020-806P	3 Kommunikation	2021-03-02
2020-803P	2 Resultat	2021-02-23
2020-679P	1 Vård och behandling	2021-02-04
2020-117P	1 Vård och behandling	2021-02-10

Avslutade ärende 20210201-20210328

Redovisning av Patientnämndens ärende



Författare: Anna Stålkranz och Sara Sjöberg, handläggare på Patientnämnden Region Jönköping
Ange

Inledning

Till Patientnämndens sammanträden ingår att redovisa de ärenden som kommer in till Patientnämndens kansli och som handläggs av tjänstepersonerna där. Det ingår också att analysera och uppmärksamma ärende av vikt för kvalitetsutveckling inom vården.

Rapporten innehåller en sammanfattande redovisning av Patientnämndens avslutade ärende för perioden 20210201–20210328. I rapporten redovisas statistik för hur ärendena fördelats på verksamheter samt vilka huvudproblem som angivits.

Syfte

Syftet med rapporten är att uppmärksamma nämnden på inkomna ärenden för att belysa patienters och deras närståendes synpunkter vården på Region Jönköpings län, så att erfarenheterna kan tas tillvara och bidra till vårdens utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

Metod

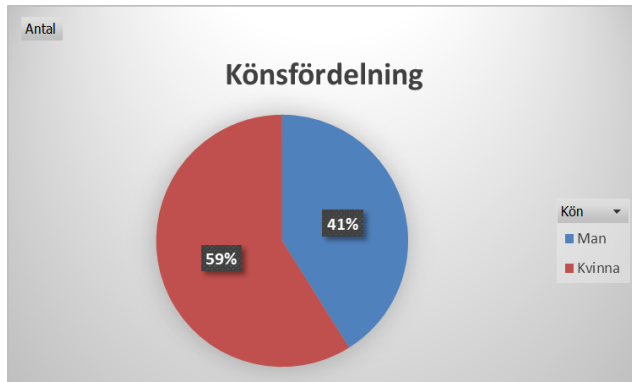
Genomföra analyser av patienternas synpunkter och föra dessa vidare i den politiska organisationen så att erfarenheterna kan utgöra underlag för politiska beslut. Underlaget för analys är hämtat ur Patientnämnden ärendesystem, vårdsynpunkter.

Patienter som kontaktar patientnämnden i Region Jönköpings län kan göra det genom att skicka meddelande via 1177 Vårdguidens e-tjänster, ringa eller skicka mail och brev. När klagomål och synpunkter inkommer till Patientnämndens kansli gör handläggare en bedömning av vad ärendet handlar om och kategoriserar utifrån Patientnämndernas gemensamma handbok. Kategoriseringen består av att patienternas synpunkter och klagomål med huvud- och delproblem samt andra för ärendet relevant information såsom kön, ålder och verksamhet för att på bästa sätt möjliggöra statistik och återföring.

I rapporten används material från inkomna synpunkter och klagomål som är avslutade ärenden i Patientnämnden under perioden 20210201–20210328.

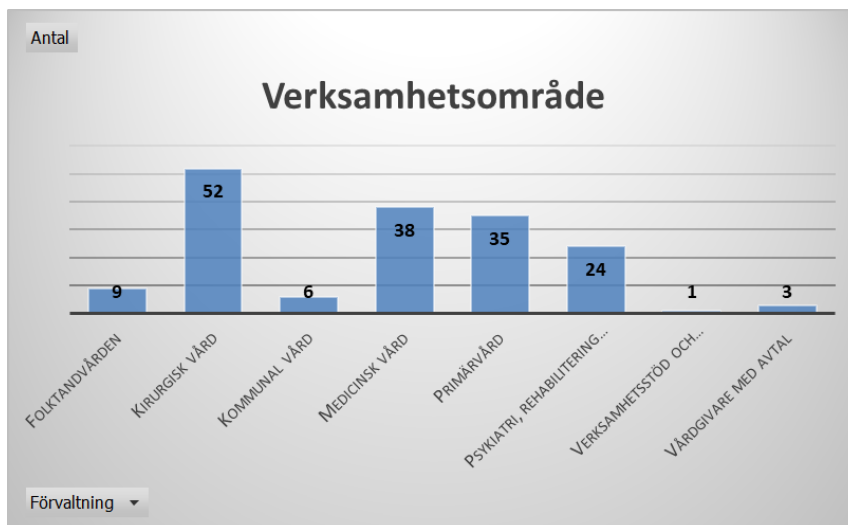
Resultat

Under perioden 20210201–20210328 har det avslutats 168 ärende. Utav dessa är det 69 män och 99 kvinnor som ärendena gäller.



Figur 1. Könsfördelning

Antal registrerade ärende hittills i år (28 mars -21) är 233 ärende. Föregående år samma period hade 225 ärende registrerats. Så i starten på nya året så har det registrerats fler ärenden.



Figur 2. Fördelning av ärende vad gäller verksamhetsområde

Fördelning av ärendena när det gäller verksamhetsområde är baserat på 168 ärenden. Flest ärenden ligger under kirurgisk vård, 52 ärende, följt av Medicinsk vård med 38 ärende. Primärvården inklusive privata vårdcentraler fick 35 ärende. Denna period är första gången på lång tid som primärvården har färre ärenden.

Inom kirurgisk vård är det ortopedkliniken som har flest ärende denna period.

Verksamhet	Antal
Ortopedi	22
Höglandssjukhuset, Eksjö	5
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	13
Värnamo sjukhus	4
Totalsumma	22

Tabell 1. Fördelning av ortopedi på sjukhus

Ärendena gällande ortopedien har varit jämnt fördelat mellan olika huvudproblem. Ärendena har handlat om vård och behandling och två ärende sticker ut som rör proppförebyggande behandling och där patienten har fått proppar då man inte följt rutiner för detta. I det ena ärendet gick patienten direkt till IVO. I det andra så inledde verksamheten en utredning av händelseförloppet där patienten kommer vara delaktig och informerad i utredningen.

Under denna period har patientnämnden i fyra ärenden av allvarlig karaktär informerat chefläkare. Den återkoppling som patientnämnden fått är att man i några av ärendena inlett en utredning i form av händelseanalys och Lex Maria. När det gäller Lex Maria är det viktigt att patient/närstående är involverade vilket är ett krav från IVO.

Detta nya arbetssätt är ett sätt att uppmärksamma allvarliga händelser i tidigare skede och eventuella åtgärder kan vidtas.

Huvudproblem	Antal av Diariernr
1 Vård och behandling	58
2 Resultat	10
3 Kommunikation	42
4 Dokumentation och sekretess	14
5 Ekonomi	7
6 Tillgänglighet	13
7 Vårdansvar och organisation	20
8 Administrativ hantering	3
9 Övrigt	1
Totalsumma	168

Tabell 2. Huvudproblem

Delproblem	Antal
3.2 Delaktig	22
1.3 Behandling	15
1.2 Diagnos	14
3.4 Bemötande	14
7.3 Vårdflöde/processer	11
1.1 Undersökning/bedömning	11
1.4 Läkemedel	10
2.1 Resultat	10
6.2 Väntetider i vården	9
4.1 Patientjournalen	8

Tabell 3. De 10 vanligaste delproblem

Vård och behandling är det huvudproblem som mest ärende blivit kategoriserade under följt av kommunikation. Vård och behandling har handlat om behandling såsom ovan beskrivits gällande proppförebyggande behandling. Det har även handlat om diagnos och då försenad diagnos tex bruten fot som blev feldiagnostiserad.

Inkomna synpunkter har också handlat om att patienter har nekats ambulanstransport efter bedömning av ambulanspersonal. I ett fall gjorde ambulanspersonal bedömning att inget var brutet trots stark smärta i ben och handled efter ett fall. Patienten kunde inte gå. Patienten fick uppmaningen att ta smärtstillande och sen lämnade ambulansen. Över en vecka efter händelsen har patienten fortsatt mycket smärtor och tar kontakt med sin vårdcentral och läkare konstaterar att röntgen måste göras och som visar på bruten höft och en bruten handled. Även fler synpunkter har inkommit gällande ambulanssjukvården och då bedömning i hemmet för vem som ska åka med eller inte.

Inom ambulanssjukvården finns ett bedömningsformulär som beslutsstöd för hur bedömningen av patient ska göras i hemmet och vilka som berättigar till ambulanstransport.

Under kommunikation är det åter igen bemötande och delaktighet som det är flest synpunkter på. Exempelvis att man blivit dåligt bemött och hånad i kontakt med vården. Framförallt är det fler som uppger att de tycker att man blir dåligt bemött i pandemitider ”det förstår du väl att du inte får ha med dig anhöriga hit” etc. Man kan säga saker på många olika sätt och i många fall handlar det om HUR vi säger något.

Vårdansvar och organisation, under detta huvudproblem är det ärenden som rör vårdflöde och processer, exempelvis att patientens upplevelse av att själv samordna sin vård mellan olika verksamheter och bristande samverkan mellan dessa.

I de inkomna synpunkterna beskriver patienten hur man får samordna sin egen vård, bollas mellan specialist- och primärvård. De inkomna synpunkterna gäller främst Reumatologmottagningen Ryhov. Det beskrivs att det är svårt att komma i kontakt med mottagningen och att det också handlar om en resursfråga och att man bollas mellan olika vårdinrättningar och får vara sin egen vårdsamordnare.

”Patient med flera sjukdomar och som ”bollas” fram och tillbaka i vården och ingen tar det övergripande ansvaret för vården. Patienten har sin vårdcentral som grund. Patienten är på reumatologen och hematologen för sina grundsjukdomar. Fick diskbräck i nacke och remiss skrevs från reumatologen, sedan operation. Efter operation haft en stor knöl som kommit och daglig sprängande huvudvärk. Nu är det ingen som tar ansvaret för hur fortsättningen ska se ut. Patienten har vänt sig till både sin vårdcentral men de känner inte att de kan ta i detta då det är specialistvården och från specialistvården är det heller ingen som tar ansvar”

Inkomna synpunkter har också kommit från patienter med långtidssymtom efter covid-19 och som inte legat på sjukhus. De beskriver att de upplever att det saknas rutiner för hur långtidscovid för ej sjukhusvårdade patienter ska hanteras framförallt i primärvården. Synpunkterna har handlat om att när denna patientgrupp söker vård är det många som upplever att de inte blir lyssnade på för de ihållande symtom som andfäddhet, problem med hjärtat och extrem trötthet.

”Patienten beskriver att hen har långtidscovid med flera restsymtom som inte ”syns” i några tester. Patienten upplever att vårdcentralen har gjort/gör vad de kan, men att det saknas riktlinjer i Regionen hur patientgruppen ska hanteras”

”Jag vill att det skapas någon form av tigt samarbete mellan primärvård och specialister för att utreda detta i en helhetsbild. Det talas om långtidscovid mottagningar i landet och ju förr regio-

nen gör en sådan verklig desto bättre. Vi är många med samma symtom och vi blir bara fler för var dag som går”.

”Jag fortfarande sjuk och många inklusive mig själv vittnar nu om hur illa vi har blivit bemötta av vårdcentralerna eller när vi har sökt akutvård. Jag förstår att jag på sätt och vis har haft tur som har överlevt Covid-19 och för att jag har sluppit att ligga inne med svåra symtom men för oss långtidssjuka så har det här inte gått över än och många av oss får heller ingen hjälp av vården.”

Under denna period var det 8 ärende som rörde patientjournal. Dessa ärende ökar då fler läser sin journal på 1177. Det handlar om att man är missnöjd över en journalanteckning. Exempelvis att det saknas uppgifter eller information av betydelse. Ärenden kan också handla om att det står kränkande saker i journalen.

”Sökte akutmottagningen efter ett fall där jag slog i ryggen. När jag läser min journal står det felaktiga uppgifter om ryggproblem sedan tidigare. Patienten har ringt till aktuell mottagning om att uppgifterna behöver ändras då detta handlar om en arbetsskada”

”Bristfällig journal dokumentation. Vilket leder till att det saknas uppgifter vad jag och läkaren pratade om. Detta har lett till att min försäkring inte gäller då det står frågetecken i journal”

”Patienten sökte akut vård efter fall i hemmet. När hen sedan tar kontakt med sitt privata försäkringsbolag får hen besked om att de inte kan öppna/handlägga något ärende eftersom det saknas dokumentation i patientjournalen som bekräftar patientens beskrivning”

”Patientens smärta ändrade karaktär och söker på akutmottagningen för sina ryggbesvär. Får göra röntgen med frågeställning kontroll av skruvar. Patienten har dock aldrig opererat sin rygg och har inga skruvar inopererade”

Det blir vanligare att patienter läser sin journal på 1177 och då ibland upptäcker bristande anteckningar. Journalanteckningar som inte stämmer överens med patientens upplevelse kan kännas som kränkande av patienten som inte känner igen sig alls. Det är positivt att patienterna läser sin journal efter sitt besök i vården då det blir en form av kvalitetssäkring och på så vis blir patienten mera delaktig och involverad i sin egen vård och behandling.

Verksamhetens svar

I ungefär hälften av ärendena tillskrivs verksamheterna med begäran om ett skriftligt svar. Hur svaret ser ut är väldigt varierande och med skiftande kvalitet. En del skriver långa och utförliga svar som är genomarbetade samt även vilka åtgärder de tänker vidta. Andra skriver mycket kortfattat och opersonligt samt kanske hänvisar till ett telefonsamtal verksamhetschef haft med patient och att det inte står det utförliga svaret som sedan skickas till patientnämnden. Det är då svårt för handläggare att analysera svaret och se om patienten fått svar på sina frågor. Det som är gemensamt är att verksamheten svarar till patientnämnden och beskriver patienten i tredje person trots att det i missivet står formalia om hur yttrande ska skrivas.

Handläggare har nu gjort en beskrivning om ”tips” inför skrivandet av yttrandet som kommer att skickas med vid begäran om svar.

I samband med att verksamhetens svar skickas hem till patient/närstående så bifogas alltid en återkopplingsblankett där man har möjlighet att ge synpunkter på verksamhetens svar samt patientnämndens handläggning. Detta förs sedan statistik över.

Diskussion

Patienter som har en kronisk sjukdom som kräver specialistsjukvård har behov av fast vårdkontakt med kontinuitet och som hjälper patienten att hålla ihop vården kring patienten. De synpunkter som inkommit har främst gällt reumatologen då denna verksamhet upplevs av patienten som otydlig då patienten bOLLAS till primärvården och sen tillbaka igen. Det är viktigt med en kontinuitet för trygghet och säker vård. Bristande samordning orsakar onödigt lidande för patienten och är resurskrävande för vården.

De synpunkter som inkommit gällande långtidssymtom efter Covid-19 ser patientnämnden som viktigt att ha någon form av mobilisering inom primärvården för att möta de behov som beräknas uppstå efter denna pandemi. Det är viktigt att ha en samlad bild kring denna patientgrupp i framtiden. Samverkan och koordinering kommer att vara en förutsättning för att möta de behov som kommer. Det kommer att krävas flera olika yrkeskategorier som samverkar. Det finns stora vinster, både mänskligt och ekonomiskt, med att så tidigt som möjligt identifiera och behandla de patienter som lider av långtidssymtom efter covid-19 och konsekvenser av detta. Men det krävs ett helhetsperspektiv för att kunna hjälpa dessa individer som är i behov av detta samt stödfunktioner som fungerar. Samordning är a och o och det behövs en långsiktig strategi för patienter med långtidscovid oavsett om du vårdats på sjukhus eller inte.

Ärenden som inkommit gällande patientjournalen är viktiga synpunkter nu när fler och fler läser sin journal. Vården måste möta denna utveckling och se över riktlinjer och rutiner för journaldokumentation. Genom att läsa sin journal kan patienten också bli mer delaktig i sin vård och behandling. Det är positivt att patienterna läser sin journal efter sitt besök i vården då det blir en form av kvalitetssäkring.

Det känns otydligt för patienten hur ambulansens uppdrag ser ut och vilka som har rätt till ambulanstransport till sjukvårdsinrättning. En patient som råkat ut för en olycka i hemmet och som själv upplever och tror att en ambulanstransport är nödvändig blir besviken att man får rådet att ta sjuktransport till vården efter bedömning av ambulanspersonal, framförallt när man är gammal och skör. Detta är även för anhöriga mycket svårt att förstå varför man lämnar patienten hemma då de ändå är på plats och patienten uppmanas att söka sjukvård.

När det gäller verksamhetens svar så skulle det vara värdefullt att arbeta vidare med denna process och närmare analysera hur svaren ser ut för att sedan kunna ge respons åter till verksamheten som ett led i att förbättra kommunikationen gentemot patienten/närstående genom ett mer personligt svar och att göra denna mer nöjd.

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 26

Anmälningssärenden delegationsbeslut

Under perioden 2021-02-01--03-28 har två förordnande och fem entledigande av stödperson skett.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Delegationsbeslut Patientnämnden 2021-02-01—2021-03-28



Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-02-01	2.7	2021-8S

Ärendemening Förordnade av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet LPT
Beslut Stödperson förordnad

Regionledningskontoret


Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-03-24	2.7	2021-12S

Ärendemening Förordnade av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet LPT
Beslut Stödperson förordnas

Regionledningskontoret


Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-03-24	2.7	2021-12S

Ärendemening Förordnade av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet LPT
Beslut Stödperson förordnas

Regionledningskontoret


Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-02-04	2.7	2021-4S

Ärendemening
Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
Patient utskriven
Beslut
Stödperson entledigas

Regionledningskontoret



Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-02-17	2.7	2020-53S

Ärendemening
Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
Stödpersons önskan, får ingen kontakt med huvudman
Beslut
Stödperson entledigas

Regionledningskontoret


Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-02-17	2.7	2021-8S

Ärendemening Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet Patient Utskriven
Beslut Stödperson entledigas

Regionledningskontoret

Johan Göransson Wetter
Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-03-24	2.7	2021-5S

Ärendemening
Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
LPT
Beslut
Stödperson entledigas

Regionledningskontoret

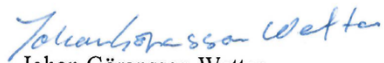

Johan Göransson Wetter
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2021-03-25	2.7	2021-12S

Ärendemening
Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
LPT
Beslut
Stödperson entledigas

Regionledningskontoret


Johan Göransson Wetter
handläggare

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 27

Redovisning av genomförda aktiviteter

Handläggare redovisar genomförda aktiviteter:

- Kvinnokliniken Ryhov
- At läkarna Ryhov
- At läkarna Värnamo
- Kvinnokliniken Värnamo
- Tjänstemannanätverket nationellt
- Dialogmöte IVO region sydöst
- Träff med chefläkarna
- Referensgrupp patientsäkerhet
- Genomgång om patientnämnden med ny ledamot

Ordförande rapporterar från mötet med patientnämnderna i sydöstra sjukvårdsregionen.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 29

Folktandvården – information till patienten gällande behandling, garanti och kostnadsförslag

Diarienummer: 2021/75A

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Översända diskussionsunderlag till dialogmöte med FS presidium

Sammanfattning

Det patienter beskriver i sina synpunkter till patientnämnden är att de saknar information om vad en eventuell garanti gäller för. Exempelvis om en sida på tanden är lagad och patienten får nya besvär från tanden kanske det är en annan sida på tanden osv. Men för patienten är det ”en och samma tand”. Viktigt att informera patienten om vad som gäller. Ibland kan det också vara bra för patienten att kunna få informationen skriftligt. Patienter har också inkommit med synpunkter på att inte fått ett skriftligt kostnadsförslag och att detta blir en oro över hur stor kostnaden för en behandling kommer att bli.

Beslutsunderlag

Diskussionsunderlag daterat 2021-03-22

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

PatientnämndenSara Sjöberg
Patientnamnden@rjl.sePresidierna nämnd för folkhälsa och sjukvård och
patientnämnden

Folktandvården – information till patienten gällande behandling, garanti och kostnadsförslag

Sammanfattning av frågeställningar

Till patientnämnden har det under året 2020 inkommit 47 tandvårdsärenden och det fler ärenden än 2019. Ärenden har handlat om garantifrågor och att man inte fått tillräckligt med information om behandling och kostnader.

När man söker tandvård ska patienten få information om behandlingarna. Information ska ges om de olika alternativen och deras för- och nackdelar. Patienten ska få veta vilka behandlingar som är lämpliga i hans situation. Tillsammans med tandläkaren eller tandhygienisten väljer patienten sedan en behandling.

Tandvårdsbehandlingen ska så mycket som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Man har inte rätt att kräva en behandling som tandläkaren tycker är olämplig. Ett exempel är en värkande tand som man vill få utdragen. Tandläkaren får inte dra ut om den kan räddas och tandläkaren bedömer att det är viktigt att den är kvar.

Som patient ska man alltid kunna få en uppfattning om ungefär hur mycket behandlingen kan komma att kosta. Man ska få veta priset för hela behandlingen innan den börjar. Det gäller även om den behandling som behövs inte kan bli klar vid ett tillfälle och man måste komma tillbaka flera gånger. Om flera behandlingar behövs ska vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras ska patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen. På kostnadsförslaget är det alltid reservation på 15%+/-.

Behandlingsplan om du behöver mycket tandvård

Patienten kan begära att få en skriftlig behandlingsplan när det behövs stora och omfattande behandlingar. Det kan exempelvis handla om att patienten behöver konstgjorda tänder eller att tänderna behöver justeras, till exempel med hjälp av en tandställning.

En behandlingsplan ska innehålla följande:

- Information om vilken diagnos patienten har fått.
- Information om vilka behandlingar som mottagningen föreslår och varför den föreslår just dessa.
- Information om det finns andra behandlingar som kan hjälpa mot de besvär patienten har.
- Information vad behandlingen kostar och vad referenspriset är.
- Information om behandlingen ingår i högkostnadsskyddet för tandvård.

Garantier på vissa behandlingar innebär att patienten har möjligheten att få en behandling omgjord utan att hen behöver betala för samma arbete en gång till.

De flesta tandvårdsmottagningar lämnar garantier för kronor, broar, implantat och de flesta avtagbara proteser. Några mottagningar lämnar också garanti på annan tandvård, som till exempel lagningar och rotbehandlingar. I den prislista patienten har rätt att få se ska det finnas information om tandläkaren eller tandhygienisten erbjuder någon form av garanti. Garantin gäller oftast ett eller två år efter att en behandling med garanti är avslutad. En del tandläkare och tandhygienister har längre garanti.

Ibland kan patienten ändå få betala en viss del själv fast en garanti används för att göra om en behandling. Det beror på att det kan krävas ytterligare behandling som inte ingick i den första behandlingen.

Synpunkter från patient och/eller närstående

Synpunkter har inkommit till patientnämnden på bristande information om vilka garantier som gäller och saknade skriftliga kostnadsförslag inför omfattande behandlingar.

”Tandläkaren ringde mig och sa en summa hen trodde jag skulle behöva betala för den överskjutande kostnaden som inte försäkringskassan står för, dock var hen inte helt säker vad gäller beloppet. Jag har ringt flera gånger till kliniken och frågat om de kan skicka ett skriftligt kostnadsförslag men jag blir otrevligt bemött. Den jag pratade med sa att jag skulle få reda på kostnaden precis innan den planerade behandlingen. Jag känner att jag blivit dåligt bemött. Jag har inte fått någon information hur detta ska gå tillväga och inte fått något skriftligt kostnadsförslag”

”Har bekymmer med min tand som jag har lagat tre gånger på ett år. Lagningen fortsätter att lossna eller göra ont efter varje besök”

Verksamhetens svar: ”Det är olyckligt att inte X har fått uppgift om varför behandlingen av denna tand görs i två steg. Det är lätt att uppleva att vi gör om samma behandling två gånger. Det gör att man många gånger kan undvika en större, dyrare och mer omfattande behandling”

”När jag påpekade att det är samma tand som lagades för inte så längesedan försvarade hen sig att det inte är samma sida på tanden”.

Verksamhetens svar: ”Den ytan som lagades sist här på kliniken har inte lagats på 2 år och det är ytterligare en orsak till att det inte finns någon garanti på fyllningen. Du har lagat den under det senaste året tre gånger men med olika ytor”

”En tandläkare gjorde felbedömning av vilken tand jag hade problem med just då. Även att jag sa direkt vilken tand jag hade problem med. Hen valde den smidiga vägen att dra ut en rot jag inte hade problem med och detta fick jag betala för samt att jag fick en infektion i tanden jag sökte för”

Synpunkter och handläggning från patientnämnden

Det patienter beskriver i sina synpunkter till patientnämnden är att de saknar information om vad en eventuell garanti gäller för. Exempelvis om en sida på tanden är lagad och patienten får nya besvär från tanden kanske det är en annan sida på tanden osv. Men för patienten är det ”en och samma tand”. Viktigt att informera patienten om vad som gäller. Ibland kan det också vara bra för patienten att kunna få informationen skriftligt. Patienter har också inkommit med synpunkter på att inte fått ett skriftligt kostnadsförslag och att detta blir en oro över hur stor kostnaden för en behandling kommer att bli.

Frågor att diskutera

- *Hur kan folktandvården förbättra sin information till patienterna gällande kostnadsförslag inför behandlingar och dess omfattning, information om garantier samt skriftlig behandlingsplan när det är aktuellt?*

PATIENTNÄMNDEN

Kjell Ekelund
Ordförande

Sara Sjöberg
Handläggare

PatientnämndenAnna Stålskrantz
Patientnamnden@rjl.sePresidierna nämnd för folkhälsa och sjukvård och
patientnämnden

Patienten får vara sin egen vård-sam- ordnare i kontakt med Reumatologen i Region Jönköpings län

Sammanfattning av frågeställningar

Många kontaktar patientnämnden med synpunkter och klagomål som handlar om att de inte får tillräckligt med information eller inte görs delaktiga i sin vård. Patientnämnden ser att informationen inte alltid följer patienten mellan olika vårdenheter och vårdgivare – patienter upplever att de ofta får hålla ihop vården själva. Detta blir särskilt tydligt för patienter med komplexa vårdbehov, exempelvis patienter med samsjuklighet eller som är multisjuka.

Vården upplevs också som svårtillgänglig vilket exempelvis syns inom somatisk specialistsjukvård. Klagomålen handlar bland annat om att det är långa väntetider till utredningar och behandlingar, att det är svårt att få kontakt med läkare för frågor om remiss, medicinering m.m. samt att man bollas mellan olika vårdinrättningar och får vara sin egen vårdssamordnare.

När patienten inte upplever vården som enhetlig och sammanhållen kan det vara en fråga som samtidigt handlar om patientsäkerhet, kvalitet och effektivitet. Många patienter är i behov av återkommande vård.

Reumatologen utreder och behandlar patienter med inflammatoriska sjukdomar i rörelseapparaten eller inflammatoriska systemsjukdomar. Denna patientgrupp har ofta flera diagnoser och som många gånger hänger ihop med sin grunddiagnos och ibland behöver omfattande vårdinsatser från flera vårdgivare. Inom reumatologin upplever många patienter att de hamnar mellan stolarna.

Synpunkter från patient och/eller närstående

I de inkomna synpunkterna gällande reumatologen beskriver patienterna hur man får samordna sin egen vård, bollas mellan specialist- och primärvård. Vem håller i patientens vård? Det beskrivs också att det är svårt att komma i kontakt med mottagningen och att det också handlar om en resursfråga.

”När patienten var inne i ett skov ringde hen till mottagningen pga. svullna tår med cirkulationsrubbing. Sjuksköterska pratar med en läkare som meddelar att patienten får ta kontakt med sin vårdcentral om det rör sig om cirkulationsrubbing. När patienten kontaktar sin vårdcentral får hen till svar att kontakta reumatologen. Patienten berättar då om vad reumatologen sagt. Får komma till vårdcentralen som gör ankeltryckmätning samt undersöker patienten. En remiss skickas sedan till reumatologen då patienten är i behov av att träffa sin reumatolog. Patienten hör nu av sig till patientnämnden då hen tycker att reumatologen borde hjälpt hen då det är en ”kompli-kation” till hens autoimmuna sjukdom”.

”Patient med flera sjukdomar och som ”bollas” fram och tillbaka i vården och ingen tar det övergripande ansvaret för vården. Patienten har sin vårdcentral som grund. Patienten är på reumatologen och hematologen för sina grundsjukdomar. Fick diskbräck i nacke och remiss skrevs från reumatologen, sedan operation. Efter operation haft en stor knöl som kommit och daglig sprängande huvudvärk. Nu är det ingen som tar ansvaret för hur fortsättningen ska se ut. Patienten har vänt sig till både sin vårdcentral men de känner inte att de kan ta i detta då det är specialistvården och från specialistvården är det heller ingen som tar ansvar”

”Vi ifrågasätter varför reumatologen skickar tillbaka till vårdcentralen för behandling när vårdcentralen uppenbarligen inte har förmåga att behandla sjukdomen eller för den skull biverkningarna av den medicinering som har satts in”

”En översyn behöver göras på hur patienter bemöts och behandlas på Reumatolog enheten på Länssjukhuset Ryhov. Något är inte rätt när deras personal talar med patient om hur de är överbelastade och har svårt att hinna sätta sig in i patienterna. Samt påvisar många av dem ett stort ointresse av mig som patient, behandlar mig som en belastning. Liksom att de vid kontakt inte kan ge svar på de frågor som jag som patient ställt. Att till patient påtala att vederbörande skriver för långt i det som tillsänts dem via 1177, dit de hänvisar då de vill ha färre inkommande samtal”

Synpunkter och handläggning från patientnämnden

När patientnämnden tar del av de synpunkter patienterna inkommer med får man en känsla av att man som patient upplever det som oklart vad som ingår inom reumatologens uppdrag. Varför vet inte patienten vart hen ska vända sig? Varför ber man patienten att kontakta sin vårdcentral och vice versa? Vem ansvarar för vad? Patienter som är kroniskt sjuka har behov av fast vårdkontakt och en kontinuitet i sin behandling. De synpunkter som inkommit lyfter denna problematik då det inte fungerar.

Frågor att diskutera

- *Hur kan Region Jönköpings län arbeta vidare med att tydliggöra reumatologins uppdrag?*
- *Hur kan patientsäkerheten säkerställas för denna patientgrupp?*
- *Vem ansvarar för att patienten har en fast vårdkontakt?*

PATIENTNÄMNDEN

Kjell Ekelund
Ordförande

Anna Stålkranz
Handläggare

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 31

Långtidssymtom efter covid-19 - patienter som inte har sjukhusvårdats

Diarienummer: 2021-73A

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Översända diskussionsunderlag till dialogmöte med FS presidium

Sammanfattning

Med anledning av de synpunkter som inkommit gällande långtidssymtom efter Covid-19 ser patientnämnden det som viktigt att ha någon form av mobilisering inom primärvården för att möta de behov som beräknas uppstå efter denna pandemi. Nya upptäckter kommer att göras en lång tid framöver på vad Covid-19 har och kommer att påverka hälsan hos de individer som varit sjuka. Både de som vårdats på sjukhus och de som vårdats hemma. Det är viktigt att ha en samlad bild kring denna patientgrupp i framtiden. Samverkan och koordinering kommer att vara en förutsättning för att möta de behov som kommer. Det kommer att krävas flera olika yrkeskategorier som samverkar såsom läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, kuratorer, psykologer och kanske viktigast av allt en rehab koordinatör då de med långtidssymtom också riskerar att blir utförsäkrade från försäkringskassan.

Beslutsunderlag

Diskussionsunderlag daterat 2021-03-22

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

PatientnämndenAnna Stålkranz
Patientnamnden@rjl.sePresidierna nämnd för folkhälsa och sjukvård och
patientnämnden

Långtidssymtom efter covid-19patienter som inte har sjukhusvårdats

Sammanfattning av frågeställningar

Ärenden har inkommit till patientnämnden gällande patienter med långtidssymtom efter covid-19 men som inte har sjukhusvårdats. Långtidssymtom pga. av covid-19 ansågs i början enbart förekomma efter vård på sjukhus för svår luftvägsjukdom. Nu är det mer förekommande att även samma typ av skador och symtombild kan ses hos de som inte fått sjukhusvård. Luftvägssymtom och andningssvikt kan ha varit mindre allvarliga men mer förekommande betydande symtom såsom neurologiska symtom, bröstsmärtor, långvarig feber och dyspné.

När denna patientgrupp söker vård är det många som upplever att de inte blir lyssnade på för de ihållande symtom som andfäddhet, problem med hjärtat och extrem trötthet. I takt med att allt fler söker vård för långvariga problem har långtidscovid fått mer uppmärksamhet, men behovet av information är stort. Inte minst i primärvården som först möter patienterna.

Definitionen av långtidscovid varierar men en definition som definierar det som symtom som överskrider 3 månader. Tillståndet har benämnts "*Postinfektiöst tillstånd efter covid-19*". Det är ännu oklart om det för samtliga individer rör sig om en och samma sjukdom eller om det i denna diagnos ryms flera olika tillstånd med olika biologisk bakgrund. Gemensamt är dock att tillståndet uppkommer efter en Covid-19 infektion och att symtomen efter den akuta fasen kvarstår under en lång tid.

I Region Jönköpings län har nu arbetet med att planera rehabilitering för patienter med långtidscovid som sjukhusvårdats börjat. Ett arbete som kräver flera perspektiv eftersom sjukdomen orsakar flera olika besvär. Hittills rör det sig bara om några enstaka procent av de som varit sjuka i covid-19 i Region Jönköpings län, som behövt mer avancerade rehabiliteringsinsatser. Men det kan finnas fler ute i samhället som inte kontaktat vården, och hur många det kan komma att bli är också osäkert.

Synpunkter från patient och/eller närstående

Synpunkter har inkommit till patientnämnden från patienter som inte har ett påvisat Covid-19 test men som insjuknade i början av pandemin då riktlinjerna för

provtagning inte var lika generösa som de är idag. Dessa patienter har inte heller några påvisade antikroppar, då testningen gjorts långt efter insjuknandet.

"Patienten beskriver att hen har långtidscovid med flera restsymtom som inte "syns" i några tester. Patienten upplever att vårdcentralen har gjort/gör vad de kan, men att det saknas riktlinjer i Regionen hur patientgruppen ska hanteras"

Patienten har nu hört av sig till patientnämnden för att synpunkterna ska komma politikerna i Regionen till känna då det saknas rutiner/riktlinjer för patienter som är långtidssjuka i Covid-19 och som inte varit inläggande på sjukhus.

"Jag vill att det skapas någon form av tight samarbete mellan primärvård och specialister för att utreda detta i en helhetsbild. Det talas om långtidscovid mottagningar i landet och ju förr regionen gör en sådan verklig desto bättre. Vi är många med samma symtom och vi blir bara fler för var dag som går"

"Jag fortfarande sjuk och många inklusive mig själv vittnar nu om hur illa vi har blivit bemötta av vårdcentralerna eller när vi har sökt akutvård. Jag förstår att jag på sätt och vis har haft tur som har överlevt Covid-19 och för att jag har sluppit att ligga inne med svåra symtom men för oss långtidssjuka så har det här inte gått över än och många av oss får heller ingen hjälp av vården."

"Jag skulle vilja att regionen blir bättre på att uppdatera läkarna som träffar oss som inte har legat inne för Covid-19 och vi som kanske heller inte har något positivt Covid-19 test, om den senaste forskningen om oss långtidssjuka. Jag skulle vilja att regionen går ut och förbjuder läkare samt de som svarar i telefonen när vi ringer, att säga till oss när vi ber om hjälp, att det inte är något fel på oss. Att inte säga att vi inbillar oss och att inte ifrågasätta riktigheten i de uppgifter vi lämnar. Vi har faktiskt svårt att få luft fastän en pulsoximeter visar 98%. Vi har hjärklappning fastän EKG inte visar någon avvikelse. Vi har skador på våra lungor fastän en röntgen inte visar det"

Synpunkter och handläggning från patientnämnden

Med anledning av de synpunkter som inkommit gällande långtidssymtom efter Covid-19 ser patientnämnden det som viktigt att ha någon form av mobilisering inom primärvården för att möta de behov som beräknas uppstå efter denna pandemi. Nya upptäckter kommer att göras en lång tid framöver på vad Covid-19 har och kommer att påverka hälsan hos de individer som varit sjuka. Både de som vårdats på sjukhus och de som vårdats hemma. Det är viktigt att ha en samlad bild kring denna patientgrupp i framtiden. Samverkan och koordinering kommer att vara en förutsättning för att möta de behov som kommer. Det kommer att krävas flera olika yrkeskategorier som samverkar såsom läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut, kuratorer, psykologer och kanske viktigast av allt en rehab koordinator då de med långtidssymtom också riskerar att blir utförsäkrade från försäkringskassan.

Det finns stora vinster, både mänskligt och ekonomiskt, med att så tidigt som möjligt identifiera och behandla de patienter som lider av långtidscovid och konsekvenser av detta. Men det krävs ett helhetsperspektiv för att kunna hjälpa dessa individer som är i behov av detta samt stödfunktioner som fungerar. Samordning är a och o och det behövs en långsiktig strategi för patienter med långtidscovid oavsett om du vårdats på sjukhus eller inte.

Frågor att diskutera

- *Vad ska Regionen ha för strategi att kunna möta denna nya patientgrupp inom primärvården?*
- *Hur ska de ovan nämnda yrkeskategorierna få rätt förutsättningar att jobba med denna patientgrupp?*
- *Hur kan Region Jönköpings län arbeta vidare med rutiner och riktlinjer för primärvården för att möta patientgruppen som inte känner sig lyssnade på?*

PATIENTNÄMNDEN

Kjell Ekelund
Ordförande

Anna Stålkranz
Handläggare

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 32

Bristfälliga journalanteckningar kan få konsekvenser för patienten

Diarienummer: 2021-72A

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Översända diskussionsunderlag till dialogmöte med FS presidium

Sammanfattning

Patientnämnden vill lyfta ärenden gällande patientjournalen då det blir vanligare att patienter läser sin journal på 1177 och då ibland upptäcker bristande anteckningar. Detta kan ha stor betydelse i ärenden som rör försäkringsärenden till exempelvis Lof (Regionens ömsesidiga försäkringsbolag) eller privata försäkringar. Då är det viktigt att det finns korrekta uppgifter dokumenterade eftersom Lof begär ut journalanteckningarna från den verksamhet ärendet gäller. *"Det som då inte finns dokumenterat har inte hänt"*.

Journalanteckningar som inte stämmer överens med patientens upplevelse kan kännas som kränkande av patienten som inte känner igen sig alls.

Beslutsunderlag

Diskussionsunderlag daterat 2021-03-22

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

PatientnämndenSara Sjöberg
Patientnamnden@rjl.sePresidierna nämnd för folkhälsa och sjukvård och
patientnämnden

Bristfälliga journalanteckningar kan få konsekvenser för patienten

Sammanfattning av frågeställningar

När man söker och får vård dokumenteras det i en patientjournal. Det främsta syftet är att vården ska bli så bra och säker som möjligt. Genom att läsa sin journal kan patienten också bli mer delaktig i sin vård och behandling. Journalanteckningarna ska vara tydliga och så långt som möjligt kunna förstås av patienten som inte är medicinskt kunnig.

Oriktiga eller missvisande journaluppgifter ska i första hand rättas. Om uppgifter i patientjournalen är felaktig ska patienten vända sig till vårdgivaren med en begäran om rättelse. Om patienten upplever att det finns oriktiga och missvisande uppgifter men inte kommer överens med vårdgivaren om rättelse kan hen begära en notering i journalen. Vårdgivaren kan inte neka till en sådan notering enligt 3 kap 8§ patientdatalagen (2008:355). Däremot har man inte rätt att själv skriva i sin journal eller bestämma vad som ska stå i den.

Ingen får ändra i journalen

Det är förbjudet att radera eller göra text oläslig i en journal. Den som antecknar i journalen får bara rätta felaktigheter genom att markera det som är felaktigt och skriva in nya anteckningar. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, kan besluta att en journal eller delar av en journal får förstöras. Detta efter att patienten gjort en ansökan till IVO om journalförstöring.

För att en ansökan ska beviljas måste tre förutsättningar uppfyllas, enligt 8 kap 4 § PDL (2008:355):

- Godtagbara skäl ska anföras för ansökan.
- Patientjournalen eller den del av den som ansökan avser ska uppenbarligen inte behövas för patientens vård.
- Det ska från allmän synpunkt uppenbarligen inte finnas skäl att bevara journalen.

Synpunkter från patient och/eller närstående

Ärenden har inkommit till patientnämnden som handlar om att man är missnöjd över en journalanteckning. Exempelvis att det saknas uppgifter eller information av betydelse. Ärenden kan också handla om att det står kränkande saker i journalen.

”Sökte akutmottagningen efter ett fall där jag slog i ryggen. När jag läser min journal står det felaktiga uppgifter om ryggproblem sedan tidigare. Patienten har ringt till aktuell mottagning om att uppgifterna behöver ändras då detta handlar om en arbetsskada”

”Läkaren journalför resonemanget/diskussionen vi hade och betonar min argumentation, vilket inte har någon som helst betydelse för läkarens medicinska bedömning”

”Min upplevelse då jag läste hens anteckning var att hen journalfört irrelevant integritetskränkande info i journalen som absolut inte har med hens medicinska bedömning att göra”

”Bristfällig journal dokumentation. Vilket leder till att det saknas uppgifter vad jag och läkaren pratade om. Detta har lett till att min försäkring inte gäller då det står frågetecken i journal”

”Patienten sökte akut vård efter fall i hemmet. När hen sedan tar kontakt med sitt privata försäkringsbolag får hen besked om att de inte kan öppna/handlägga något ärende eftersom det saknas dokumentation i patientjournalen som bekräftar patientens beskrivning”

”Vill du verkligen att jag skriver det i din journal?” när jag tar upp att jag inte kan kissa?”

”Patientens smärta ändrade karaktär och söker på akutmottagningen för sina ryggbesvär. Får göra röntgen med frågeställning kontroll av skruvar. Patienten har dock aldrig opererat sin rygg och har inga skruvar inopererade”

Synpunkter och handläggning från patientnämnden

Patientnämnden vill lyfta ärenden gällande patientjournalen då det blir vanligare att patienter läser sin journal på 1177 och då ibland upptäcker bristande anteckningar. Detta kan ha stor betydelse i ärenden som rör försäkringsärenden till exempelvis Löf (Regionens ömsesidiga försäkringsbolag) eller privata försäkringar. Då är det viktigt att det finns korrekta uppgifter dokumenterade eftersom Löf begär ut journalanteckningarna från den verksamhet ärendet gäller. *”Det som då inte finns dokumenterat har inte hänt”*.

Journalanteckningar som inte stämmer överens med patientens upplevelse kan kännas som kränkande av patienten som inte känner igen sig alls.

2019 inkom det 43 ärende gällande synpunkter på patientjournalen. Under 2020 ökade dessa till 63 ärende.

Det är positivt att patienterna läser sin journal efter sitt besök i vården då det blir en form av kvalitetssäkring och på så vis blir patienten mera delaktig och involverad i sin egen vård och behandling.

Frågor att diskutera

- *Hur kan Region Jönköpings län förbättra och säkerställa att medarbetare i Regionen gör korrekta journalanteckningar?*

PATIENTNÄMNDEN

Kjell Ekelund
Ordförande

Sara Sjöberg
Handläggare

Hur du svarar på klagomål och synpunkter som lämnats till Patientnämnden

Många patienter som hör av sig till patientnämnden vill få svar på sina frågor och synpunkter. De vill att det som hänt dem inte ska behöva hända andra. Vi vill därför ge dig, som ska skriva ett svar, några tips på vad du kan tänka på. Har du frågor så hör gärna av dig till handläggaren.

Läs foljebrevet från handläggaren

Här kan det finnas upplysningar, förtydligande och frågor som kan vara till hjälp. Här finns även handläggarens kontaktuppgifter.

Vad är det patienten vill få svar på?

Läs patientens berättelse och notera de frågor patienten ställer. Ett tips är att sedan använda frågorna som rubriker i svaret. Om det inte finns några frågor, ge ditt yttrande utifrån patientens berättelse.

Rikta svaret till patienten

Det yttrande du skriver till patientnämnden kommer patienten att få en kopia av. Vid längre vårdförlopp inled gärna med en sammanfattning av vad som har hänt. Beskriv din bedömning om vårdförloppet har följt riktlinjer och rutiner.

När du skriver tänk på att:

- använd ett språk som är lättförståeligt för patienten
- undvika medicinska termer
- inte använda förkortningar
- ha en vänlig ton som inte är värderande
- beskriva om ärendet har medfört förbättringsåtgärder. Det är positivt för patienten att få bekräftelse på att framförda synpunkter tagits tillvara
- inte bifoga journalhandlingar.

Visa förståelse för patientens synpunkter och beklaga gärna upplevelsen alternativt händelsen. Om det är motiverat, be om ursäkt.

Formalia

- Yttrande begärs alltid av verksamhetschef.
- I vissa fall skickas kopia för kännedom till chefläkare.
- Yttrandet ska vara skriftligt och med verksamhetens loggar.
- Yttrandet skickas till Patientnämnden.
- För verksamheter med tillgång till säker e-post skicka gärna yttrandet till patientnamnden@rjl.se annars per post.

Avsluta yttrandet

Kontrollera att patientens frågor har besvarats. Välkomna gärna patienten att höra av sig vid eventuella frågor. Skriv vem patienten kan kontakta och på vilket sätt.

Patienten har rätt till svar inom 4 veckor

- Respektera svarstiden.
- Kontakta handläggaren om det behövs längre tid.
- Barn har rätt till skyndsamt svar.

Vad händer sedan?

- Patienten får en kopia på yttrandet och informeras om att återkomma inom 3 veckor med eventuella frågor eller synpunkter. Om patienten återkommer kan ett kompletterande yttrande begäras. I vissa fall kan ett möte initieras.
- Patientnämnden avslutar sen ärendet.
- Avslutade ärenden sammanfattas, avidentifieras och återrapporteras till verksamhetschefen, chefläkare och politiker i Patientnämnden Region Jönköping.

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 28

Gemensam/nationell kommunikationsplan

Diarienummer: 2021-46 A

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- godkänna justerad kommunikationsplan och lägga till handlingarna.

Sammanfattning

Kommunikationsplanen har tidigare godkänts men har nu justerats.

Beslutsunderlag

Gemensam/Nationell kommunikationsplan

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnderna i Sverige

Kommunikationsplan för gemensamma kommunikationsinsatser för patientnämnderna i Sverige

Detta är en gemensam kommunikationsplan för alla patientnämnder i Sverige. Den beskriver i korthet nämndernas uppdrag och mål, samt prioriteringar och andra förutsättningar för de kommunikationsinsatser som planeras och genomförs i samverkan mellan patientnämnderna.

Inledning

Alla landets patientnämnder har som uppgift att stödja och hjälpa patienter som vill framföra klagomål eller synpunkter på framför allt den offentligt finansierade vården i Sverige. Patientnämnderna har också uppdraget att förordna stödpersoner åt personer som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården eller isoleras enligt smittskyddslagen. Dessa uppgifter rymmer ett stort mått av kommunikativa insatser, både i direkt dialog med patienter och närstående och med företrädare för vården och allmänheten. Dessutom är det viktigt för patientnämnderna att även mera allmänt sprida information om sin verksamhet till bland annat politiker och media.

Patientnämnderna i landet är av varierande storlek och har därför olika möjligheter att ägna resurser och kraft åt att marknadsföra sig. Tanken bakom en gemensam kommunikationsplan är att även de mindre förvaltningarna/kanslierna ska involveras och få draghjälp med att marknadsföra sig.

I förarbetet till lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården uttalas att ”det är angeläget att den stödjande funktionen utvecklas och blir mer likvärdig över landet”, vilket kan tolkas som att den information som ges till patienter/allmänhet ska vara likartad i hela landet. Genom ett nationellt samarbete patientnämnderna emellan, ges bättre möjligheter för detta. Dessutom kan både ekonomiska och personella resurser nyttjas bättre och en enhetlig nationell bild av patientnämndsverksamheten ges.

Uppdrag

Patientnämnderna ska genomföra analyser av inkomna ärenden, uppmärksamma vården på riskområden och hinder för utveckling av vården samt föreslå åtgärder för förbättring (3 §). I lagen fastslås också att patientnämnden ”ska informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonalen och andra berörda om sin verksamhet” (2 §). Marknadsföringsuppdraget är med andra ord uttalat och de enskilda patientnämnderna ska bedriva ett offensivt, aktivt och tydligt målgruppsinriktat kommunikationsarbete.

I möjligaste mån ska de kommunikations- och marknadsföringsinsatser som genomförs vara anpassade till det moderna kommunikationssamhället med dess tekniker och kontaktmönster.

Övergripande mål

Målet för den gemensamma kommunikationen är att:

- medarbetare i vården ska ha kännedom om patientnämnden och kunna informera om patientnämndens roll i klagomålssystemet samt stödpersonsuppdraget
- allmänheten ska ha kännedom om patientnämnden och vilken hjälp den kan få av patientnämnden om man har synpunkter eller klagomål på vården
- allmänheten ska ha kännedom om att den kan vända sig till patientnämnden för att få information om rättigheter i vården
- allmänheten ska ha kännedom om att patientnämnden är oberoende och opartisk.

Strategiska val

- Kommunikationsinsatserna ska prioriteras med utgångspunkt från det värde som de skapar nationellt och med hänsyn till de resurser som avsätts.
- De insatser som görs ska bidra till att värdet av inkomna synpunkter och klagomål lyfts hos vården och andra aktörer, vilket ska genomsyra allt vi kommunicerar.
- Gemensamma aktiviteter av större storlek bestäms av patientnämndernas nationella nätverk.
- Vid nationella gemensamma aktiviteter används en gemensam grafisk profil.
- En aktivitetsplan för planerade gemensamma insatser upprättas och beslutas av patientnämndernas nationella tjänstemannanätverk.
- Alla patientnämnder, stora som små, ska känna delaktighet i gemensamma kommunikationsaktiviteter. Lokala aktiviteter styrs av respektive region.

Förankring

Kommunikationsplanen ska förankras i respektive nämnd/förvaltning.

Beslut om aktivitetsplan och ekonomisk fördelning

Vid gemensamma aktiviteter tillkommer kostnader som varje patientnämnd får betala på årsbasis. Styrgruppen för patientnämndernas nationella tjänstemannanätverk lämnar förslag på aktivitetsplan och ekonomisk fördelning som beslutas vid nätverkets gemensamma möten.

Uppföljning – avstämning, utvärdering

Genomförda aktiviteter ska fortlöpande utvärderas och återrapporteras till styrgruppen för patientnämndernas nationella tjänstemannanätverk.

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 33

"Agera för säker vård"

Skriften "Agera för säker vård" har tidigare skickats till alla ledamöter.

Beslut

Patientnämndens presidium

- Föreslår patientnämnden diskutera: Vad är patientnämndens roll i detta för att öka patientsäkerheten?

Sammanfattning

Patientnämndens presidium ställer frågan till patientnämnden: Vad är patientnämndens roll i detta för att öka patientsäkerheten?

Beslutsunderlag

Agera för säker vård

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

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, 56), 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, Johnér bildbyrå AB (sid 36),
Cultura Creative, Johnér bildbyrå AB (sid 54).

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 Nationell samverkan och stöd

- 22 Nationell samordning behövs för ett kraftfullt genomförande

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 Uppföljning bidrar till en säker vård
- 55 Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

57 Aktörer med uppdrag och ansvar inom patientsäkerhetsområdet

- 58 Många aktörer bidrar till en säkrare vård
- 58 Myndigheter har uppdrag som främjar patientsäkerheten
- 62 Nationella organisationer bidrar till en säkrare vård
- 64 Socialstyrelsens bedömningar kring övergripande ansvar och roller

66 Ordlista

68 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:

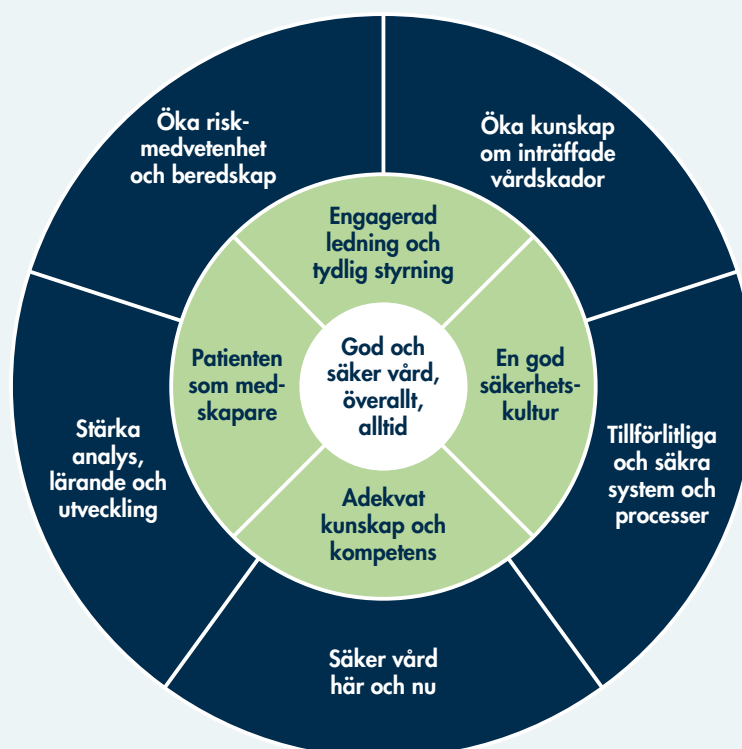
- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

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?

männa 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.

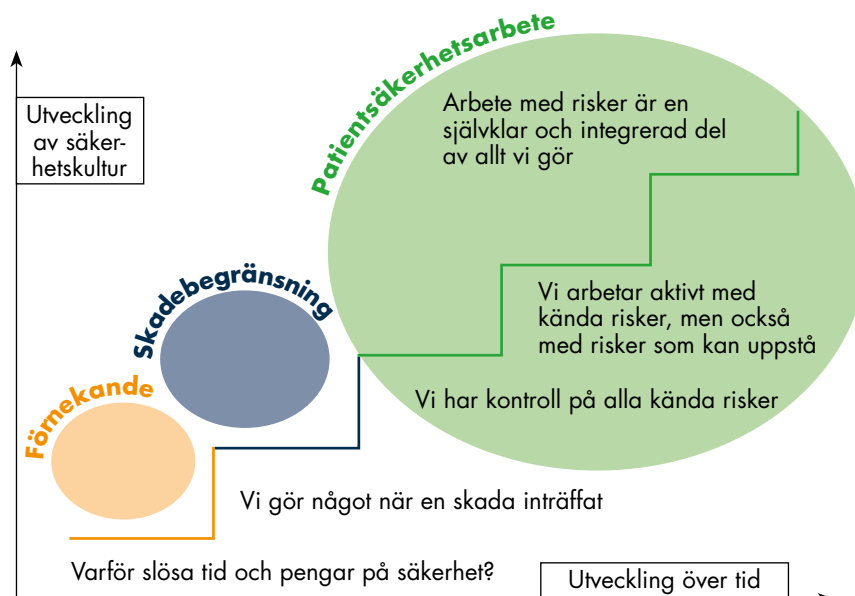
Sverige deltar också aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom WHO:s resolutionsarbete inom Global Action on Patient Safety.

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 in a white coat is shown in profile on the left, leaning towards an elderly woman with short white hair. The woman is wearing a light pink button-down shirt and dark pants. She has a gentle smile and is looking towards the professional. The background is a plain, light-colored wall with a yellow lampshade visible 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 samverkansparter, 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 överenskommelse 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 framtidspana, 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

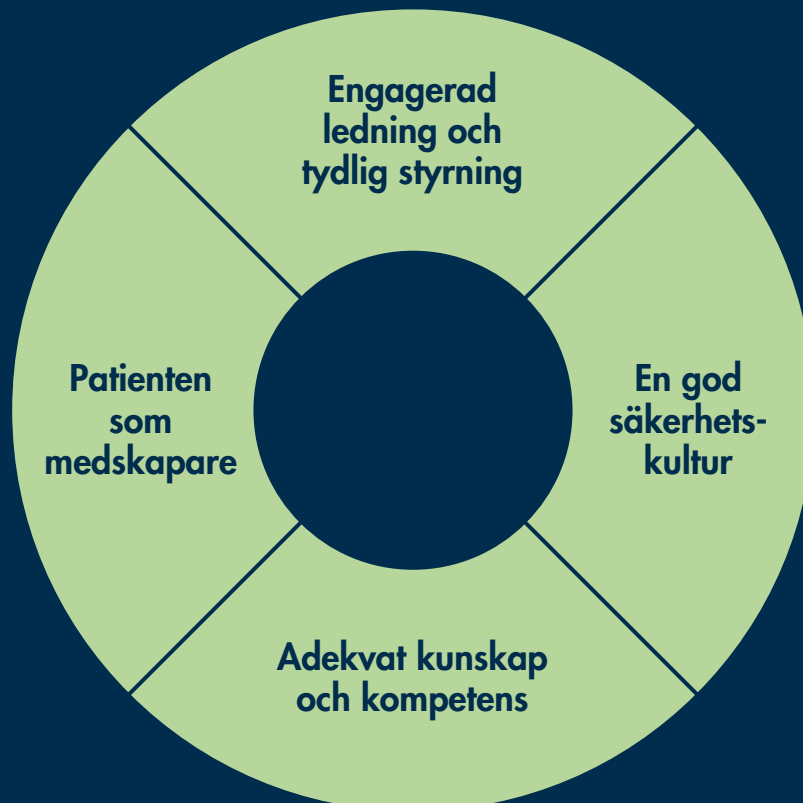


En fjärdedel av de patienter som återinläggs på sjukhus har en skada som uppstått i kontakt med sjukvården.

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 organisatoriska gränser 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 patientnära 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 egenvård.

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 nivåstrukturering 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 Ömsidiga Försäkringsbolag, Läkemedelsverket, 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.

ett 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.

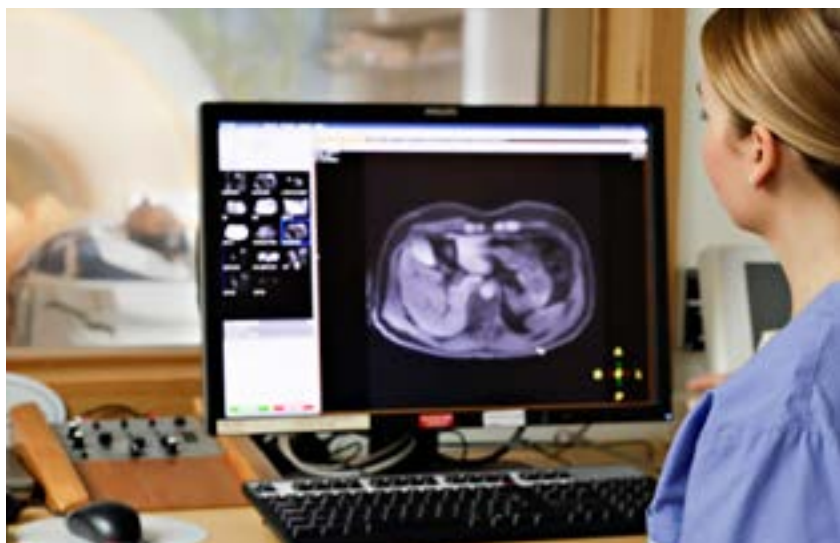
Ändamålsenliga processer och rutiner, dokumentationssystem och utrustning bidrar till patientsäkerheten. Med en samsyn om hur olika processer och arbetsuppgifter kan utföras, mindre oönskad variation i hur arbetet utförs och uppföljning och återkoppling av resultat kan en förutsägbarhet i arbetet och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

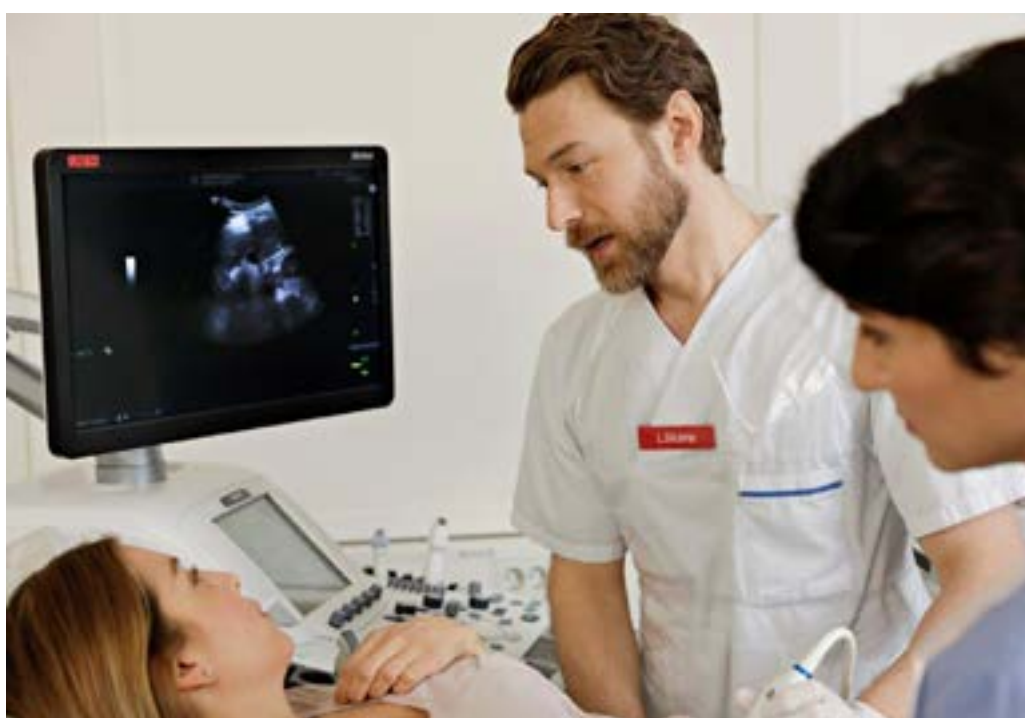
störningar, anpassningar och respons på möjligheter är en nödvändig och normal del av en komplex och dynamisk verklighet. Då är det centralt att förstå varför och hur organisationer upprätthåller en god, säker och hållbar vård under varierande betingelser.

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 förmåga att hantera risker och agera på alla organisatoriska nivåer
- följer upp och dagligen säkerställer patientsäkerheten på alla nivåer
- säkerställer yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom kompetensutveckling och fortbildning på alla nivåer
- verkar för en god arbetsmiljö och tillämpar en säker bemanning och schemaläggning som utgår från kunskap om medarbetarnas erfarenhet och kompetens och främjar kontinuitet
- skapar möjlighet för patienter och närstående att aktivt kunna bidra i patientsäkerhetsarbetet.

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 introduktionsprogram 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 samverkansgrupp 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 arbets sätt i vården bidrar till säkerhet och risker
- identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem.

Analys 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 kunskapspridning.

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.

A healthcare professional in a blue uniform is measuring a patient's blood pressure. The patient is a woman with short dark hair, wearing a white shirt. She has a blue blood pressure cuff on her left arm. The healthcare professional is using a stethoscope to listen to the patient's arm. The background is a plain, light-colored wall.

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.

Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

Ett antal myndigheter har ansvar för uppföljning av olika delar av patientsäkerheten, liksom vårdgivarna själva. Det är flera nationella aktörer som redovisar uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Det finns olika register och databaser hos myndigheter och nationella organisationer. Det pågår också flera nationella satsningar och

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.

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 ett 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 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. 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 offentlig 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
<p>Riksdag och regering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Socialstyrelsen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Berörda myndigheter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - bilda nationella arbetsgrupper inom prioriterade områden - leda och samordna regionernas patientsäkerhetsarbete - bidra till utveckling och uppföljning
Professionsföreningar och fackförbund	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 uttömmande 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 terminologilärens 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 grupper 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

Risikområde, 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).

Patientskadelagen (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? lakttagelser 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

Hälsa- 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

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

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 36

Presentation av sektion chefsläkare - till nämndssammanträdet

Handläggare informerar om att chefläkarna kommer till patientnämndens sammanträde den 22 april.

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 37

Granskning av klagomålshantering

Diarienummer: RJL 2021/206

Förslag till beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Godkänner föreliggande skrivelse som svar på revisorernas granskningsrapport samt överlämnar den till regionfullmäktige och regionrevisionen.

Sammanfattning

Regionrevisionen har genomfört en granskning av klagomålshanteringen inom Region Jönköpings län för att se om klagomålshanteringssystemet inom Region Jönköpings län är ändamålsenligt.

Sakkunnigt biträde har erhållit information från ordförande i patientnämnden och tjänstepersoner vid regionledningskontoret men även från verksamhetsföreträdare i hälso- och sjukvården.

Beslutsunderlag

Granskningsrapport från regionrevisionen

Yttrande till regionrevisionen

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden §§ 1-13

Tid: 2021-02-22 kl. 13:00

Plats: Digitalt sammanträde

§ 9

Granskning av klagomålshantering

Diarienummer: RJL 2021/206

Beslut

Patientnämnden

- Ger handläggarna i uppdrag att ta fram förslag till svar för beslut vid nästkommande nämndsmöte.

Sammanfattning

Patientnämnden har tillsammans med nämnden för folkhälsa sjukvård har fått i uppdrag att yttra sig som följd av den granskning som regionrevisionen genomfört av klagomålshantering.

Beslutsunderlag

- Regionrevisionens skrivelse avseende Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län
- Revisionsrapport från pwc: Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden

Granskning av klagomålshanteringen

Förslag till beslut

Patientnämnden

- Godkänner föreliggande skrivelse som svar på revisorernas granskningsrapport samt överlämnar den till regionfullmäktige och regionrevisionen.

Sammanfattning

Regionrevisionen har genomfört en granskning av klagomålshanteringen inom Region Jönköpings län för att se om klagomålshanteringssystemet inom Region Jönköpings län är ändamålsenligt.

Sakkunnigt biträde har erhållit information från ordförande i patientnämnden och tjänstepersoner vid regionledningskontoret men även från verksamhetsföreträdare i hälso- och sjukvården.

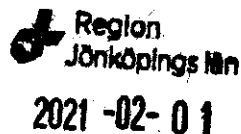
Svar på revisorernas bedömning och rekommendationer

Ordföranden och tjänstepersoner har efter intervjuer fått faktagranska rapporten och då återkopplat sakfel och missuppfattningar i rapporten. Delar av detta har korrigerats men ändå kvarstår sakfel och missuppfattningar kring hur klagomålshanteringen fungerar. Patientnämnden noterar och beaktar de rekommendationer som framförs av revisorerna samt konstaterar att dessa är uppfyllda.

PATIENTNÄMNDEN

Kjell Ekelund
Ordförande

Regionrevisionen



Regionfullmäktige

För beaktande till: Nämnden för folkhälsa och sjukvård, Patientnämnden

Dnr RJL 2021/206

Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län

Nya regler för klagomålshantering har börjat gälla från januari 2018. De nya reglerna innebär att det i första hand är vårdgivaren som ska ta emot klagomål från patienter och närstående. Patientnämnden har fortsatt ansvar att säkerställa att klagomål framförs till verksamheten samt blir besvarade.

För Region Jönköping innebär detta att utredningsansvar flyttas från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till regionen. Visst utredningsansvar har IVO fortsatt. Skyldigheten avser endast ”att utreda händelser som inneburit att patienten fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller avlidit. IVO ska även utreda klagomål som gäller tvångsvård och händelser som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat självbestämmande, integritet eller rättslig ställning.”

Syftet med granskningen är att bedöma om klagomålshanteringssystemet inom Region Jönköpings län är ändamålsenligt.

Revisionsrapporten i sin helhet är bifogad detta missiv.

Revisorernas bedömning och rekommendationer

Revisorernas sammanfattande bedömning är att patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård delvis säkerställt ett ändamålsenligt klagomålshanteringssystem i Region Jönköpings län.

Revisorernas bedömning är att de styrande dokumenten är tydliga. Dock har brister noterats i efterlevnaden av dessa dokument då verksamheter har skapat olika arbetssätt för att hantera klagomål.

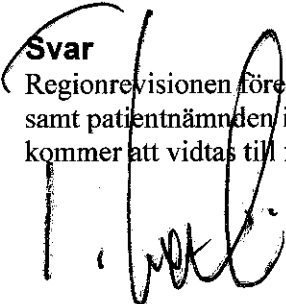
Revisorerna rekommenderar Region Jönköpings län att:

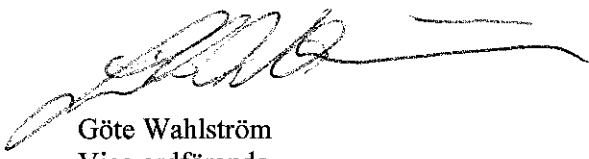
- 1. säkerställa att styrande dokument efterlevs för att främja ett enhetligt arbetssätt*
- 2. ge förutsättningar för en ökad dialog mellan nämnderna för ytterligare förbättrad samverkan*
- 3. säkerställa att klagomålshantering följs upp på nämndernas kvartalsvisa dialogträffar*



Svar

Regionrevisionen föreslår att regionfullmäktige ger nämnden för folkhälsa och sjukvård samt patientnämnden i uppdrag att senast 3 maj 2021 svara på vilka åtgärder som kommer att vidtas till följd av granskningens resultat och revisorernas rekommendationer.


Thomas Werthén
Ordförande


Göte Wahlström
Vice ordförande

Granskning av klagomålshantering

Region Jönköpings Län

Januari 2021

 Region
Jönköpings Län

2021-02-01

R02 2021/206

Petra Ribba

Karolin Hamner

Eva Lidmark



Innehållsförteckning





Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2	Syfte och
revisionsfrågor	4
1.3 Avgränsning	4
1.4 Metod	4
2. Iakttagelser och bedömningar	6
2.1 System för att hantera klagomål	6
2.1.2 Bedömning	8
2.2 Hantering av synpunkter och klagomål	8
2.2.2 Bedömning	12
2.3 Förbättringsåtgärder i verksamheten	12
2.3.2 Bedömning	14
2.4 Information till allmänheten om klagomålssystemet	15
2.4.2 Bedömning	15
2.5 Samverkan mellan nämnderna avseende klagomålssystemet	16
3. Bedömningar utifrån revisionsfråga	18
3.2 Rekommendationer	19
Granskade dokument	20

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna inom Region Jönköpings Län genomfört en granskning av klagomålshantering. Granskningens syfte är att bedöma om klagomålshanteringssystemet inom Region Jönköpings Län är ändamålsenligt.

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande revisionella bedömning att patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård delvis säkerställt ett ändamålsenligt klagomålshanteringssystem inom Region Jönköpings Län.

Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömning av revisionsfrågor. Bedömningen återfinns i sin helhet under respektive område i rapporten.

Revisionsfråga	Kommentar	
Finns ett ändamålsenligt system för att hantera klagomål i Region Jönköpings Län?	Uppfylld	
Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt?	Delvis uppfyllt	
I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?	Uppfylld	
Hur har allmänheten informerats om klagomålssystemet?	Delvis uppfyllt	

Är samverkan mellan patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård avseende klagomålssystemet ändamålsenlig?

Delvis uppfyllt



Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård:

- Säkerställ verksamheternas efterlevnad till de styrande dokumenten.
- Ge förutsättningar för en ökad dialog mellan nämnderna för ytterligare förbättrad samverkan.
- Säkerställ uppföljning av klagomålshanteringen på nämndernas kvartalsvisa dialogträffar.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Ny lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården började gälla från januari 2018. Den nya lagen innebär att det i första hand är vårdgivaren som ska ta emot klagomål från patienter och närstående. Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att hjälpa patienter att framföra klagomål till vårdgivarna så att patienter ska kunna ta till vara sina intressen inom hälso- och sjukvården. Patientnämnden ska också förmedla information till allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet.

För Region Jönköpings Län innebär detta att utredningsansvar avseende klagomål flyttas från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) till regionen. IVO utreder anmälningar om allvarigare händelser inom vården där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. Region Jönköpings Läns utökade utredningsansvar kräver ändamålsenliga system, processer och rutiner för att kunna hantera detta.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet är att bedöma om klagomålshanteringssystemet inom Region Jönköpings Län är ändamålsenligt.

- Finns ett ändamålsenligt system för att hantera klagomål i Region Jönköpings Län?
- Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt?
- I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?
- Hur har allmänheten informerats om klagomålssystemet?
- Är samverkan mellan patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård avseende klagomålssystemet ändamålsenlig?

1.3 Avgränsning

Granskningen avser nämnden för folkhälsa och sjukvård samt patientnämnden. Granskningens definition av klagomålshanteringssystem innebär styrande dokument, processer och IT-system.

1.4 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av riktlinjer, rutiner, sammanträdesprotokoll samt övrig dokumentation inom området. Granskningen har också genomförts med hjälp av intervjuer med följande:

- Kanslidirektör
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Biträdande sjukvårdsdirektör
- Ordförande patientnämnden
- Ordförande nämnden för folkhälsa och sjukvård
- Tre handläggare inom patientnämnden

- Verksamhetschef Vårdcentralen Läkarhuset
- Verksamhetschef Gislaveds vårdcentral
- Verksamhetschef Urologkliniken Värnamo sjukhus
- Verksamhetschef Ortopedkliniken Värnamo sjukhus

Urvalet av de intervjuade verksamheterna gjordes utifrån patientnämndens sammanställning av inkomna klagomål för 2019 för respektive verksamhet inom Region Jönköpings Län. Utifrån sammanställningen valdes två verksamheter inom öppen vård och två verksamheter inom sluten vård för intervjuer med dess verksamhetsföreträdare. Urvalet av de två verksamheterna inom sluten vård respektive öppen vård gjordes genom att välja en verksamhet med ett lägre antal klagomål och en annan med ett högre antal klagomål. Under 2019 hade vårdcentralen Läkarhuset 1 klagomål, Gislaveds vårdcentral 24 klagomål, Urologkliniken på Värnamo sjukhus 2 klagomål och Ortopedkliniken på Värnamo sjukhus 26 klagomål

Innan rapporten fastställts har samtliga tjänstepersoner samt förtroendevalda som har intervjuats getts möjlighet att faktakontrollera rapporten. Utifrån erhållna synpunkter inom ramen för vår faktakontroll har vi genomfört relevanta justeringar, fastställt våra bedömningar samt upprättat rekommendationer inom området. Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats internt av PwC. Kvalitetssäkringen innefattar genomläsning och analys av utkast av rapport innan färdigställande av rapportens utformning i förhållande till uppdragsbeskrivningen.

2. Iakttagelser och bedömningar

2.1 System för att hantera klagomål

Revisionsfråga 1: Finns ett ändamålsenligt system för att hantera klagomål i Region Jönköpings Län?

Enligt nämnden för folkhälsa och sjukvårds reglemente ska nämnden utöva ledning av regionens hälso-, sjuk- och tandvård enligt gällande lagstiftning. Nämnden ansvarar också för att följa upp och utvärdera egen och utlagd verksamhet samt vidta åtgärder för att anpassa och effektivisera verksamheten. Nämnden ansvarar vidare för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Enligt patientnämndens reglemente ska nämnden se till att dess verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt, föreskrifter i lag eller förordning samt bestämmelser i reglementet. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, privata vårdgivare med avtal, regionfinansierad tandvård samt länets kommuner. Detta ska ske genom att:

- Hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvård och tandvård
- Främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
- Rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.
- Informera allmänhet, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet.

Patientnämndens uppdrag och mål framgår mer i detalj i patientnämndens och patientnämndens kanslis verksamhetsplan 2019-2020. Där framgår att nämnden ska:

- Säkerställa att barnets bästa alltid beaktas i ärende gällande barn
- Se över rutinerna för dokumentation av patienternas klagomål och synpunkter
- Skapa goda förutsättningar för att analysera inkomna klagomål och synpunkter.

Det framgår också att patientnämnden inte har disciplinära befogenheter, inte kan göra medicinska bedömningar och inte heller har tillgång till journaler.

Rutiner för klagomålshantering inom hälso- och sjukvårdsverksamheten

Rutinen för att hantera synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård är dokumenterad i dokumentet: Rutinbeskrivning för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso-och sjukvård och tandvård (2018-01-08).

Dokumentet Riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård (2018-01-08) redogör för vårdverksamhetens och

patientnämndens ansvar och roller avseende klagomålssystemet samt ansvaret för uppföljning inom Region Jönköpings Län. Uppföljning av synpunkter och klagomål följer linjeansvaret. Riktlinjen anger även flertalet framgångsfaktorer för en ändamålsenlig hantering av synpunkter och klagomål såsom:

- Arbeta förebyggande
- Beklaga händelsen
- Agera snabbt
- Vara tydliga
- Agera trovärdigt
- Lära och utveckla
- Ge stöd till medarbetare

Av riktlinjen framgår att patienters synpunkter och klagomål i första hand ska besvaras av berörd verksamhet. Patienten ska få en förklaring av vad som hänt och en förklaring till varför det hänt. Vidare ska patienten, när det är relevant, även få veta vilka åtgärder som vårdgivaren vidtar för att inte händelsen ska ske igen. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns lokala rutiner och en organisering och ansvarsfördelning som skapar förutsättningar för att efterleva riktlinjerna. Verksamhetschefen ska efterleva aktuella riktlinjer och rutiner. Det framgår också av dokumentet att den sektion inom Folkhälsa och sjukvård som benämns "chefläkare och patientsäkerhet" ansvarar för uppföljningen på övergripande nivå. Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för redovisning till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

I en av verksamhetsintervjuerna framkommer att det finns internt standardiserat material att använda vid introduktion av nya chefer och medarbetare som involverar klagomål- och avvikelssystem. Vid intervjuer framgår inte i vilken omfattning som materialet används.

Verksamheterna använder verksamhetssystemet Synergi för hantering av synpunkter och klagomål. Vid intervjuerna med verksamheterna framkommer att verksamhetssystemet är svårhanterligt men ändamålsenligt, framförallt när det kommer till klagomål av mer allvarlig karaktär eller ärenden som involverar flera kliniker. Det finns en dokumenterad instruktion för att registrera ärenden i Synergi som regionen tillhandahåller och som anses vara ett bra stöd.

Vid intervjuer med hälso- och sjukvårdsverksamheterna framkommer överlag positiva åsikter om regionens system för klagomålshantering. De intervjuade upplever det som positivt att klagomålssystemet strukturerades och formaliserades tack vare ny lagstiftning, och med anledning av den, även nya interna förhållningssätt till klagomålssystemet inom regionen.

Rutiner för klagomålshantering inom patientnämnden

Patientnämnden använder idag verksamhetssystemet Vårdsynpunkter för dokumentering av synpunkter och klagomål och som diarium. Under 2021 ska även patientnämndens ärenden inkluderas i Synergi, som en egen modul. Det kommer att bli en förbättring för patientnämnden att arbeta i Synergi då det blir enklare att synliggöra klagomål för verksamheterna då de är vana att arbeta i Synergi.

Enligt patientnämndens reglemente ska nämnden senast sista februari varje år lämna dels en redogörelse för sin verksamhet, dels en analys av verksamheten föregående år till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt till Socialstyrelsen. Redogörelsen ska även lämnas till regionfullmäktige före den sista februari. Enligt intervjuer görs detta genom en årsrapport. Rapporten anmäls till fullmäktige där den protokolleras som ett anmälningsärende och läggs till handlingarna.

I patientnämndens och patientnämndens kanslis verksamhetsplan 2019-2020 framgår att det finns behov av nya strukturer och metoder för analys av ärenden för att på bästa sätt kunna utföra uppdraget. Enligt verksamhetsplanen är därför samarbetet med övriga patientnämnder i landet och andra aktörer av största vikt.

2.1.2 Bedömning

Vi bedömer att det finns ett ändamålsenligt system för att hantera klagomål inom Region Jönköpings Län. Revisionsfrågan bedöms **uppfylld**.

Vår granskning visar att det finns styrande och stödjande dokument som avser klagomålshanteringen i och med nämndernas reglemente, riktlinje samt rutinbeskrivning. Dokumenten innehåller tydliga ansvarsfördelningar för nämnderna. Det finns också standardiserat utbildningsmaterial för nya chefer och medarbetare avseende klagomålshanteringsystemet. Vi ser positivt på att regionen ska börja använda ett och samma verksamhetssystem för klagomålshanteringen.

2.2 Hantering av synpunkter och klagomål

Revisionsfråga 2: Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt?

Av patientnämndens årsrapport från 2019 framgår att 951 ärenden inkom till patientnämnden under 2019. Av patientnämndens delårsrapport per 31 augusti 2020 framgår att det registrerats 595 klagomålsärenden av patientnämnden till och med 31 augusti 2020.

Tabellen nedan redogör för antalet klagomålsärenden som inkommit till regionen över tid. Tabellen visar att antalet klagomål under de senaste fyra åren ökat medan antalet klagomålsärende som inkommit via IVO har minskat under samma period. Det förklaras av de nya bestämmelserna 2018. Regionens patientsäkerhetsberättelse anger även att ökningen kan vara kopplad till en högre efterlevnad av interna rutiner.

	2016	2017	2018	2019
Antal enskildas klagomål (IVO)	144	133	59	46
Totalt antal ärenden patientnämnden	653	746	843	951
Totalt antal registrerade patient-/kundsynpunkter i Synergi	555	481	571	721

Tabell 1: Antalet inkomna klagomål och synpunkter över tid, *Patientsäkerhetsberättelse 2019*.

Klagomål och synpunkter från patienter och närstående kommer in till regionen på olika sätt. De kan inkomma under ett fysiskt vårdmöte eller behandling, via brev, e-post, telefonsamtal, 1177 Vårdguidens e-tjänster, IVO och/eller via patientnämnden. Enligt intervjuer kan klagomål och synpunkter även inkomma direkt till verksamhetschefer.

Rutinbeskrivningen beskriver hur verksamheterna ska gå tillväga för att hantera inkomna synpunkter och klagomål. Där finns exempel och vägledning för ärendegången av inkomna klagomål och synpunkter inom regionen. Rutinbeskrivningen innehåller följande rubriker:

- Kontrollera att ärendet kommit rätt
- Ankomstregistrera ärendet och gör en första bedömning
- Bekräfta att synpunkten eller klagomålet tagits emot
- Starta vid behov en utredning
- Besvara klagomålet
- Samarbeta med patientnämnden
- Vidta relevanta åtgärder
- Särskilda regler vid vårdskada.

Dokumentet innehåller även exempel på hur ett skriftligt eller muntligt standardsvar till patienten kan se ut. Vårdgivaren har fyra veckor på sig att besvara anmälares synpunkt eller klagomål och redogöra för eventuella förbättringsåtgärder. Om ett klagomål rör flera vårdgivare eller verksamheter ska den vårdverksamhet som tagit emot ärendet ansvara för att kontakta övriga inblandade och se till att de inblandade vårdverksamheterna kommer överens om vem som återkopplar med ett fullständigt svar till patienten.

Enligt rutinbeskrivningen ska verksamheterna använda verksamhetssystemet Synergi för att hantera klagomål och synpunkter. I första hand ska den som tar emot klagomålet eller synpunkten registrera i Synergi. Sedan ska ärendet vidarebefordras av ärendesamordnare inom den aktuella enheten till antingen verksamhetschef, medicinskt ansvarig eller till enhetschef för handläggning. Det framgår också att hanteringen i verksamhetssystemet inte får innebära att svarstiden förlängs. I flera intervjuer framkommer det dock att systemet är alltför krångligt för att registrera mindre allvarliga eller enkla ärenden. Det påpekas också i flertalet intervjuer att många inkomna klagomål och synpunkter är av ett enklare och mindre allvarligt slag.

I en av intervjuerna uppger verksamhetschefen att verksamheten använder regionens interna dokument då verksamheten är liten och det inte finns behov av att upprätta aktualisera lokala rutiner för hantering av klagomål. Regionens dokument upplevs som tydliga och fullständiga. Denna uppfattning bekräftas även i andra intervjuer med verksamhetsföreträdare.

Enligt intervjuerna med verksamheterna uppfattar verksamhetscheferna det som att verksamheten har en god efterlevnad av regionens rutin och riktlinje. De intervjuade förklarar att ledtider hålls och att patienterna alltid får svar på sitt klagomål eller synpunkt samt en förklaring till vad som hänt, ofta inom ett par dagar eller under samma vecka, men alltid inom 4 veckor. Om svaret till patienterna dröjer på grund av att en längre utredning behöver ske eller på grund av frånvaro hos verksamheten får

patienten meddelande om detta. Efterlevnaden till regionens styrande och stödjande dokument klaras i många fall tack vare att verksamhetschef har ansvar för hantering av klagomål, och att denne i sin tur kan delegera arbetsuppgifter för att hantera klagomål eller ta hjälp av ledningsgrupp eller specialistfunktion för att få råd och stöd i handläggningen av ärendet. Överlag uppges det finnas en god vilja i verksamheterna att arbeta med klagomålshantering och det upplevs som ett viktigt arbete i syfte att utveckla och förbättra verksamheten.

Av intervjuer framgår att det finns lokala och varierande arbetssätt för att anpassa hanteringen av klagomål till den egna verksamhetens bemanning, organisering samt till klagomålsärendets omfattning och betydelse för patienten och för verksamheten. Exempelvis framkommer att två av verksamheterna enbart registrerar mer komplexa/allvarliga ärenden som inte kan lösas direkt med patienten eller ärenden som involverar andra kliniker i Synergi då systemet upplevs som för krångligt för att registrera enklare ärenden.

I en av intervjuerna berättar verksamhetschefen att patienterna ofta uppskattar att verksamhetschefen ringer patienten efter att patienten lämnat in klagomål. Om patienten ändå inte blir nöjd erbjuds denna en "second opinion" på ett annat sjukhus, och sedan vidare till IVO som nästa instans. Det förklaras också att de ärenden som inkommer till verksamheten från patientnämnden har patientnämndens handläggare ofta redan löst inom ramen för deras rådgivning och att verksamhetschefen sällan blir inblandad i någon större utsträckning då.

I en annan intervju med en verksamhet framgår att de har en låda där patienter kan lägga personligt skrivna meddelanden. Det händer att meddelanden om klagomål fångas upp på det sättet. I andra intervjuer med verksamhetschefer framgår att personalen är måna om att agera snabbt och fånga upp missnöje på en gång. Om de märker att patienten inte är nöjd försöker de hjälpa, hänvisa till att ta kontakt med verksamhetschefen och/eller hänvisa dem till patientnämnden eller att läsa information på 1177.

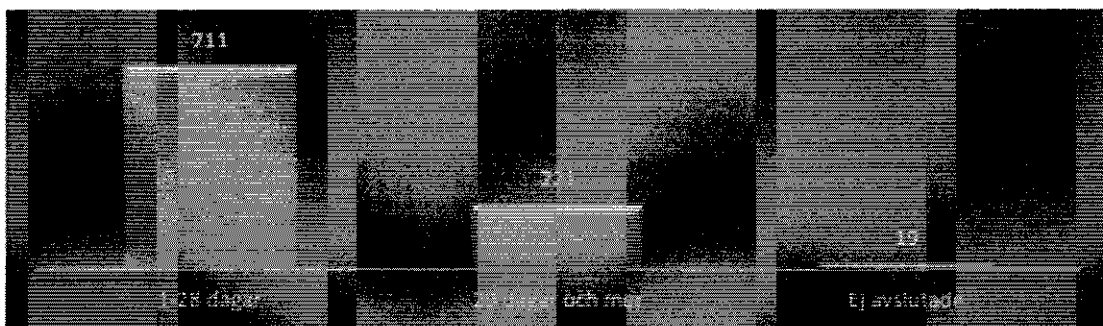
Patientnämndens handläggare använder Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige (2019-01-01) som stöd för sin handläggning och registrering av ärenden i verksamhetssystemet Vårdsynpunkter. Stödet uppges fungera bra.

Patientnämndens handlägningsprocess beskrivs enligt följande:

- Ärendena skickas oidentifierade till berörda verksamheter i en återföringsrapport efter att ärendena har sammanfattats, dokumenteras och diarieförs i ärendesystemet Vårdsynpunkter.
- Verksamhetens svar skickas till patientnämnden i form av ett yttrande som skickas vidare till patienten eller närstående.
- Tillsammans med yttrandet skickas en återkopplingsblankett för utvärdering om patienten eller närstående är nöjd med verksamhetens svar.
- Om ärendet gäller flera vårdgivare eller verksamheter ska den vårdverksamhet som tagit emot ärendet kontakta övriga inblandade och tillsammans komma överens om vem som återkopplar till patienten med ett gemensamt yttrande.

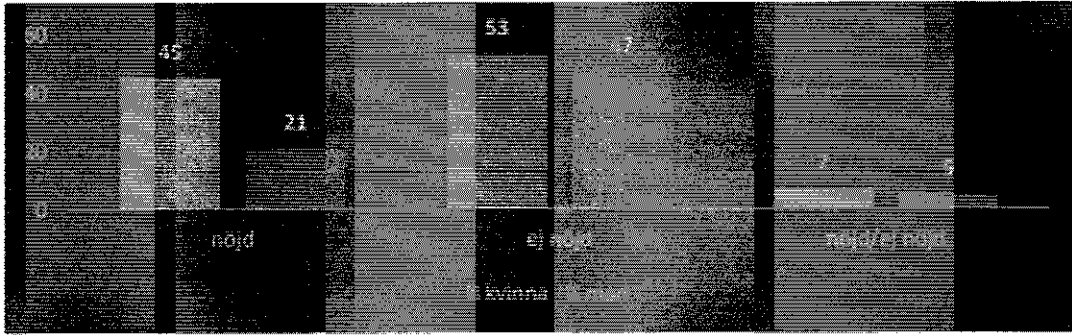
Även i detta dokument framgår att vårdgivaren har fyra veckor på sig att besvara anmälarens synpunkt eller klagomål genom ett yttrande och redogöra för eventuella förbättringsåtgärder.

Vid intervjuer med patientnämndens handläggare är deras uppfattning att patientnämndens efterlevnad till rutin och riktlinje är god. De intervjuade upplever dock att det finns förbättringsområden, framförallt i kontakten och samarbetet med vårdverksamheterna. I en av intervjuerna framkommer uppfattning om att hälso- och sjukvårdsverksamheterna brister i sin efterlevnad till rutiner och riktlinjer då enbart synpunkter och klagomål som innehåller krav på svar till patienten registreras av verksamheterna. Det framkommer också att patientnämnden, enligt rutin i handboken, skickar en påminnelse till verksamheten om inget svar från verksamheten har inkommit avseende ärendet, efter det skickas två ytterligare påminnelser vid behov, den sista skickas även med kopia till chefläkare. Enligt patientnämndens årsrapport 2019 ska patienten alltid få respons på ett klagomål, även om vårdgivaren betraktar klagomålet som obefogat. Enligt årsrapporten besvarades ca 75 procent av ärendena inom fyra veckor under 2019. Enligt rapporten kan handläggningstiden bli förlängd om patienten inte återkommit med skriftliga synpunkter till patientnämnden efter den första kontakten, eller så kan verksamheten behöva längre svarstid om ärendet är komplicerat, eller om fler verksamheter ska lämna ett gemensamt svar. Figur 1 nedan visar ärendets handläggningstid. Figuren visar att de flesta ärenden hanteras inom 28 dagar.



Figur 1: Handläggningstid av alla inkomna ärenden 2019, *Patientnämndens årsrapport 2019*

I årsrapporten redogörs även för anmälarens åsikt om verksamhetens svar. Utav samtliga återkopplingar som skickas till anmälaren har anmälaren i 50 procent av fallen skickat tillbaka sin utvärdering av verksamhetens svar till patientnämnden. Figur 2 nedan visar att många inte är nöjda med den återkoppling som berörd verksamheten har skickat. Vissa anmälare har svarat både nöjd/ej nöjd om de är nöjda med delar av svaret från verksamheten.



Figur 2: Återkoppling från anmälaren om svar från verksamheten, *Patientnämndens årsrapport 2019*

Av patientsäkerhetsberättelsen 2019 för Region Jönköpings Läns framgår att klagomål som inkommer via IVO initialt ska bedömas av chefläkaren, sedan ska den berörda verksamheten besvara klagomålet. Efter det ska chefläkaren få veta vilka åtgärder som kommer att vidtas och hur erfarenhet av ärendet kommer att spridas. Ärendegången bekräftas vid en intervju med vårdverksamheten.

2.2.2 Bedömning

Vi bedömer att synpunkter och klagomål som framförs till verksamheten och/eller patientnämnden hanteras på ett delvis ändamålsenligt sätt. Revisionsfrågan bedöms **delvis uppfylld**.

Vår granskning visar att de styrande och stödjande dokumenten anses tydliga och enkla att följa av de vi intervjuat och att dokumenten fungerar som ett bra stöd. Vi bedömer dock att efterlevnaden av regionens rutiner och riktlinje delvis brister då vi noterar att det finns varierande arbetssätt för att anpassa hanteringen av klagomål till den egna verksamhetens organisering, beroende på klagomålsärendets omfattning och betydelse för patienten och verksamheten. Genom att ärenderegistreringen i Synergi brister blir statistiken missvisande och det går inte att åstadkomma en enhetlig övergripande analys för regionen gällande klagomålshanteringen.

2.3 Förbättringsåtgärder i verksamheten

Revisionsfråga 3: I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?

Enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska regioner organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som patientnämnderna gör tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling. Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och bidra till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patientens behov och förutsättningar.

I patientsäkerhetsberättelsen 2019 för Region Jönköpings Län konstateras, utifrån en samlad analys av Lex-Maria anmälningar, patient-/kundsynpunkter, enskildas klagomål hos IVO och ärenden till patientnämnden, att det finns förbättringsområden inom flertalet områden såsom diagnostik, vård, behandling, bemötande och kommunikation.

I patientnämndens och patientnämndens kanslis verksamhetsplan 2019–2020 finns beskrivning av hur nämnden ska arbeta för att bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. I korthet ska det ske genom att skapa strukturer och metoder för analys av inkomna ärenden, samverka med andra patientnämnder, uppmärksamma IVO på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn, identifiera mottagare av nämndens rapportering samt anordna dialogmöten mellan patientnämndens presidium och nämnden för folkhälsa och sjukvård två gånger per år. Vidare ska patientnämnden arbeta på ett sätt som gör att problemområden och mönster i patienternas synpunkter och klagomål uppmärksammas och sprids, till exempel genom att särskilt uppmärksamma vissa typer av klagomål och synpunkter samt följa upp dessa områden i nämndens årsrapporter. Att nämnden arbetar i enlighet med verksamhetsplanen har verifierats genom intervjuer med patientnämnden.

Patientnämndens delårsrapporter är en del av analysarbetet som ska bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. I delårsrapport per 30 april 2020 redogörs för antalet ärenden, vad ärendet handlar om och vem som lämnat synpunkten eller klagomålet. Där finns både övergripande statistik respektive statistik per verksamhetsområde samt nämndens reflektioner. Rapporten avslutas med ett kapitel för uppföljning, analys och diskussion. Delårsrapport per 31 augusti 2020 innehåller en sammanfattande redovisning av nämndens registrerade ärenden som inkom mellan maj och augusti 2020 och som har registrerats i verksamhetssystemet vårdsynpunkter. Rapporten visar hur ärendena har fördelats internt till olika verksamheter samt olika huvud- och delproblem inom ramen för regionens inkomna klagomål. Rapporten anges vara ett underlag för analys av patienters klagomål i vården, som patientnämnden genomför tillsammans med sektion chefläkare och patientsäkerhet inom Region Jönköpings Län.

Patientnämndens årsrapport 2019 är ett underlag för övergripande uppföljning och analys av regionens klagomålshantering. Enligt årsrapporten är det få verksamheter som beskriver en systematik i arbetet att lära från patienters och närståendes klagomål och synpunkter. Två utmaningar för framtiden beskrivs vara att förändra arbetssättet inom regionen och utveckla vården efter att patientens eller närståendes klagomål inkommit och dels att analysera inkomna ärenden på en aggregerad nivå inom verksamheterna och inom patientnämnden.

För att bidra till en fördjupad förståelse av patienternas erfarenheter i mötet med vården har patientnämnden tagit fram en rapport: Den tillgängliga vården? - En analys av patienternas egna berättelser om tillgängligheten i vården 2019 (2020). Rapporten innehåller analyser av patienternas egna berättelser om deras förväntningar på och erfarenheter av tillgänglighet i vården. Även rapporten Klagomål som gäller kommunal hälso- och sjukvård inom Region Jönköpings Län - En analys av anmälarnas egna berättelser 2017–2019 (2020) har tagits fram för detta ändamål.

Vid intervju påpekas att regionen strävar efter ett ständigt förbättringsarbete och att synpunkter är den viktigaste inputen från verksamheterna. Det påpekas att verksamhetschefer är lyhörda för förändringar som passar den enskilda verksamheten. Till patientnämnden inkommer ärenden av varierande karaktär, både enklare ärenden eller när det har hänt något särskilt eller när patienterna känner att de inte har fått gehör för sina synpunkter vid mötet med vården. Enligt intervjuer har patientnämndens

handläggare en nära dialog med chefläkarfunktionen och diskuterar händelser som har hänt.

Vid intervjuer med både politiker och verksamheter framkommer att regionens hantering av klagomål tjäna två syften, dels att göra patienterna nöjda med den vård som givits samt att ge underlag för utveckling och kvalitet i vården. Vid våra intervjuer med verksamheterna bekräftas att klagomålsärenden är underlag för verksamhetsutveckling och förbättring. Exempelvis föredrar verksamhetschef (eller annan utsedd) ärenden för ledningsgrupp, enhetschefer, individer som behöver enskild handledning i bemötande och/eller kommunikation eller på arbetsplatsträffar inom den egna verksamheten (APT) efter att ärendet handlagts och patienten har fått svar. Om rutiner behöver ändras till följd av synpunkter eller klagomål beslutas detta oftast av ledningsgruppen inom verksamheten och förmedlas sedan via arbetsmöten med personalen. Det beskrivs således finnas en systematik i arbetssättet för att med hjälp av inkomna klagomål utveckla vården inom den egna verksamheten.

Exempel på konkreta förbättringar i verksamheten till följd av inkomna klagomål har framkommit under intervjuer. Dels har en verksamhet infört en skriftlig vårdplan till patienterna inför hemgång, i vilken patienten får information om varför patienten legat inne, vilken vård som har givits samt skriftlig information om återbesök. Dels förklarar en annan verksamhet att många klagomål har handlat om vårdpersonalens bemötande vilket har lett till att verksamhetschefen har genomfört handledning för personalen i hur de kan uttrycka sig vid vårdmötet för att få bättre kommunikation med patienterna.

Det förklaras också i intervjuer att när ett ärende har registrerats i verksamhetssystemet Synergi måste åtgärd anges för att komma vidare i systemet. Vidare förklaras i en intervju att det är förhållandevis enkelt att få till en åtgärd i den egna verksamheten, men att det upplevs vara svårare att få till åtgärder när flera kliniker är inblandade. Det kan ibland ta tid om vem som ska besvara och bemöta där den goda relationen till verksamhetschefer poängteras. Exempelvis kan de involverade verksamheterna anse att de efterlever sina egna rutiner men att de rutinerna inte alltid är kompatibla med andra.

I en av intervjuerna med hälso- och sjukvårdsverksamheten berättas om arbetet med Gröna korset. Gröna korset är en metod som ger verksamheten möjlighet att dagligen uppmärksamma risker och vårdskador bland annat med syfte att förebygga att patienter känner behov av att lämna klagomål. Metoden syftar till att systematiskt förbättra verksamheten. Flera verksamheter testat varianter av metoden i syfte att läsa sig av det som gått bra och lyfta hur verksamheten klarat av påfrestningar. Arbetet med gröna korset beskrivs även i regionens patientsäkerhetsberättelse 2019.

Flera verksamhetschefer berättar i intervjuer att de regelbundet diskuterar inkomna klagomål under APT-möten.

2.3.2 Bedömning

Vi bedömer att synpunkter och klagomål leder till förbättringsåtgärder i verksamheten. Revisionsfrågan bedöms **uppfylld**.

Vår granskning visar att regionen skapar förutsättningar för att ta hand om klagomål i syfte att förbättra och utveckla verksamheten. Detta sker genom systematiskt arbete

inom intervjuade verksamheter med att lyfta klagomålsärenden i olika mötesforum och att ta hjälp av ledningsgrupper för att utveckla rutiner när det är relevant. Vi noterar att de intervjuade verksamheterna tar tillvara på klagomål och ser dessa som ett hjälpmedel för att utveckla verksamheten.

2.4 Information till allmänheten om klagomålssystemet

Revisionsfråga 4: Hur har allmänheten informerats om klagomålssystemet?

Enligt lagen om patientnämndsverksamhet ska nämnden informera allmänhet, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet. Patientnämndens uppgift att hjälpa patienter att få den information de behöver för att tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården finns också beskriven i lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Regionens hemsida har information till allmänheten om hur synpunkter och klagomål kan framföras till hälso- och sjukvården. Av intervjuer framgår även att information till allmänheten finns på 1177.se samt i broschyrer.

Dokumentet Kommunikationsplan 2019–2020 för patientnämnden och patientnämndens kansli syftar till att skapa förutsättningar för ytterligare kännedom om patientnämndens verksamhet. Detta då det framkommit att kännedomen om nämndens verksamhet varierat kraftigt inom organisationen. Kommunikationsplanen redogör för befintliga och tänkbara kommunikationskanaler för patientnämnden. Planen beskriver huvudbudskap i kommunikationen till de olika målgrupperna hälso- och sjukvårdspersonal, allmänheten och andra berörda. Huvudbudskapet till allmänheten är följande: "Patientnämnden hjälper dig att få klagomål besvarade av vårdgivaren" och "Vi hjälper dig att föra fram dina synpunkter och klagomål till vårdgivaren. På så sätt bidrar vi tillsammans till att vården blir bättre!". Vidare framgår vikten av att nämnden deltar som utställare eller föreläsare vid mässor, informationsdagar och liknande arrangemang, att nämnden själv anordnar aktiviteter samt att nämnden finns representerade på exempelvis regionens webbplats eller på 1177.se. De beskrivna aktiviteterna finns även angivna i patientnämndens verksamhetsplan. Uppföljning av kommunikationsplanen ska ske i samband med delårsrapport två gånger per år. Vi kan av delårsrapporterna inte se att sådan uppföljning har skett.

Enligt intervjuer med patientnämnden framkommer att information om nämndens verksamhet är ett utvecklingsområde.

Enligt intervjuer har samtliga kommuner som har avtal med regionen information på sin hemsida om regionens patientnämnd. Det har även förekommit nationell information om patientnämnden på TV samt i väntrum. Av patientnämndens årsrapport för 2019 framgår att patientnämnden besökte verksamheterna vid ett antal tillfällen för att informera om sin verksamhet. Till exempel har de besökt ST-läkare och AT-läkare, kuratorer, politiker, barnhälsovården, politikerveckan i Almedalen på Gotland med mera. Enligt intervjuer med patientnämnden kan arbetet dock alltid bli bättre. Det uppges också att arbetet har försvårats under år 2020 på grund av Covid-19-pandemin.

2.4.2 Bedömning

Vi bedömer att allmänheten har informerats på olika sätt om klagomålshanteringssystemet. Revisionsfrågan bedöms **delvis uppfylld**.

Vår granskning visar att allmänheten informeras om klagomålshandlingen på flera olika sätt. Granskningen visar också att patientnämnden har en kommunikationsplan för att skapa förutsättningar för ytterligare ökad kännedom om patientnämndens verksamhet. Vi konstaterar dock att uppföljning av kommunikationsplanen inte sker enligt anvisat sätt.

2.5 Samverkan mellan nämnderna avseende klagomålssystemet

Revisionsfråga 5: Är samverkan mellan patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård avseende klagomålssystemet ändamålsenlig?

Enligt patientnämndens och patientnämndens kanslis verksamhetsplan 2019–2020 ska patientnämnden anordna dialogmöten mellan nämndens presidium och nämnden för folkhälsa och sjukvård två gånger per år.

Sedan hösten 2020 sker dialogmöten varje kvartal. Enligt intervjuer syftar träffarna till att få en bättre dialog då samverkan tidigare mest skett genom att patientnämnden skickat en skrivelse till nämnden för folkhälsa och sjukvård. Enligt intervjuer blev det opersonligt och svårt att samarbeta den vägen. Att parterna istället träffas har blivit mycket bättre då det är enklare att förstå varandra. Vid intervju med patientnämnden uppges att det kan vara negativt att patientnämnden inte längre skriver skrivelser till nämnden för folkhälsa och sjukvård för att förmedla information om klagomålsärenden som ska tas upp för diskussion mellan nämnderna. Detta eftersom det begränsar allmänhetens insyn i Region Jönköpings Läns hantering av inkomna klagomålsärenden då det inte produceras allmänna handlingar för allmänheten att ta del av.

En vecka innan dialogmötet träffas nämndernas respektive tjänstemän för att bereda ärenden som patientnämnden valt att lyfta och diskutera med nämnden för folkhälsa och sjukvård. Enligt intervjuer föredras inte alla ärenden till nämnden för folkhälsa och sjukvård. De ärenden som kan lösas i det förberedande mötet inför dialogmötet eller på dialogmötet stannar där. Enligt intervjuer lyfts ämnen grundat på patienternas synpunkter. Patientnämndens uppdrag handlar om att uppmärksamma hinder och/eller risker i verksamheterna. Det påtalas även att principärenden lyfts med nämnden för folkhälsa och sjukvård. På dialogmötet lämnar nämndernas presidier sina synpunkter till de ärenden som tjänstemännen beredde veckan innan. Enligt intervjuer fungerar mötesforumet och samverkan väl även om det framkommer att det önskas ännu mer dialog. Agendan för dialogmötena har kompletterats med en stående punkt om uppföljning. I patientnämndens årsrapport 2019 framgår att nämnden lyft nedanstående klagomålsrelaterade ärenden i dialogmöte med presidiet för folkhälsa och sjukvård:

- Ansvar gällande intyg till privata försäkringsbolag
- Dubbla avgifter i vården inom 24 timmar för samma anledning
- Vårdansvar och kommunikation, patientnämndsärende angående att man blir hänvisad mellan olika vårdgivare.

Nämnden för folkhälsa och sjukvård omnämner inte hantering av klagomål eller samverkan med patientnämnden i sin Verksamhetsplan för 2020.

Av intervjuer med verksamheterna framgår att samverkan med patientnämnden avseende klagomålsärenden fungerar väl. Även i intervjuer med patientnämnden framgår att samverkan med nämnden för folkhälsa och sjukvård blivit mycket bättre.

Konceptet med dialogmöten en gång i kvartalet där båda nämndernas presidier och tjänstemän är med är ett steg i rätt riktning. Samtliga parter anger dock att dialogen alltid kan bli bättre.


2.5.2 Bedömning

Vi bedömer att samverkan mellan patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård avseende klagomålssystem är delvist ändamålsenligt. Revisionsfrågan bedöms **delvis uppfyllt**

Vår granskning visar att nämnderna har börjat hitta ett fungerande arbetssätt för sin samverkan genom kvartalsvisa dialogmöten vilka föregås av en tjänstemannaberedning. Granskningen visar också att nämnderna har kompletterat agendan med en stående punkt om uppföljning. Det har dock framkommit i intervjuer att nämnderna behöver öka sin dialog i samverkan.

3. Bedömningar utifrån revisionsfråga

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande revisionella bedömning att patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård delvis säkerställt ett ändamålsenligt klagomålshanteringssystem inom Region Jönköpings Län.

Revisionsfråga	Kommentar	
Finns ett ändamålsenligt system för att hantera klagomål i Region Jönköpings Län?	Uppfylld	
Hanteras synpunkter och klagomål som framförts till verksamheten och/eller patientnämnden på ett ändamålsenligt sätt?	Delvis uppfyllt	
I vilken utsträckning leder dessa synpunkter och klagomål till förbättringsåtgärder i verksamheten?	Uppfylld	
Hur har allmänheten informerats om klagomålssystemet?	Delvis uppfyllt	

Är samverkan mellan patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård avseende klagomålssystemet ändamålsenlig?

Delvis uppfyllt



3.2 Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till patientnämnden och nämnden för folkhälsa och sjukvård:

- Säkerställa verksamheternas efterlevnad till de styrande dokumenten
- Ge förutsättningar för en ökad dialog mellan nämnderna för ytterligare förbättrad samverkan.
- Säkerställa uppföljning av klagomålshanteringen på nämndernas kvartalsvisa dialogträffar.

2021-01-20

Rebecka Hansson

Uppdragsledare

Petra Ribba

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Jönköpings Län enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2020-09-22. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Granskade dokument

Reglemente för nämnden för folkhälsa och sjukvård beslutad i regionfullmäktige 2018-11-06

Patientnämndens reglemente beslutad av regionfullmäktige 2018-11-06

Patientnämndens och patientnämndens kanslis verksamhetsplan 2019–2020

Verksamhetsplan 2020 Medicinsk vård

Riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård daterad 2018-01-08 av regionledningskontoret

Rutinbeskrivning för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso-och sjukvård och tandvård daterad 2018-01-08 av regionledningskontoret.

Patientnämndens årsrapport 2019 daterad till 2020 av patientnämndens ordförande samt två handläggare.

Patientnämndens tertialrapport 1 - 2020

Patientnämndens tertialrapport 2. Redovisning av Patientnämndens registrerade 2020-05-01--2020-08-31

Delårsrapport RJL Tertial 2 2020 Region Jönköpings Län

Årsredovisning 2019 för Region Jönköpings Län med förvaltningsberättelse

Delårsrapport RJL Tertial 2 2020 Region Jönköpings Län

Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige daterad 2019-01-01. Utgiven av Patientnämnderna i Sverige.

Patientsäkerhetsberättelse 2019 Region Jönköpings Län

Rapport: Den tillgängliga vården? - En analys av patienternas egna berättelser om tillgängligheten i vården 2019 (2020) daterad 2020 av Jeanette Byskén Henriksson.

Rapport: Klagomål som gäller kommunal hälso- och sjukvård i Region Jönköpings Län - En analys av anmälarnas egna berättelser 2017-2019 daterad 2020 av Jeanette Byskén Henriksson.

Kommunikationsplan 2019-2020 patientnämnden och patientnämndens kansli daterad 2019-03-15.

Excel-fil: Redovisning antal ärende per verksamhet Region Jönköpings Län 2019

Sammanträdesprotokoll för patientnämnden år 2020

Sammanträdesprotokoll för nämnden för folkhälsa och sjukvård år 2020

Presidium - Patientnämnd §§ 24-39

Tid: 2021-04-12 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, sal

§ 38

Årsrapporten - vad jobbar vi vidare med?

Handläggarna ställer frågan om hur vi jobbar vidare med det vi uppmärksammat i årsrapporten.

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Ta fram förslag på vad vi jobbar vidare med.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1