

Patientnämnd

Tid: 2022-06-16, kl 09:00

Plats: Konferensrum Cittran, Länssjukhuset Ryhov

- 1 Öppnande och upprop
- 2 Val av protokollsjusterare
- 3 Fastställande av dagordning
- 4 Socialstyrelsen nationella handlingsplan för patientsäkerhet, utbildning.

Informationsärenden

- 5 Besök från Ortopeden
- 6 Redovisning av avslutade ärenden 2022/82
- 7 Anmälningsärenden delegationsbeslut 2022-03-21 - 2022-05-15
- 8 Åtterrapporering från Dialogmöte mellan presidierna för FS och patientnämnd

Beslutsärenden

- 9 Samsyn saknas - var finns helhetsperspektivet när patienten behöver vård från flera verksamheter Underlag till dialogmöte med FS 2022/83

Redovisning av genomförda aktiviteter

- 10 Redovisning av genomförda aktiviteter

Övrigt

- 11 Lämna återbud

Patientnämnd

Tid: 2022-06-16, kl 09:00

Kallade*Ordinarie ledamöter*

Kjell Ekelund (S), ordf

Bertil Nilsson (M), vice ordf

Eva Lundemo (C)

Ragnwald Ahlnér (KD)

Kerstin Klasson (MP)

Ersättare

Mats Antonsson (KD)

Mihai Banica (MP)

Boel Lago (C)

Carl-Johan Lundberg (M)

Mikael Ekvall (V)

Tjänstemän

Jens Christian Larsen,

verksamhetschef ortopedn

Sanna Borst, birt verksamhetschef
ortopedn

Anna Billfeldt, adm samordnare
ortopedn

Anna Stålkranz, handläggare

Sara Sjöberg, handläggare

Lena Strand, nämndsekreterare

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:

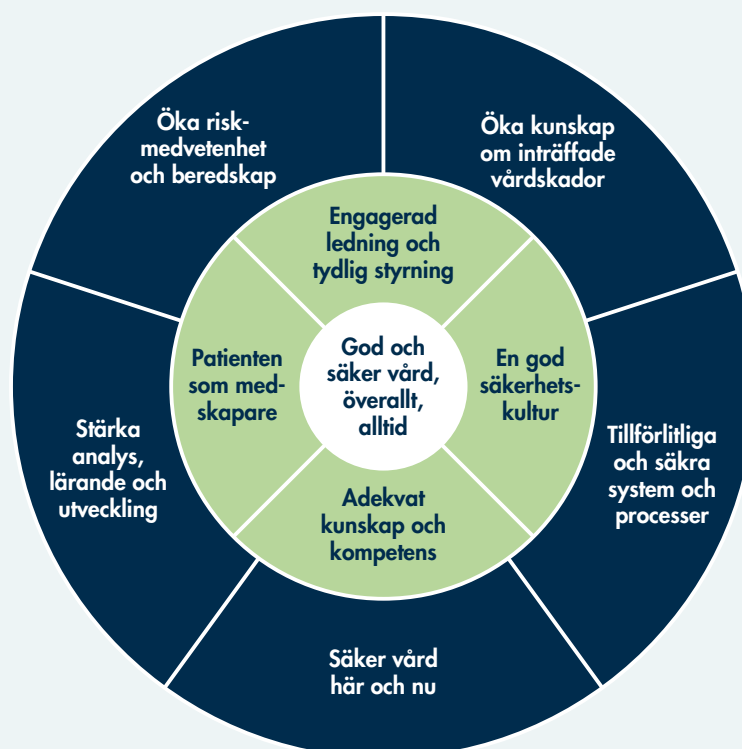
- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

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.

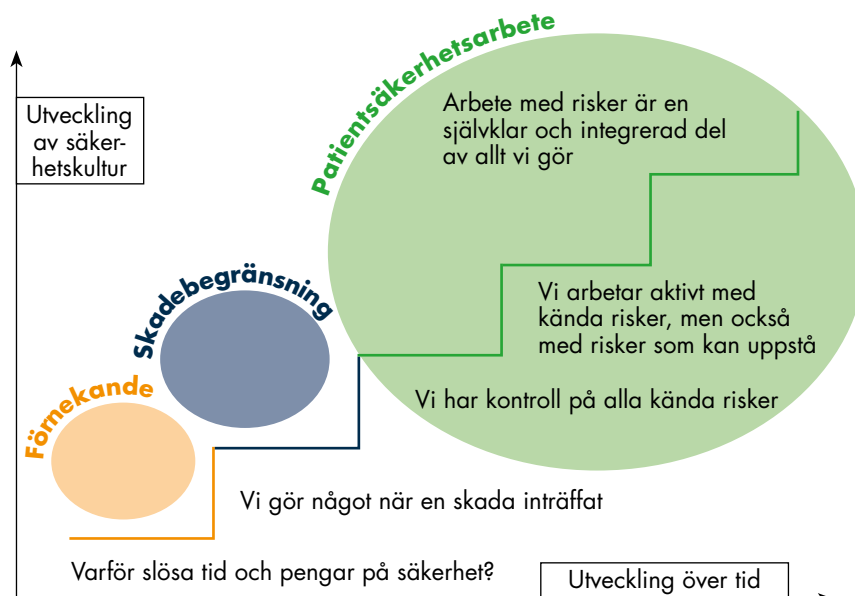
Sverige deltar också aktivt i det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom WHO:s resolutionsarbete inom Global Action on Patient Safety.

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 vårdepersonalen 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, Läke-medelsverket, Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet, patientnämnderna, Socialstyrelsen, Statens haverikommission, Strålsäkerhetsmyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner m.fl.



FOKUSOMRÅDE 2

Tillförlitliga och säkra system och processer

Detta fokusområde syftar till att

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

Et 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.

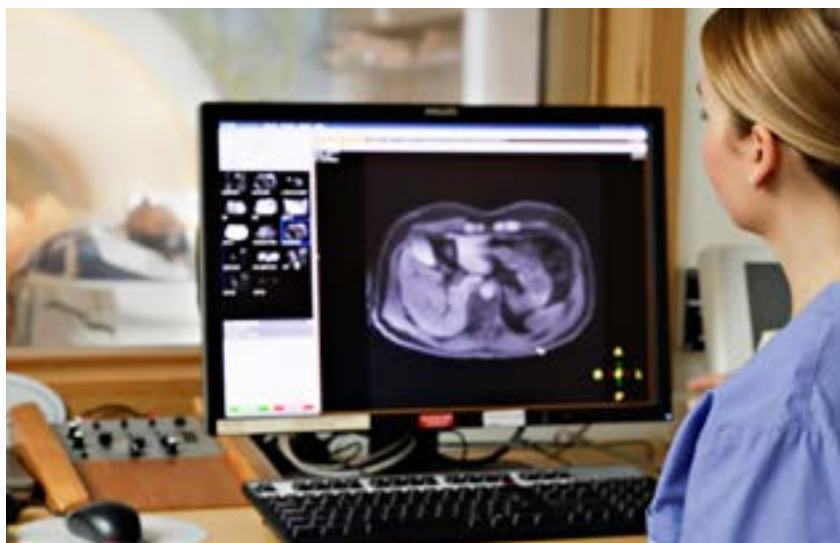
Ändamålsenliga processer och rutiner, dokumentationssystem och utrustning bidrar till patientsäkerheten. Med en samsyn om hur olika processer och arbetsuppgifter kan utföras, mindre oönskad variation i hur arbetet utförs och uppföljning och återkoppling av resultat kan en förutsägbarhet i arbetet och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

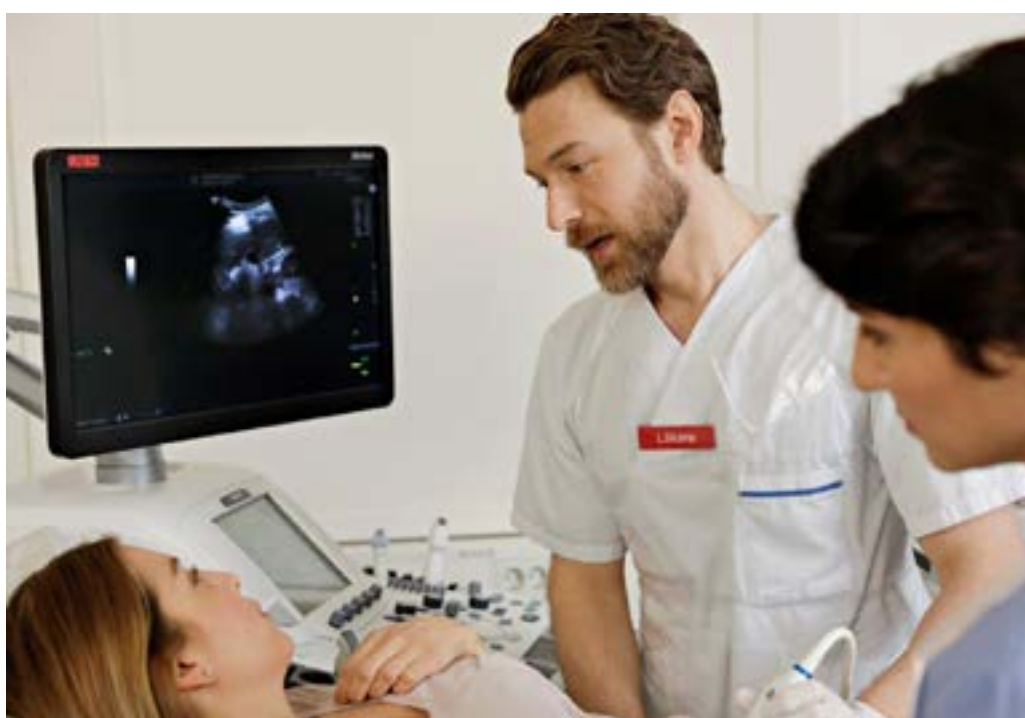
störningar, anpassningar och respons på möjligheter är en nödvändig och normal del av en komplex och dynamisk verklighet. Då är det centralt att förstå varför och hur organisationer upprätthåller en god, säker och hållbar vård under varierande betingelser.

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 arbetsätt 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 lab coat. 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 gruppers värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa skydd mot vårdskada.

Risikanalys, term: systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

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 vårdenhet 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 §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 33

Besök från Ortopeden

Planering inför besök av ortopederna och kallelse skickas till berörda.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 27

Redovisning av avslutade ärenden

Presidiet tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2022-03-21 – 2022-05-15 har 163 ärenden avslutats.

Beslutet skickas till

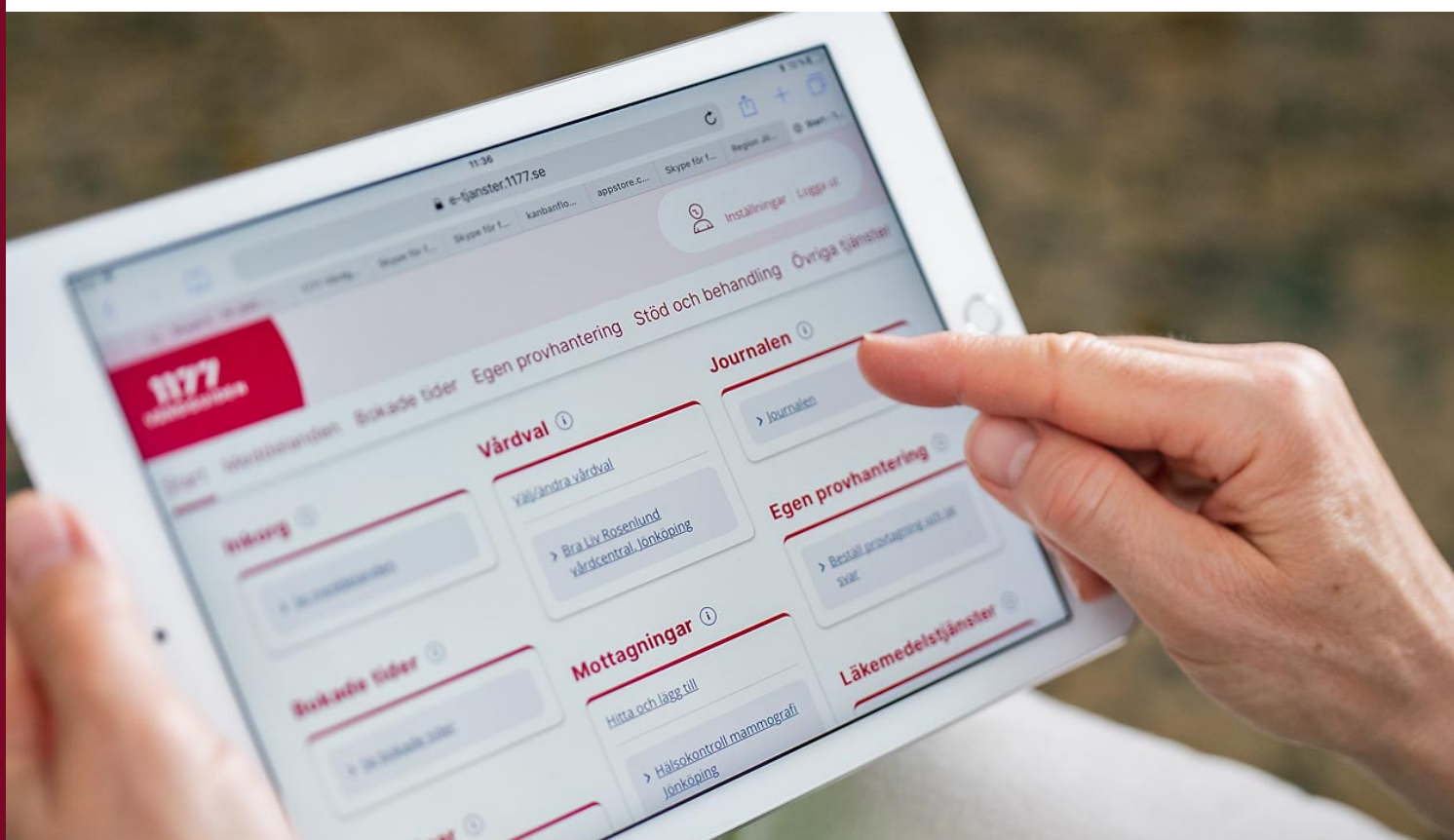
Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

REDOVISNING AV PATIENTNÄMNDENS AVSLUTADE ÄRENDE

AVSLUTADE ÄRENDE 20220321-20220515



Redovisning av Patientnämndens avslutade ärende i Region Jönköpings län skriven av handläggare Anna Stålkrantz och Sara Sjöberg - juni 2022.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte.....	1
Metod.....	1
Resultat	2
Åldersfördelning.....	2
Huvudproblem-Delproblem.....	3
Verksamhetsområde	4
Kirurgisk- och medicinsk vård	5
Primärvård	6
Psykiatri rehabilitering och diagnostik.....	8
Stödpersonsverksamheten	9
Avslutande reflektioner.....	11

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 20220321-- 20220515. I rapporten redovisas statistik för hur ärendena fördelats på verksamheter samt vilka huvud- och delproblem som angivits.

Syfte

Syftet med rapporten är att uppmärksamma nämnden på inkomna ärenden för att belysa patienters och deras närståendes synpunkter vården given i 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 patientnämndens ärendesystem Synergi.

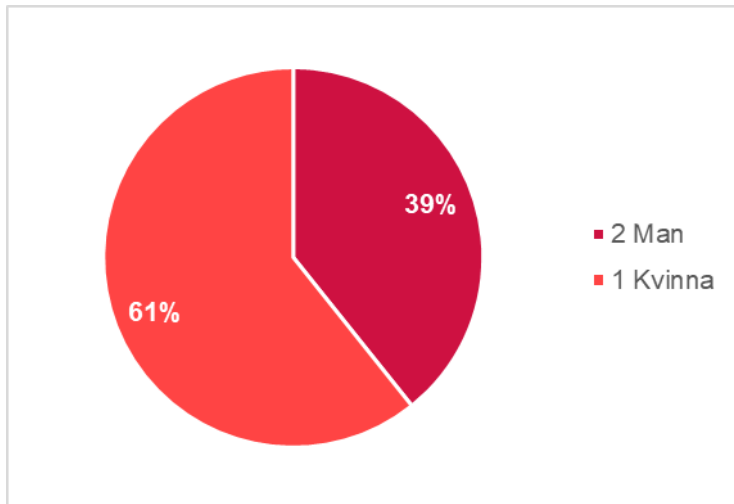
Patienter som kontaktar patientnämnden i Region Jönköpings län kan göra det genom att skicka meddelande via 1177.se Vårdguidens e-tjänster, ringa eller skicka mail och brev. När klagomål och synpunkter inkommer till patientnämndens kansli gör handläggare en bedömning av vad ärendet handlar om och kategoriserar 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 20220321-- 20220515.

Resultat

Denna period har det avslutats 163 ärende. Utav dessa är det 99 kvinnor och 64 män som ärendena gäller. Jämfört med tidigare analyser så är fördelningen på samma nivå även denna period.

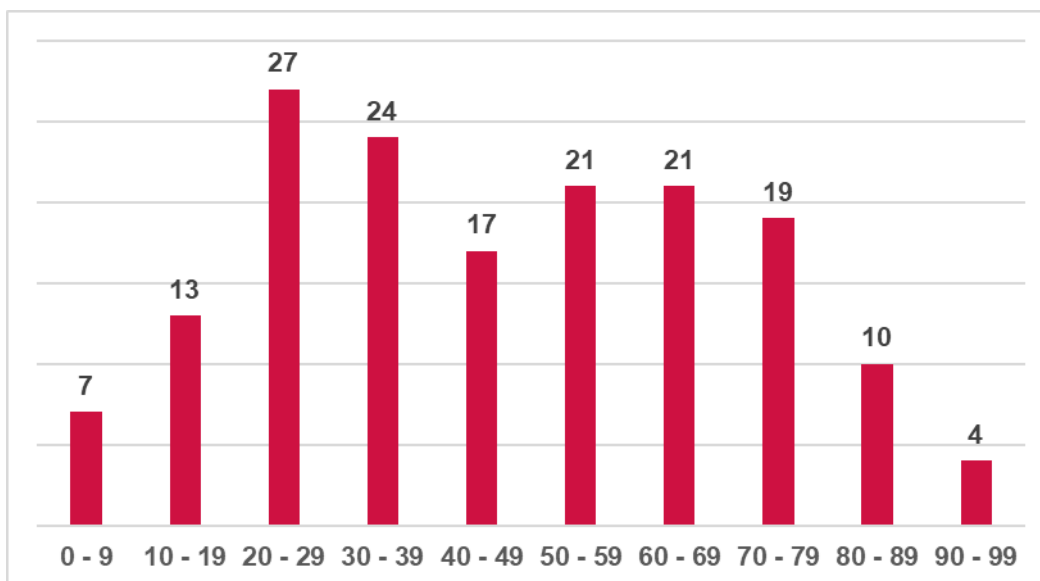
Antal registrerade ärende tom 15 maj 2022 är 390 jämfört med samma period under 2021 som då var 374, vilket då är något fler ärenden hittills i år.



Figur 1. Könsfördelning period 20220321—20220515

Åldersfördelning

När det gäller åldersfördelning så är det några fler i åldersgruppen 20-29 år. Annars är det ganska jämt fördelat mellan flera åldersgrupper. Medelåldern är 45 år.



Figur 2 Åldersfördelning period 20220321—20220515

Huvudproblem-Delproblem

Vård och behandling är det huvudproblem som fått flest antal ärende även denna period. Kommunikation kommer därefter. Det vi ser jämfört med tidigare analyser är att kommunikation denna period har några procent färre ärende jämfört mot föregående period. Detta betyder inte att det är färre ärende som rör kommunikation men det är färre som kategoriserats som huvudproblem. I många av de andra ärendena så handlar det också om bristande kommunikation.

Denna period så är det fler ärenden som rör vårdansvar och organisation även dokumentation och sekretess har fler ärenden.

Huvudproblem	Antal ärende
1 Vård och behandling	61
2 Resultat	15
3 Kommunikation	34
4 Dokumentation/sekretess	13
5 Ekonomi	4
6 Tillgänglighet	17
7 Vårdansvar/organisation	17
8 Administrativ hantering	2
Totalsumma	163

Tabell 1. Huvudproblem period 20220321—20220515

Delproblem	Antal ärende
1.1 Undersökning/bedömning	34
3.2 Delaktig	16
2.1 Resultat	15
6.2 Väntetider i vården	14
3.4 Bemötande	14
4.1 Patientjournalen	12

Tabell 2. De 6 vanligaste delproblem period 20220321—20220515

Denna period har undersökning och bedömning fått en större andel av ärendena jämfört med tidigare. Detta är något som vi får följa mer framåt. Detta kan ju vara en kombination av att ärendet innehåller både kommunikation och undersökning och bedömning men att det då varit undersökning och bedömning som varit mer framträdande. Vilket då kan förklara att färre ärende kategoriserats under kommunikation som huvudproblem.

Flera ärende som kategoriserats under delproblem undersökning och bedömning har handlat om när man kommit till akutmottagning och sjuksköterska gjort en bedömning i triageringen, (triage är en bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad utifrån hälsohistoria, symtom mm). Bedömningen har i efterhand visat på att man skulle gjort en annan bedömning av patienten.

Enligt patienten får hen inte träffa någon läkare utan sjuksköterska kollar på hens knä. Patienten menar att vid besöket så ser sköterskan att patienten har svårt att stödja på benet och att knät är svullet. Sköterskan säger att det är inget livshotande utan att patienten får åka hem och kontakta sin vårdcentral. Hemma har patienten fortsatt ont och hen kontaktar sin vårdcentral, de meddelar att de ringer ambulans som är på väg till patienten. När patienten går in och tittar i sin journal så ser hen att det är antecknat att vid besöket på akuten så står det att patienten kan stödja på benet och att knät inte var svullet.

Sköterskan i detta ärende tog inte patientens symtom på allvar vilket också senare framkommer i journalen.

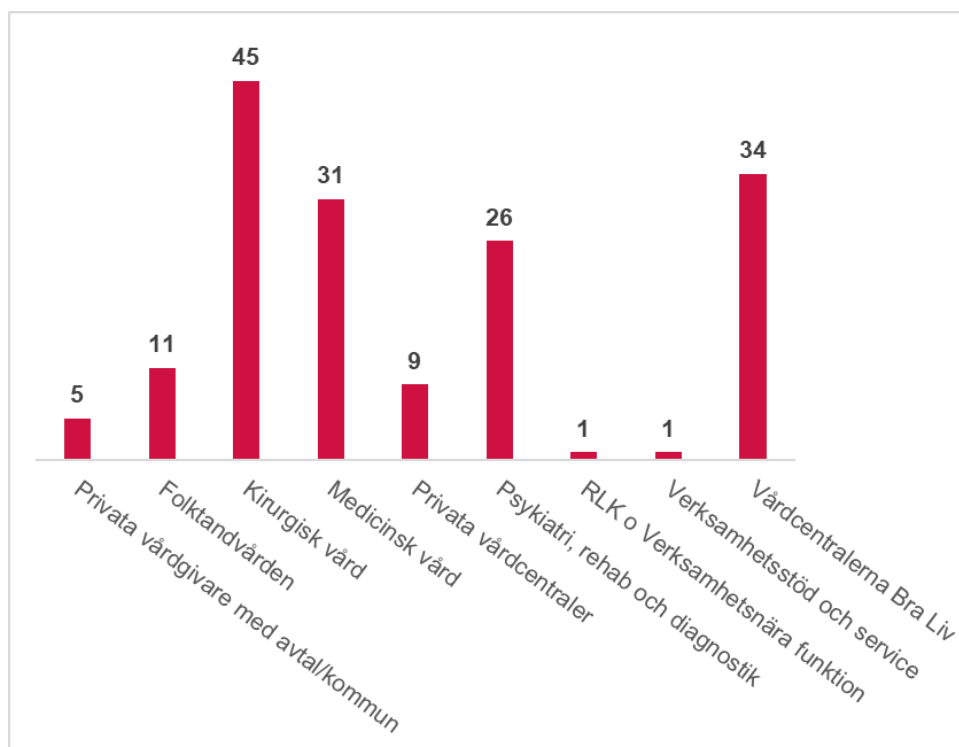
När det gäller väntetider i vården så handlar det dels om konsekvenser av pandemin att man har svårt att hålla vårdgarantin på operationer. I vissa fall har patienten som väntar på sin operation inte blivit kontaktad av vården för att bli informerad om att väntetiden är längre. I något ärende så visste personalen inte om att vården ska upplysa patienten om man inte kan hålla vårdgarantin. I ett annat ärende, efter har varit i kontakt med patientnämnden fick patienten en operationstid inom några veckor.

"Patienten ifrågasätter att hen själv behöver ringa och "jaga" och ifrågasätta vårdgarantin samt att alla patienter inte orkar göra detta. Hen kände sig heller inte lyssnad på i telefon och efter lite ifrågasättande går det få en tid".

Patientjournalen blir vanligare att patienten har synpunkter på. Patienten går ofta in och läser vårdgivarens anteckning efter att man varit på besök i vården. Synpunkterna kan handla om att man saknar dokumentation men också att det står att man undersökt en kroppsdel men som man enligt patienten inte undersökt. Ärenden har också kommit in där patient funnit dokumentation i sin journal utan att ens varit i kontakt med vården.

Verksamhetsområde

Fördelning av ärendena när det gäller verksamhetsområde är baserat på 163 ärenden. Flest ärenden har kirurgisk vård med 45 ärende följt av primärvården (inklusive de privata vårdcentralerna) med totalt 43 ärenden. Sedan följer medicinsk vård med 31 ärende, psykiatri, rehab och diagnostik med 26 ärende. Denna period fick folktandvården lite fler ärende mot föregående period. Involverad vårdgivare/kommun innefattar kommunala ärenden, 2 kommunala och 3 ärenden som gäller privat vårdgivare med avtal samt SOS.



Figur 3. Fördelning på verksamhetsområde period 20220321—20220515

Kirurgisk- och medicinsk vård

När det gäller kirurgisk- och medicinsk vård, är det vård och behandling samt kommunikation som dominerar vad gäller huvudproblem. När man tittar på delproblem så handlar det främst om undersökning och bedömning som ligger under huvudproblem vård och behandling

Huvudproblem	Antal ärende
1 Vård och behandling	29
2 Resultat	12
3 Kommunikation	18
4 Dokumentation och sekretess	3
5 Ekonomi	1
6 Tillgänglighet	5
7 Vårdansvar och organisation	8
Totalsumma	76

Tabell 3 Huvudproblem somatisk specialistvård

I ett ärende ifrågasätter en patient hur läkaren inte agerade mer aktivt och hjälpte patienten vidare till nästa vårdinstans utefter de värden som uppmättes. Patienten fick själv ringa till sin vårdcentral samma dag då hen var orolig för sitt blodtryck.

”Patienten är på kirurgmottagningen för kontroll av bukaortan som är utvidgad. Blodtryck tas i båda armarna som är kraftigt förhöjda. Ingen åtgärd gjordes åt detta på kirurgmottagningen utan patienten blev uppmanad att ta kontakt med sin vårdcentral. Fick endast besked att ”det var lite högt”. Patienten hade tur och fick en tid på sin VC samma dag och där uppmättes ungefär samma värden samt att patienten hade förmaksflimmer. Blev skickad till medicinakuten och inlagd för behandling. Närstående undrar hur man inte kunde agera på kirurgmottagningen. Borde ju blivit akut skickad till medicinakuten redan därifrån. Har inte mottagningen rutiner för detta”?

Hade man kunnat agera på ett mer personcentrerat sätt och på så vis både sparat på patientens tid och vårdens tid. Vården hade kunnat bli tryggare och effektivare om patienten direkt blivit hänvisad till akutmottagningen. Här jobbar vården i sitt ”stuprör” utan att ha patientens resa i fokus.

Primärvård

Primärvården hade denna period 43 ärende, av dessa var det 9 ärende som gällde privat vårdcentral.

Huvudproblem	Antal ärende
1 Vård och behandling	18
3 Kommunikation	9
4 Dokumentation och sekretess	6
6 Tillgänglighet	5
7 Vårdansvar och organisation	4
8 Administrativ hantering	1
Totalsumma	43

Tabell 4 Primärvård

Under vård och behandling är det undersökning och bedömning som fått flest synpunkter. Det kan handlat om att man har varit på sin vårdcentral men inte fått rätt bedömning eller ingen bedömning alls och att man i samband med detta inte heller blivit lyssnad på (bristande delaktighet), vilket lett till att man inte fått en utförlig/korrekt bedömning.

”Sökte vård då jag hade en otroligt stark klåda, jag berättade att jag varit i kontakt med någon som haft skabb. Jag gick hem utan att få den hjälp jag behöver, läkaren vägrade att undersöka min kropp noga utan tittade långt ifrån. Jag fick som tips att smörja in min hud med vanlig mjukgörande kräm. Jag gick tillbaka vid flera tillfällen om samma problem till samma mottagning, men fick ingen hjälp ändå, jag blev hemskickad med allergi tabletter och salvor som inte hade någon koppling till mina besvär. Jag bytte sedan vårdcentral där jag träffade en väldigt trevlig och omtänksam läkare som tittade till mig noga som därefter skickade en remiss till hudmottagningen. Efter mitt besök på hudmottagningen får jag diagnosen skabb. Jag har alltså gått runt med skabb i flera månader. Vid mitt första besök så sa en läkare det ser bara ut som torr hud? Jag tycker att jag har blivit fel behandlad från vårdens sida på många olika sätt jag har inte fått den hjälp jag behöver jag har inte ens blivit noga undersökt. Jag har förlitat mig på vården men tyvärr jag hade fel. Hur kan man låta en människa gå runt med en galen klåda i flera månader utan att ta en ordentlig ställning till problemet”.

Vad hade hänt om patienten hade blivit lyssnad på från början samt fått en noggrann undersökning? Förmodligen hade diagnosen kunnat ställas tidigare och patientens lidande hade minskat.

I ett annat ärende togs patientens oro inte på allvar. Detta fick långtgående konsekvenser och ett ökat lidande för patienten på grund av att diagnosen blev fördröjd och att det också då tvingades bli en operation.

”Kände tydligt att något i hälen gick av när jag spelade paddel. Misstänkte hälsenan och sökte därför vård på vårdcentralen. Möttes av en väldigt nonchalant läkare som endast drog fingret snabbt över aktuell hälsena och sa att den inte var skadad. Jag uttryckte starkt min oro för just hälsenan. Sökte vård på nytt 3 veckor senare då svår hälta kvarstod. Sjukgymnast konstaterar då att hälsenan är av och att operation är nödvändig. Rehabtiden förlängs också i och med att så lång tid gått sedan skadan uppstått. Hade läkaren gjort en ordentlig undersökning, som enligt sjukgymnast är oerhört enkel, hade skadan troligtvis upptäckts och gips samt Brolinstövel endast varit nödvändig. Missen den läkaren gjorde har förlängt mitt lidande, jag blev tvungen att opereras samt avsevärt förlängt min rehab tid”.

Utredning har inleddes på berörd enhet, där ställningstagande kommer tas om det ska bli en anmälan enligt Lex Maria. Handläggare har i ärendet informerat om Regionens ömsesidiga försäkringsbolag, Löf, pga fördröjd diagnos.

I båda ovanstående ärende hade utgången förmodligen blivit annorlunda bara patienten hade blivit lyssnad på.

Kommunikation är det huvudproblem som kommer efter vård och behandling, då har det främst handlat om delaktighet, följt av dokumentation och sekretess - patientjournalen.

”Jag utreds för postcovid och skulle få en röntgentid för MR, gick in i min journal för att se om det står något om att remissen är skickad, upptäcker då att det finns journalanteckning med svar att röntgen är gjord och de finner allt normalt. Jag har aldrig varit och gjort någon MR-röntgen. När jag kontaktar vårdcentral för ifrågasättande, får jag en telefontid till läkare. Hur rättas felet till? Hur går vården vidare? Hur kan detta uppstå alls”?

Svar från verksamheten: I klagomålet framkommer det att du utreds för postcovid och MR röntgen. Du hittar en journalanteckning om att röntgen är gjord och att allt är normalt. Men du har inte varit på någon röntgen. Samma dag som vi fick klagomålet från dig tog vi kontakt med läkaren, som i sin tur tog kontakt med er. Oturligt hade läkaren haft uppe en annan patient med samma symptom och plan framåt och signerat av den hos dig istället. Borde inte kunna ske, men tyvärr är journalsystemet sådant att flera patienter kan vara aktiva samtidigt. Det är väldigt viktigt, ur patientsäkerhetsperspektiv att läkaren noggrant kontrollerar att det är rätt patient. Jag har i detta haft samtal med berörd läkare samt gjort en avvikelse mot den händelsen för att minimera risken att det händer igen.

Jag är tacksam att ni tog kontakt angående klagomålet och att vi kunnat ha en dialog för att komma vidare i er utredning men också för att belysa delar i vårt uppdrag där vi kan bli bättre.

Handläggare ser glädjande nog att många verksamheter ser det som en del i deras fortsatta arbete att utveckla sin verksamhet. Att få ta del av patienter synpunkter är viktigt när det gäller kvalitetsutvecklingen.

Psykiatri rehabilitering och diagnostik

Under denna period så har 26 ärende varit inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Huvudproblem	Antal ärende
1 Vård och behandling	10
3 Kommunikation	4
4 Dokumentation och sekretess	4
6 Tillgänglighet	4
7 Vårdansvar och organisation	3
8 Administrativ hantering	1
Totalsumma	26

Tabell 5 Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Flest ärende har kategoriserats under vård och behandling och då främst behandling. Merparten av ärendena handlar om vuxenpsykiatri.

”Patient som fick diagnos ADHD efter en NP-utredning för över ett år sedan. Remiss för behandling utfärdades sedan och skickades till psykiatri i Jönköping för ett år sedan. Patienten har inte hört någonting om när hen får komma på behandling. Har vid flera tillfällen kontaktat personal på psykiatri men inte fått svar”.

”Jag är oerhört besviken som anhörig att psykvården har blivit så fruktansvärt dålig. Man får en känsla av maktlöshet som anhörig. Jag är närstående till en som nyligen fått diagnosen ADHD och väntar på att få hjälp för att kunna hantera sin vardag, som helt håller på att fallera. Ingen har ens frågat hur det går nu efter att hen fått diagnosen och psykiatri kan inte berätta när hen kan få hjälp. Nu har det gått så långt på grund av lång väntetid att komma intill neuropsykiatriska teamet att min närståendes läkare och försäkringskassan vill skicka ut min närstående i arbete innan hen ens har fått någon hjälp, såsom att hantera sin vardag och eventuell medicinering. Min närstående kommer hamna i en ekonomisk knipa för att hen inte får hjälp i tid då hen inte kommer orka gå tillbaka till sitt jobb. Att få vänta så länge på hjälp efter man fått en diagnos borde inte få ske. Jag är otroligt besviken på psykiatri”.

”Närstående inkommer med synpunkter gällande sitt vuxna barn som upprepade gånger har gjort suicidförsök. Patienten har åkt in och ut från psykiatri många gånger. Ibland legat inne en längre tid då det varit allvarligt. Man har även haft SIP möte men man känner att man saknar en plan för vad som ska hända. Patienten har en ADHD diagnos men har ej kommit igång med någon behandling, pga. att det blivit flera akutbesök och att man då fått ställa in planerat besök”.

Ovanstående ärende handlar även om väntetider och om avsaknad av fortsatt planering vad som blir nästa steg. Att ha en vårdplan och struktur för den fortsatta planeringen skapar en tydlighet och trygghet för patienten. Vården blir också effektivare när alla vet sin del i den fortsatta planeringen.

Handläggare har gjort ett nedslag i och undersökt antal registrerade ärende inom vuxenpsykiatri och då jämfört årets registrerade ärende jämfört med föregående år samma period. Antalet ärende gällande vuxenpsykiatri och då främst Ryhov där ärendena ökat. 1 januari-15 maj 2021 var det 26 ärende jämfört med samma period i år då 42 ärende har registrerats. När man då tittar på under vilka huvudproblem dessa ärende har registrerats så ser vi en ökning när det gäller väntetider i vården samt behandling. I de ärende som vi fått in i år så är det många patienter som för fram att man får vänta länge på att få komma till utredning och även lång väntan att få starta sin behandling och kunna komma tillbaka till arbetslivet igen. Flera framför också att man inte har någon vårdplan eller någon fast vårdkontakt och dessa ärende ser vi ökar.

Stödpersonsverksamheten

Stödpersonsuppdraget 2021-03-21 – 2021-05-15

Förordnande/entledigande:

Under perioden har vi gjort totalt sex stycken förordnanden, varav två LRV och fyra LPT. Vi har fått in stödpersonsuppdrag från alla våra tre sjukhus. Vi har gjort totalt tre stycken entledigande, varav ett LRV och två LPT.

Nationell handbok för stödpersonsverksamheten

3 maj fastställdes den nya Nationella handboken för stödpersonsverksamhet som gäller för perioden 2021-2024. Syftet med handboken är att alla landets patientnämnder ska utgå från en kvalitetssäkrad och gemensam hantering av stödpersonprocessen utifrån gällande lagstiftning.

Rekrytering

För närvarande har vi åtta aktiva stödpersoner som kan ta uppdrag. Vi håller just nu på med en process för att rekrytera fler stödpersoner. Vårt mål är att kunna rekrytera stödpersoner både i Jönköping, Värnamo och Eksjö för att kunna täcka upp behovet av stödpersoner till våra patienter i hela länet.

I rekryteringen har vi samarbetat med kommunikationsavdelningen där de tagit fram en artikel som publicerats på Regionens hemsida och på intranätet. Artikeln innehöll information och stödpersonsuppdraget och en intervju med en av våra stödpersoner, Pia Alderbring. I intervjun berättar Pia om uppdraget och varför hon rekommenderar andra att bli stödpersoner. Vi har också, tillsammans med Pia, varit med i en artikel i Värnamo Nyheter och en webbartikel i Jönköpings Posten.

Glädjande nog har vi fått god respons efter artiklarna och fått in cirka 20 intresseanmälningar. Vi har påbörjat arbetet med intervjuer och hoppas kunna tillsätta några stödpersoner innan sommaren. För att underlätta rekryteringsprocessen och öka tillgängligheten har vi utformat en digital intresseanmälan via mina vårdkontakter 1177.

Handläggning

Den 2 april gick vi in i nytt system (Evolution) för stödpersonsuppdragen som vi ser kommer fungera bra för dessa uppdrag. En positiv utveckling har varit att vi nu kan göra ett delegationsbeslut direkt i systemet som nämndsekreterare sedan kan komma åt inför respektive möte.

Positiv utveckling

Vi ser en positiv utvecklingspotential vad gäller stödpersonuppdraget framöver och arbetar aktivt med hur vi ska kunna utveckla processen på ett så bra sätt som möjligt i patientnämnden.

Avslutande reflektioner

Vi ser en trend att ärendeinflödet ökat. En anledning till detta kan vara att det blivit enklare att komma in via 1177.se nu då ”en väg in” startats igång sedan några veckor. När man loggat in på mina sidor kan man direkt välja hur man vill lämna sina synpunkter, antingen genom kontakt med verksamheten eller patientnämnden. Detta har inneburit något mindre antal synpunkter som inkommit via telefon. Vi kommer att följa hur detta utvecklar sig framåt.

Gällande denna periods avslutade ärende så att kan man se att ärende rörande psykiatri fortsätter att öka. Den psykiska ohälsan ökar i samhället och som då också får till följd att fler söker vård inom psykiatri. Belastningen för denna verksamhet verkar ha ökat och dagens resurser kan inte möta detta behov. Därav långa väntetider, bristande kontinuitet och uppföljning.

Att ärende inom den psykiatriska vården har ökat ser handläggare som oroväckande. Patienter och närstående som kontaktar patientnämnden är uppgivna och har tappat förtroendet för vården överhuvudtaget. Många gånger är det en närstående som hjälper patienten i kontakterna med vården då patienten inte har ork/förmåga att föra sin egen talan. Handläggare kommer att fortsätta följa ärende inom psykiatri då det är ett fokusområde 2022 och senare också sammanställa det vi sett i en rapport.

I några ärende då man sökt akutmottagning har man blivit bedömd/triagerad av sjuksköterska som då bedömt att man sökt sig till fel vårdnivå och man har då blivit hänvisad till sin vårdcentral. När man sen sökt sin vårdcentral så har bedömningen i triageringen varit felaktig då det visat sig att skadan varit av mer allvarlig karaktär än som den var bedömd. Den reflektion som man kan göra är om personal har rätt kompetens eller är man för stressad att man inte gör en ordentlig undersökning. Att ha lång erfarenhet är en viktig faktor för att kunna göra så rätt triagering som möjligt.

Ärende gällande patientjournalen är vanligt förekommande. Många går in i sin journal efter sitt besök i vården och kan då finna att tex fel anteckning är gjord eller att det saknas värdefull information. Handläggare tror tyvärr inte att denna sorts ärende kommer att minska. Det känns som en patientsäkerhetsrisk då man utefter det svar som kom från verksamheten ovan, att man kan ha flera patienter uppe samtidigt. Detta är en stor risk för att journal förväxlas och att dokumentation hamnar i någon annans journal.

Synpunkter som rör väntetider i vården kan handla om att patienter känner sig bortglömda då tex vårdgarantin har överskridits och att man då inte fått någon information om detta. Om det är långa väntetider kanske det hade varit bra med en återkoppling från vården om varför det dröjer så att man som patient inte får känslan av att vara bortglömd. Verksamheter har ett ansvar att återkoppla om vad som gäller om vårdgarantin inte kan hållas.

I vårt uppdrag ingår också att förordna stödpersoner. Patientnämnden har under denna period gjort en stor insats för att rekrytera nya stöd personer. Glädjande är att flera har visat intresse för att bli en stödperson vilket känns mycket positivt inför framtiden.

För ett bra liv i en attraktiv region.

Ärendenr.	Problem	Datum för avslutat ärende
171404	1 Vård och behandling	2022-04-06
171671	1 Vård och behandling	2022-05-02
171921	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-01
172037	1 Vård och behandling	2022-04-14
172094	1 Vård och behandling	2022-03-28
172101	7 Vårdansvar och organisation	2022-03-22
172228	3 Kommunikation	2022-04-06
172307	2 Resultat	2022-04-14
172342	2 Resultat	2022-05-04
172361	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-07
172364	1 Vård och behandling	2022-03-24
172375	2 Resultat	2022-03-22
172606	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-20
172665	4 Dokumentation och sekretess	2022-03-23
172832	6 Tillgänglighet	2022-04-06
172860	3 Kommunikation	2022-04-06
172887	3 Kommunikation	2022-04-11
172962	3 Kommunikation	2022-03-25
172966	1 Vård och behandling	2022-04-27
172987	1 Vård och behandling	2022-04-11
173041	3 Kommunikation	2022-04-06
173053	1 Vård och behandling	2022-04-06
173054	2 Resultat	2022-03-24
173072	6 Tillgänglighet	2022-03-30
173124	5 Ekonomi	2022-03-21
173163	2 Resultat	2022-04-12
173164	2 Resultat	2022-04-12
173184	3 Kommunikation	2022-04-27
173195	1 Vård och behandling	2022-05-04
173276	2 Resultat	2022-03-25
173308	6 Tillgänglighet	2022-03-23
173347	2 Resultat	2022-04-11
173352	6 Tillgänglighet	2022-04-04
173357	3 Kommunikation	2022-03-30
173362	7 Vårdansvar och organisation	2022-03-30
173439	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-19
173452	1 Vård och behandling	2022-04-12
173487	1 Vård och behandling	2022-05-12
173491	2 Resultat	2022-04-25
173513	3 Kommunikation	2022-04-05
173541	1 Vård och behandling	2022-03-31
173545	3 Kommunikation	2022-03-29
173572	1 Vård och behandling	2022-03-25
173606	3 Kommunikation	2022-04-05
173619	1 Vård och behandling	2022-03-28
173645	2 Resultat	2022-03-23
173655	3 Kommunikation	2022-03-24
173667	1 Vård och behandling	2022-04-20
173670	1 Vård och behandling	2022-03-28

173712	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-04
173758	3 Kommunikation	2022-03-24
173766	1 Vård och behandling	2022-03-28
173774	1 Vård och behandling	2022-04-04
173821	1 Vård och behandling	2022-04-11
173825	1 Vård och behandling	2022-03-31
173864	3 Kommunikation	2022-03-31
173875	1 Vård och behandling	2022-03-31
173900	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-12
173907	1 Vård och behandling	2022-04-28
173930	3 Kommunikation	2022-04-06
173940	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-14
173954	1 Vård och behandling	2022-03-30
173957	3 Kommunikation	2022-04-01
173967	2 Resultat	2022-04-06
173973	1 Vård och behandling	2022-04-01
174009	2 Resultat	2022-04-06
174015	1 Vård och behandling	2022-04-13
174021	1 Vård och behandling	2022-04-21
174022	3 Kommunikation	2022-04-21
174023	1 Vård och behandling	2022-05-02
174039	1 Vård och behandling	2022-05-05
174056	1 Vård och behandling	2022-03-24
174128	3 Kommunikation	2022-05-10
174203	2 Resultat	2022-04-21
174257	1 Vård och behandling	2022-04-12
174266	2 Resultat	2022-04-28
174284	6 Tillgänglighet	2022-03-31
174324	1 Vård och behandling	2022-04-06
174392	3 Kommunikation	2022-05-04
174502	3 Kommunikation	2022-03-22
174523	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-25
174532	1 Vård och behandling	2022-03-28
174550	6 Tillgänglighet	2022-03-24
174568	6 Tillgänglighet	2022-04-21
174600	1 Vård och behandling	2022-04-21
174602	1 Vård och behandling	2022-04-21
174603	3 Kommunikation	2022-04-21
174604	3 Kommunikation	2022-04-21
174629	1 Vård och behandling	2022-03-24
174647	1 Vård och behandling	2022-05-03
174651	6 Tillgänglighet	2022-05-04
174653	1 Vård och behandling	2022-05-03
174657	6 Tillgänglighet	2022-05-11
174663	1 Vård och behandling	2022-04-21
174680	6 Tillgänglighet	2022-04-20
174700	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-06
174701	2 Resultat	2022-04-01
174704	3 Kommunikation	2022-05-06
174793	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-01

174809	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-21
174825	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-28
174828	1 Vård och behandling	2022-04-21
174846	3 Kommunikation	2022-04-25
174865	1 Vård och behandling	2022-04-11
174955	4 Dokumentation och sekretess	2022-05-09
174983	1 Vård och behandling	2022-04-13
175007	5 Ekonomi	2022-05-02
175012	1 Vård och behandling	2022-04-07
175025	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-01
175029	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-27
175030	3 Kommunikation	2022-04-27
175067	1 Vård och behandling	2022-04-05
175069	1 Vård och behandling	2022-04-11
175130	1 Vård och behandling	2022-05-03
175188	5 Ekonomi	2022-04-12
175189	6 Tillgänglighet	2022-04-12
175191	4 Dokumentation och sekretess	2022-04-25
175193	3 Kommunikation	2022-04-12
175196	1 Vård och behandling	2022-04-12
175198	6 Tillgänglighet	2022-04-13
175199	6 Tillgänglighet	2022-04-25
175205	6 Tillgänglighet	2022-04-13
175214	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-02
175215	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-02
175223	1 Vård och behandling	2022-04-25
175239	1 Vård och behandling	2022-04-27
175254	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-06
175260	1 Vård och behandling	2022-04-11
175280	1 Vård och behandling	2022-05-02
175292	4 Dokumentation och sekretess	2022-05-13
175299	1 Vård och behandling	2022-05-04
175301	1 Vård och behandling	2022-05-06
175316	4 Dokumentation och sekretess	2022-05-11
175347	3 Kommunikation	2022-05-11
175378	7 Vårdansvar och organisation	2022-04-27
175381	3 Kommunikation	2022-04-27
175404	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-11
175457	1 Vård och behandling	2022-04-27
175461	3 Kommunikation	2022-05-03
175471	1 Vård och behandling	2022-04-27
175473	1 Vård och behandling	2022-05-11
175519	1 Vård och behandling	2022-04-19
175539	5 Ekonomi	2022-04-19
175544	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-10
175561	1 Vård och behandling	2022-05-09
175660	1 Vård och behandling	2022-05-13
175699	6 Tillgänglighet	2022-05-03
175777	1 Vård och behandling	2022-05-05
175782	3 Kommunikation	2022-04-28

175837	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-09
175838	7 Vårdansvar och organisation	2022-05-09
175866	8 Administrativ hantering	2022-05-06
175932	3 Kommunikation	2022-04-22
176058	6 Tillgänglighet	2022-05-12
176065	3 Kommunikation	2022-04-28
176108	8 Administrativ hantering	2022-05-02
176121	3 Kommunikation	2022-05-12
176125	3 Kommunikation	2022-05-12
176193	1 Vård och behandling	2022-05-09
176381	4 Dokumentation och sekretess	2022-05-10
176397	3 Kommunikation	2022-05-10
176538	1 Vård och behandling	2022-05-05
176867	6 Tillgänglighet	2022-05-12

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37**Tid:** 2022-06-08 kl. 09:00**Plats:** Alba, Rosenlunds VC**§ 28****Anmälningssärenden delegationsbeslut 2022-03-21 -
2022-05-15**

Under perioden 2022-03-21 – 2022-05-15 har 6 förordnande och 3 entledigande av stödpersoner skett.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2022-05-30

Utskriven av: Lena Strand

Diarienummer:	Patientnämnd
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Patientnämnd
Sammanträdesdatum:	2022-06-16
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2022.45	Stödpersonentledigande	Rebecka Siebers §3/2022
2022-04-25		Rebecka Siebers
RJLP 2022/2		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.64	Stödpersonentledigande	Rebecka Siebers §4/2022
2022-05-03		Rebecka Siebers
RJLP 2022/28		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.72	Stödpersonentledigande	Rebecka Siebers §5/2022
2022-05-03		Rebecka Siebers
RJLP 2022/29		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.113	Stödpersonsförordnande	Rebecka Siebers §6/2022
2022-05-11		Rebecka Siebers
RJLP 2022/51		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.125	Stödpersonentledigande	Rebecka Siebers §7/2022
2022-05-13		Rebecka Siebers
RJLP 2022/20		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.128	Stödpersonsförordnande	Rebecka Siebers §8/2022
2022-05-13		Rebecka Siebers
RJLP 2022/56		PAN 2.7
		Rebecka Siebers
2022.138	Stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §3/2022

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2022-05-18		Daniel Thelin
RJLP 2022/65		PAN 2.7
		Daniel Thelin

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 36

Återrapportering från Dialogmöte mellan presidierna för FS och patientnämnd

Beslutar att ha en stående punkt – Återrapportering från möten mellan presidierna för patientnämnden och nämnd FS – till nämndens sammanträden.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 31

Samsyn saknas - var finns helhetsperspektivet när patienten behöver vård från flera verksamheter Underlag till dialogmöte med FS

Diarienummer: RJL 2022/83

Beslut

Patientnämndens presidium föreslår patientnämnden

- Översända diskussionsunderlag till dialogmöte med FS presidium

Sammanfattning

Patientnämnden har sedan 1 januari 2021 till 30 april 2022 fått in ca 85 ärende som kategorisats under främst huvudproblemet vårdansvar och organisation.

Ärendena har då handlat om avsaknad av helhetsperspektiv, bristande samordning, bristande kontinuitet pga. att man träffar olika läkare och upplevelsen av att ingen tar ansvar, samt att man upplever att man *”trillar mellan stolarna och bollar hit och dit”*.

Beslutsunderlag

Diskussionsunderlag daterat 2022-05-06

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Patientnämnden

Sara Sjöberg
Anna Stålkranz
Patientnamnden@rjl.se

Presidierna nämnd för folkhälsa och sjukvård och
patientnämnden

Samsyn saknas - var finns helhetsperspektivet när patienten behöver vård från flera verksamheter?

Bakgrund

Patientnämnden har tagit emot flertalet ärende där patienter och närstående framfört brist på samordning och helhetsperspektiv gällande sin eller sin närståendes vård. Det kan handla om att man som patient eller närstående måste vara den som håller ihop vården. Det kan också vara att man saknar en plan för den fortsatta vården men också vem som ansvar för vad. Är man en patient som är multisjuk eller har en komplex sjukdomsbild där flera verksamheter men också olika huvudmän är involverade så är detta en förutsättning för att patientens vård ska bli så trygg och effektiv som möjligt.

Patienter uppger även avsaknad av fast vårdkontakt samt att man inte haft något samordnad individuell plan (SIP). Som patient upplever man att vården arbetar i "stuprör" där var och en sköter sin egen del utan att samordna till nästa steg. Patienten får till svar "kontakta den....., det är vårdcentralens ansvar...etc". Patienten eller dennes närstående blir budbärare och får därmed själva försöka få ihop vården.

Vi pratar i dagens hälso- och sjukvård att vi ska jobba personcentrerat i vården. För en multisjuk patient och/eller med en komplex sjukdomsbild kan detta ibland upplevas att det saknas.

Region Jönköpings läns definition av personcentrerad vård:

"Personcentrerad vård är att se och möta hela människan. Personens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap."

I vår Region har vi arbetat länge med att öka patienters delaktighet i hälso- och sjukvården, främst för att vi vet att de mänskliga vinsterna är större när patienter och deras närstående är mer involverade i sin egen hälsa och vård, men också för att vi vet att de medicinska resultaten bli bättre, vården effektivare och kostnaderna lägre.

Patientlagen som kom 2015 och som var till för att stärka patientens medinflytande i vården har inte riktigt fått det genomslag som var tänkt. Ett steg i att stärka patientens medinflytande har varit att initiera arbetet med patientkontrakt på nationell nivå och på sikt genomföras i alla regioner.

Patientkontrakt är en överenskommelse med patienten och som är tänkt som ett sätt att säkerställa patientens delaktighet i sin egen hälsa och vård. Innehållet i överenskommelsen ska spegla *vad* som ska ske i vårdkontaktarna, *när* det ska ske och *vem* patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. Patientkontrakt säkerställer att både patienter och närstående blir delaktiga i planering av vårdinsatserna framförallt då man har mycket kontakter med hälso- och sjukvården.

För patienter med stort vårdbehov är samordning och koordinering av vårdinsatserna viktigt och att dessa har en fast vårdkontakt. Syftet är att skapa tydlighet för patienten kring nästa steg i vård och behandling, för att ge trygghet, kontinuitet och helhet. En vårdsamordnarens roll är därför viktig då denne har ett stort ansvar. Vårdsamordnare ska bland annat:

- vara fast vårdkontakt för att tillgodose invånarens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet
- samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Socialtjänst och Försäkringskassan
- samordna vårdplaneringsprocessen när individen, oavsett ålder, diagnos och boendeform, har behov av en SIP.

Sammanfattning av frågeställningar

Patientnämnden har sedan 1 januari 2021 till 30 april 2022 fått in ca 85 ärende som kategorisats under främst huvudproblemet vårdansvar och organisation.

Ärendena har då handlat om avsaknad av helhetsperspektiv, bristande samordning, bristande kontinuitet pga. att man träffar olika läkare och upplevelsen av att ingen tar ansvar, samt att man upplever att man *”trillar mellan stolarna och bollas hit och dit”*.

Patienten kan på sitt besök i t.ex. primärvården få information om att *”vi kan inte så mycket om din sjukdom och denna behandling så du får ta kontakt med specialistvården”*. När patienten då kontaktar specialistvården får denne information om att nu är du *”återremitterad”* till vårdcentralen så de ska hjälpa dig. Detta blir märkligt för patienten att först få höra att primärvårdens kunskaper inte är tillräckliga för att sedan på uppmaning av specialistvården åter ta kontakt med sin vård-

central. Patienten upplever att ingen håller i deras vård utan att de själva är budbäraren.

I ett ärende som beskrivs av förälder där dennes barn har nedsatt syn och kanske behöver glasögon. *"Har läst om att för barn upp till 7 år behöver optikern en remiss från ögonläkare"*. Kontaktar därmed vårdcentralen angående remiss till specialistläkare. De blir informerade om att vårdcentralen inte kan hjälpa till med detta utan de ska kontakta optikern. Föräldern kontaktar optiker som uppger att dem behöver remiss från specialistläkare eftersom barnet är under 8 år. Rekommenderas att ringa ögonmottagningen. Föräldern ringer ögonmottagningen. De säger att de inte alls kan boka någon tid utan att först fått en remiss från vårdcentralen. De hänvisar patienten tillbaka till vårdcentralen trots att hen uppgett att de redan varit där och inte fick hjälp.

Fler och fler ärenden inkommer inom psykiatrien då många patienter saknar vårdplan eller att det saknas information i patientens vårdplan. I flera svar från verksamheten skriver de att: *"det hade varit bra med en fast vårdkontakt samt att det saknas vårdplan eller att denna inte är komplett"*.

Närstående hör av sig angående synpunkter på psykiatrisk mottagning. Försäkringskassan har efterlyst en vårdplan då patienten är sjukskriven. Patienten tar då kontakt med vården och får ej hjälp med detta. Patienten undrar hur det ska vara och vilka som ska vara involverade i att upprätta en vårdplan.

Patienter beskriver i inkomna ärenden att hen inte har en fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt inom specialistvården. Ingen har huvudansvaret för patienten. Ingen SIP är gjord eller vem som ansvarar för vad. I andra ärenden beskriver patienter att samordningen brister då de t.ex. träffat många olika läkare och att man saknar kontinuitet. Ett exempel kan vara att en läkare sätter in en medicin och på nästa besök till annan läkare, då sätts läkemedlet ut. Brister i samordningen kan också vara i övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri.

I något ärende beskriver en förälder om sitt barn som har både psykiatrisk och somatisk problematik. Anmälaren berättar att det tar väldigt mycket tid av hen att planera, samordna och delta vid vårdbesök för sitt barn. Anmälaren hade önskat att det fanns en direktväg. Anmälaren önskar också att vården hade tagit initiativet till SIP-möten i större utsträckning så att alla fick samma information och möjlighet att ställa frågor samtidigt. *"Det hade underlättat mycket både tidsmässigt och planeringsmässigt för mig om alla inblandade kunde vara mer samordnade"*.

Barn som efter utredning fått diagnosen ADHD, satts upp på kö för behandling. Väntat över ett år på behandlingsstart. När dem kommer till vården måste hen genomgå en hälsoundersökning där man ser en hjärtrubbning, fler undersökningar behövs och behandlingsstarten drar ut på tiden, oklart om hen ens kan få någon behandling. Barnet mår mycket dåligt, uttryckt tankar om att inte vilja leva.

”Hade inte hälsoundersökningen kunnat genomföras under tiden som barnet stod i kö så att allt var klart när behandlingar ska starta? Uppfyller vården de grundläggande principerna i barnkonventionen? Exempelvis tänker vi barnets bästa, barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling”

Flera ärenden handlar om att bli nekad vård på akutmottagning. I ett ärende då ett barn ramlat illa tar föräldern kontakt med sin vårdcentral. Sjuksköterskan i telefonrådgivningen rådgör med sin läkare som bedömer att patienten ska till akutmottagningen för bedömning. På akuten blir de otrevligt bemötta i receptionen som undrar vad de gör där och familjen blir hänvisade av sjuksköterska att ta kontakt med sin vårdcentral.

Tänk om sjuksköterskan kunde ringt till vårdcentralen för att säkerställa att de får en tid och få bort stuprörstänkandet där alla endast ser till sin del och inte till patientens resa i vården.

Synpunkter och handläggning från patientnämnden

Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och bidra till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården kan förändras och förbättras.

Att ta synpunkter och klagomål på allvar och att arbeta med förbättringar har stor betydelse för att stärka invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården och för den enskilda verksamhetens anseende.

Tjänstepersoner i patientnämnden har vid analys av de inkomna synpunkterna gällande beskriven problematik uppmärksammat att det förekommer brister i samordning kring patienter med komplexa vårdbehov och som har behov av samverkan mellan flera olika verksamheter. ”Stuprörstänket” yttrar sig på olika sätt inte bara när det gäller den multisjuka patienten som har ett stort vårdbehov utan också hur en verksamhet endast ser till sin del och inte tänker på patientens nästa steg.

Det är viktigt att man ser varje del i systemet och att man förstår helheten och att man arbetar med hela systemet samtidigt och har ett dynamiskt systemtänkande i allt vi gör. Vi får inte glömma vem vi är till för, vad är bäst för Esther? Att samordna vården kring patienten, få bort vårt ”stuprörstänk” leder till effektiv, trygg och säker vård.

Frågor att diskutera

- Har vårdsamordnarna rätt förutsättningar för att klara av sitt uppdrag?
- Görs SIP i rätt omfattning? Hur hjälper vi patienten på bästa sätt? T.ex. genom att göra SIP vid flera vårdkontakter.
- Hur säkerställer vi att patienter som önskar fast vårdkontakt får det?
- Är det rimligt att bli *"runt slussad"* i vården där ingen hjälper patienten att ta kontakt med rätt instans så patienten kan få den hjälp denne behöver på rätt nivå? Hur kan regionen arbeta med denna frågeställning för att få en effektivare vård där vi inte behöver jobba snabbare utan smartare?
- Personalen borde tänka *"hur hjälper jag denna patient på rätt sätt vidare till rätt vårdinstans?"* kan ju vara t.ex. att ringa till Vårdcentralen osv.
- Hur kan man inom psykiatri jobba vidare för att få kontinuitet och på så vis öka tryggheten för patienten t.ex. genom att vårdplan upprättas?

PATIENTNÄMNDEN

Bertil Nilsson
Vice Ordförande

Sara Sjöberg
Handläggare

Anna Ståkrantz
Handläggare

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 29

Redovisning av genomförda aktiviteter

- Deltagit på daglig styrning för presentation av kommunikationsrapport alla 3 sjukhusen
- Bankeryds folktandvård
- Samverkan chefläkare
- Moderat gruppen
- Etiknätverksträffar på alla 3 sjukhus samt digital träff
- Etikskolan
- Dialogmöte sydöst i Kalmar för tjänsteperson
- Information till hälsokommunikatörerna
- Träff med Qulturum gällande fortsatt arbete med kommunikationsrapporten
- Nationellt tjänstepersons nätverk i alla patientnämnder
- Information till barn- och ungdomsenheten (BUMM) Huskvarna
- Genomgång med ny ledamot i patientnämnden
- Redovisning av kommunikationsrapporten på *"Fokus folkhälsa och sjukvård"* för chefer i Region Jönköping
- Intervjuer – rekryteringsprocess av nya stödpersoner

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 26-37

Tid: 2022-06-08 kl. 09:00

Plats: Alba, Rosenlunds VC

§ 37

Lämna återbud

För att säkerställa att nämnden är beslutsmässig vill vi påpeka att det är viktigt att meddela om man kommer eller inte. Det gäller för både ordinarie ledamöter och ersättare.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1