

Introduktion till arbete med patientsäkerhet

Ett kunskapsstöd om patientsäkerhet

NSG Patientsäkerhet

Introduktion till arbete med patientsäkerhet

Förord

Introduktion till arbete med patientsäkerhet ska ses som ett kunskapsstöd som ska tjäna som stöd för vårdgivares arbete med patientsäkerhet. Den är i första hand tänkt att stödja arbete med att ta fram kunskapsstöd inom nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, men kan dessutom vara ett stöd för vårdgivares systematiska arbete med patientsäkerhet. Innehållet bygger på den kunskap om patientsäkerhet som är bakgrund till Agera för säker vård, den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet 2020-2024, och följer i huvudsak dess struktur.

Kunskap om patientsäkerhet är nödvändigt för att kunna bedriva ett effektivt arbete med patientsäkerhet. Denna kunskap behöver finnas hos alla nivåer i hälso- och sjukvården, från de som utför det praktiska vårdarbetet till de som bestämmer om förutsättningar för det. Hälso- och sjukvård är mycket bred verksamhet och hur kunskap om patientsäkerhet omsätts i olika åtgärder skiftar utifrån det sammanhang där vården ges. Denna *Introduktion till arbete med patientsäkerhet* ger en beskrivning av aktuellt kunskapsläge om patientsäkerhet och ger exempel på hur det kan omsättas i arbete med vårdens processer.

Dokumentet har tagits fram av nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet i dess uppdrag dels att stödja och samarbeta med nationella programområden och samverkansgrupper inom patientsäkerhetsområdet, dels att stödja regionernas arbete med ledning och styrning för patientsäkerhet. Texten bygger i stora stycken på det genomförandestöd som finns för arbete med de så kallade verktygen för arbete med patientsäkerhet, och som tagits fram i samarbete mellan NSG patientsäkerhet, SKR och Socialstyrelsen för att stödja utvecklingen av patientsäkerhet i regioner och kommuner. *Introduktion till arbete med patientsäkerhet* kan därför användas som ett kunskapsstöd för arbetet med patientsäkerhet hos alla vårdgivare.

Dokumentet är publicerat februari 2024. Det planeras för en första revision när revision av nationell handlingsplan för patientsäkerhet genomförts för perioden efter 2024.

Innehållsförteckning

Introduktion till arbete med patientsäkerhet.....	2
1. Introduktion	4
2. Vad är patientsäkerhet? – En inledande beskrivning	5
Utvecklingen av kunskapsområdet patientsäkerhet.....	5
Ett ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete	6
Utmaningen och nationell handlingsplan för patientsäkerhet	9
3. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet.....	10
Engagerad ledning och tydlig styrning	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	12
Patienten som medskapare	12
4. Fokusområden för utveckling av patientsäkerhet.....	14
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer.....	16
Fokusområde 3: Säker vård här och nu.....	17
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	19
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
5. Arbetsätt och stöd för arbete med patientsäkerhet.....	22
Förutsättningar för arbete med patientsäkerhet.....	22
Strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete.....	25
Metoder och indikatorer för uppföljning av patientsäkerhet.....	27
Länkar till mer information	30
Litteratur/förslag för vidare läsning	30

1. Introduktion

Patientsäkerhet är en egenskap som vi förväntar oss ska finnas i hälso- och sjukvården, den egenskap som Patientsäkerhetslagen definierar som skydd mot vårdskada och där lagen föreskriver ett systematiskt arbete för att minska riskerna för att patienter kommer till skada. Med hälso- och sjukvård avses enligt patientsäkerhetslagen och i detta dokument all verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar, lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel.

Patientsäkerhet är också ett kunskapsområde i sig, för att kunna utveckla och förbättra arbetet med patientsäkerhet behövs också andra kunskaper och kompetenser än de rent vårdprofessionella. Det är ett kunskapsområde i utveckling.

Ansvar för patientsäkerhet ligger i första hand i hälso- och sjukvårdens linjeorganisation. Alla som arbetar i och har ansvar för hälso- och sjukvård har ett professionellt ansvar för och kan bidra till god patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet uppbyggd av dess olika processer. Därför är det också en viktig uppgift för de som arbetar med utveckling och implementering av de processerna (exempelvis inom ramen för arbetet i nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård) att känna till och arbeta efter aktuell kunskap om patientsäkerhet.

Detta är ett kunskapsstöd för patientsäkerhet med en beskrivning av centrala begrepp och med förslag om hur kunskapen kan användas i praktiskt arbete med patientsäkerhet. Den är avsedd att i första hand tjäna som stöd för arbete med att ta fram kunskapsstöd inom nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, men vi hoppas att den också kan vara ett stöd för vårdgivares systematiska arbete med patientsäkerhet.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet gäller alla vårdgivares verksamhet, både den som är regional och den som är kommunal. NSG patientsäkerhet har sitt uppdrag inom regionernas verksamheter. Dokumentet är därför i första hand framtaget för regionerna, med beskrivningar och exempel som i första hand är från regionernas verksamhet. Det mesta av arbetet med patientsäkerhet har hittills utgått ifrån sjukhusens verksamheter, det gäller då också för mycket av de beskrivningar och exempel som finns i detta dokument. Det finns ett behov av att utveckla arbetet med patientsäkerhet utanför sjukhusen, i samverkan mellan regioner och kommuner och i kommunernas verksamhet. I kommande reviderade versioner av detta dokument hoppas vi kunna spegla en sådan utveckling.

I dokumentet ingår efter denna introduktion (som är avsnitt 1):

- I avsnitt 2 en beskrivning av kunskapsområdet patientsäkerhet och dess utveckling, ett förslag på ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete, och hur de kan stödja framtagandet av kunskapsstöd.
- I avsnitt 3 en översiktlig beskrivning av de grundläggande förutsättningar, fokusområden och patientsäkerhetsteman som är grunden i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.
- I avsnitt 4 en beskrivning av de fokusområden för utveckling av arbetet med patientsäkerhet som lyfts i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, och vilken relevans de har för framtagande av kunskapsstöd.
- I avsnitt 5 förslag på arbetssätt för patientsäkerhetsarbete. Där beskrivs hur olika förutsättningar kan ha betydelse för en säker vård vid utformning av insatser i olika delar av hälso- och sjukvården, verktyg för patientsäkerhetsarbete samt metoder för uppföljning av patientsäkerhet. Här finns även en sammanställning över relevant litteratur, samt hänvisning till annat stöd för arbete med kunskapsstyrning och patientsäkerhet.

2. Vad är patientsäkerhet? – En inledande beskrivning

Utvecklingen av kunskapsområdet patientsäkerhet

Patientsäkerhet definieras enligt patientsäkerhetslagen som skydd mot vårdskada. Det handlar om att patienter inte ska komma till skada som hade kunnat undvikas i samband med kontakt med hälso- och sjukvården. Patienter ska inte heller komma till skada på grund av att hälso- och sjukvården inte genomför de åtgärder som patientens tillstånd kräver. Patientsäkerhetslagen lägger ansvaret för patientsäkerhet på vårdgivaren, den organisation som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivaren ansvarar för att ha ett systematiskt och förebyggande arbete för att patientsäkerheten ska vara god. Vårdgivare ansvarar också för att händelser där patienter kommit till skada, eller riskerat att komma till skada, utreds. Detta är ett reaktivt arbete i syfte att dra och sprida lärdomar av det inträffade som kan bidra till utveckling av patientsäkerhet. Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården.

Att patientsäkerhet är ett eget kunskapsområde har varit allmänt känt sedan bara 20-30 år. Under dessa år har också kunskapsområdet utvecklats kraftigt. Förenklat kan det beskrivas som att patientsäkerhet initialt handlade om att ta fram rutiner och riktlinjer för vård av patienter så att den skulle vara säker, och när patienter ändå kom till skada, utreda varför individer inte följde rutiner och riktlinjer, enligt ett linjärt orsaks-effekttänkande. Med utveckling av kunskapsområdet patientsäkerhet har tillförts insikten att hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet, där linjärt orsaks-effekttänkande ofta inte är en tillräcklig grund för effektivt arbete med patientsäkerhet.

Kunskap om samspelet mellan individen, den teknik man använder och organisationen, "systemet", och vårdgivarorganisationens övergripande betydelse och ansvar, har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Med denna utveckling finns också en förflyttning i tänkande från att se människan som den felande länken när något gått fel, till att även se människan som en värdefull resurs med förmåga att hantera mångskiftande, varierande och ofta motstridiga krav på prestation. De som arbetar i hälso- och sjukvården har en skyldighet att göra sitt bästa i vården av patienter, och bemöta patienter väl, det uttrycks också i patientsäkerhetslagen, men lagstiftning och föreskrifter uttrycker också vårdgivarorganisationernas skyldighet att säkerställa att medarbetarna har goda förutsättningar för att utföra sitt arbete på ett säkert sätt.

Ett ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete

Med utvecklingen av kunskap om patientsäkerhet har också insikten kommit att det i första hand handlar om att hantera och minimera risker, och att hälso- och sjukvårdens komplexitet innebär risker i sig. Hälso- och sjukvården är också ett mycket stort och heterogent verksamhetsområde. Det är lätt att inse att verksamheten på en akutmottagning är väsensskild från den på ett kliniskt kemiskt laboratorium eller i sjukvård som bedrivs i hemmet. Det medför att riskerna till stor del också skiljer sig i dessa olika verksamheter, och angreppssätten för arbetet med patientsäkerhet kommer behöva vara anpassade utifrån verksamheten. Eftersom hälso- och sjukvården är en stor komplex verksamhet kommer arbetet inte kunna beskrivas och specificeras i detalj i förväg.

Patientsäkerhet handlar därför om att ta fram rutiner och riktlinjer baserat på bästa evidens som i arbetet med kunskapsstöd i nationellt system för kunskapsstyrning, men också att se till att dessa rutiner och riktlinjer är utformade så att de kan omsättas i praktiskt vårdarbete, så att inte nya risker uppträder som inte vägs upp av nytta eller kan hanteras. Patientsäkerhet handlar om att hantera risker, så att risken att patienter skadas är så liten som möjligt, men också om att kunna utreda händelser när patienter kommit till skada som underlag för ett lärande och förbättringsarbete. Patientsäkerhet handlar om en förmåga hos individer och organisation att anpassa sitt agerande till rådande omständigheter. Det förutsätter kunskap inte bara om sjukdomar och dess behandling, utan även om patientsäkerhet, hos de som arbetar med och de som leder hälso- och sjukvård.

Säkerhetsforskarna Charles Vincent och René Amalberti har i boken *Safer Healthcare - Strategies for the Real World* (2016) definierat fem strategier/angreppssätt för patientsäkerhetsarbete.

Strategierna, som presenteras nedan i tabell 1, kan användas för planering och prioritering i arbetet med patientsäkerhet på alla nivåer i olika delar av hälso- och sjukvården. Även om strategierna framför allt är tänkta att användas för planering på ett eller några års sikt, så ger de också en förståelse för att arbetet med patientsäkerhet måste vara mångfacetterat. De fem strategierna beskriver att arbetet måste ske i alla nivåer och delar av hälso- och sjukvården och med olika angreppssätt, och att det oftast inte finns några enkla lösningar på ett patientsäkerhetsproblem. Innehållet i tabellen är bearbetat i förhållande till källan, för att beskriva hur dess innehåll kan vara relevant för nationella programområden och deras arbetsgruppers arbete med kunskapsstöd.

Om en nulägesanalys av patientsäkerheten inom en verksamhet visar brister i följsamhet till de rutiner som är viktiga för patientsäkerheten, kan den första instinkten lätt vara att fokusera arbetet

enbart på åtgärder för att öka följsamheten till dessa. Vincent och Amalberti visar att det är viktigt att se även till övriga aspekter av patientsäkerhet samt att se till förutsättningar som är specifika för det aktuella området av hälso- och sjukvården.

Vincent och Amalbertis strategier ligger delvis till grund för de fokusområden för arbetet med patientsäkerhet som beskrivs i nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet (Agera för säker vård), se nedan avsnitt 4. Handlingsplanens fem fokusområden beskriver viktiga utvecklingsområden för arbetet med patientsäkerhet på i första hand nationell nivå. De fem strategierna är strategier som en vårdgivare kan använda för arbete med och ledning och styrning av patientsäkerhet.

Tabell 1. Förklaring av Vincents och Amalbertis fem centrala strategier för patientsäkerhetsarbete, med några exempel.

Strategi	Förklaring
1 Utveckla och använd bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet	<p>Denna strategi handlar om att utveckla och implementera rutiner och riktlinjer för att öka säkerheten i en specifik typ av process eller för att reducera en viss typ av vårdskada. Det är till exempel framtagande av standardiserade kommunikationsstöd för överlämningar inom vården eller rutiner för att undvika vårdrelaterade infektioner.</p> <p>För kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård innebär detta att de ska bygga på bästa tillgängliga evidens och beprövad erfarenhet, men att de också ska kunna vara användbara i praktiskt vårdarbete. När kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner tas fram bör man därför ta ställning till vilka möjligheter och utmaningar med avseende på patientsäkerhet de föreslagna arbetssätten innebär för de som ska utföra och leda arbetet i praktiken.</p>
2 Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt	<p>Systemåtgärder och ständiga förbättringar i processer och system är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att undvika vårdskador och negativa händelser. Det kan handla om färdighetsträning för medarbetare, automatisering av processer, förbättrad design och tillgänglighet på utrustning samt utveckling av beslutsstöd som kan användas i det dagliga arbetet.</p> <p>För kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård innebär detta att man för god patientsäkerhet vid deras framtagande och implementering bör ta ställning till hur vårdgivaren kan ta ansvar för kvalitetsarbetet med de processer som beskrivs i kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner.</p>

Strategi	Förklaring
<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">Utveckla och använd arbetssätt för riskhantering</p>	<p>Denna strategi handlar om att man i förväg behöver definiera riskfyllda situationer som kan uppstå, och omständigheter som kräver anpassning av vården. Det kan exempelvis vara att ta fram prioriteringsordning i syfte att reducera risker. Ett aktuellt exempel på när det kan finnas ett behov för att begränsa en verksamhets omfattning är när materialbrist riskerar att hota patientsäkerheten vid operationer, eller när det läkemedel restnoteras. Då hälso- och sjukvård ofta är en verksamhet med ofrånkomliga risker handlar strategin inte om att helt undvika risk, utan om att identifiera sammanhang då det finns ett behov av riskhantering.</p> <p>För kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård innebär detta att man vid deras framtagande bör ta ställning vilka risker för patientsäkerheten vårdgivaren bör beakta då de införs, och vilken variabilitet i förutsättningar som kan uppstå och innebära risker.</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Utveckla och använd arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården</p>	<p>En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att aktivt hantera variationer och störningar som uppstår i det dagliga arbetet. Då variationer och störningar regelbundet inträffar i alla system handlar denna strategi om att utveckla metoder för att förutse och kunna hantera dessa, så att anpassningar inte behöver ske ad hoc, och att anpassningarna kan göras på bästa sätt.</p> <p>För kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård innebär detta att man vid deras framtagande bör ta ställning till vilka variationer och störningar i det dagliga arbetet i hälso- och sjukvården som har betydelse för i vilken mån det aktuella kunskapsstödet, riktlinjerna och rutinerna bidrar till god patientsäkerhet eller till risker. Det kan också vara fråga om att i förväg identifiera vilka resurser och arbetssätt som krävs för att kunna upptäcka och hantera variationer och störningar.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal)</p>	<p>Denna strategi handlar om att reducera skada och lidande efter att en vårdskada har inträffat. Det handlar om att ta hand om och begränsa patientens skada så långt det går. Det handlar också om att stöd kan behövas för patienter och närstående, liksom för berörda medarbetare och chefer. Vidare kan det finnas behov av att uttala sig i media samt att hantera finansiella och juridiska aspekter.</p> <p>För kunskapsstöd, riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvård innebär detta att man vid deras framtagande och implementering bör ta ställning till vilka vårdskador som kan uppstå relaterat till dem, och hur de skadorna, om de inträffar, kan begränsas.</p>

Utmaningen och nationell handlingsplan för patientsäkerhet

Ungefär vid millennieskiftet uppstod i många länder, inklusive Sverige, en allmänt erkänd medvetenhet om patientsäkerhet som ett viktigt utvecklingsområde; när man började undersöka saken fann man att alltför många patienter kom till skada i vården. Därefter har det systematiska arbetet med patientsäkerhet utvecklats i landsting/regioner och kommuner, med stöd av SKL/SKR och bland myndigheter främst Socialstyrelsen. Trots satsningar och höga ambitioner är vårdskador fortfarande något som drabbar alltför många patienter, vilket också medför stora kostnader i hälso- och sjukvården. Från mätningar av vårdskador med metoden markörbaserad journalgranskning vet vi att vid cirka 7% av vårdtillfällen på sjukhus i somatisk vård av vuxna 2022 drabbades patienter av skador som bedömdes undvikbara. Även om det är en förbättring jämfört med 2013, då motsvarande siffra var knappt 10%, är det uppenbart att patientsäkerhet är ett viktigt och nödvändigt utvecklingsområde. För andra områden än somatisk vård av vuxna på sjukhus är kunskaper om vårdskadenivåer bristfälliga eller saknas helt.

Hälso- och sjukvårdens storlek och komplexitet bidrar till utmaningarna i arbetet med patientsäkerhet är. Regioner och kommuner har olika förutsättningar för den vård som bedrivs och inte sällan ställer lagstiftning motstridiga krav, till exempel vad avser behov av informationsutbyte för god patientsäkerhet i förhållande till integritetsskydd. Patienten färdas ofta genom många delar av systemet i sin vårdprocess, vilket gör att patientsäkerhetsarbetet måste bedrivas å ena sidan så att patientens hela process blir säker, å andra sidan måste det utgå från olika förutsättningar hos vårdens utförare.

Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen tagit fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, som gäller 2020-2024. Målgruppen för handlingsplanen är i första hand huvudmännen som är ansvariga för hälso- och sjukvården i regioner och kommuner. Handlingsplanen gäller all hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagens definition - all verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, lagen om försäkringsmedicinska utredningar, lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel.

Den nationella handlingsplanen togs fram i samverkan mellan Socialstyrelsen, andra myndigheter, nationella organisationer som till exempel patientförsäkringen Löf, företrädare för regioner och kommuner som till exempel nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet, experter i kunskapsområdet patientsäkerhet, patienter och närstående. Handlingsplanen bygger på det aktuella kunskapsläget om patientsäkerhet.

Den nationella handlingsplanen beskriver fyra grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet och fem fokusområden för arbete för att förbättra patientsäkerheten. Dessa beskrivs utförligare i del 3 och 4.

3. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård vilka är centrala för patientsäkerhetsarbetet. De är

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare

Eftersom patientsäkerhet är en viktig aspekt på allt arbete som utförs i hälso- och sjukvården, är dessa grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet också relevanta för framtagande och implementering av kunskapsstöd, så att de bidrar till god patientsäkerhet.



Figur 1. Agera för säker vård.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning, på alla nivåer, är avgörande för en säker vård. Det innebär exempelvis att personer i ledande ställning bidrar till en god säkerhetskultur genom att ha insikt om utmaningar, ha kunskap om handlingsalternativ, ta ansvar för patientsäkerheten och genom beslut och handling säkerställa patientsäkerheten. Hos alla vårdgivare ska det finnas ledningssystem som bland annat beskriver säkra processer och samverkan, samt hur systematiskt förbättringsarbete och dokumentation ska genomföras. Ledare på alla nivåer kan vidare skapa förutsättningar för ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete, genom egenkontroll där resultat efterfrågas och diskuteras, och genom att ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas. Faktorer som inte alltid är vårdnära har också stor inverkan på patientsäkerheten, såsom hälso- och sjukvårdssystemets organisationsstruktur, resursfördelning och kompetensförsörjning. Kunskap om patientsäkerhet behövs därför på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Detta område är en grundläggande förutsättning för patientsäkerhetsarbete och en viktig aspekt i huvudmännens arbete för en säker vård. Nationella programområden bidrar till ledning och styrning nationellt genom sitt arbete med vårdprocesserna, vilket har betydelse för patientsäkerheten. Processerna ska utgå från bästa möjliga tillgängliga kunskap och evidens, de ska vara personcentrerade, de måste kunna omsättas i praktiskt arbete. Reliabilitet, pålitlighet, i processerna, att det som avses göras också kan göras och görs, är avgörande för god patientsäkerhet.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas av att alla, och på alla nivåer i en organisation, aktivt tar ansvar för att upprätthålla säkerhet och för att se till att störningar och risker uppmärksammas och minimeras. I en organisation med god säkerhetskultur bidrar och agerar alla utifrån sin roll för att göra vården patientsäker. Både chefer och medarbetare behöver vara medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå i olika moment och processer och hur deras agerande och beslut påverkar riskerna. Detta är en aspekt av vikt vid implementering av kunskapsstöd. Vidare behöver det finnas ett tillåtande arbetsklimat, där medarbetare känner sig trygga att rapportera risker eller inträffade incidenter för att bidra i säkerhetsarbetet, man kan benämna det psykologisk trygghet på arbetsplatsen. I närvaro av en god säkerhetskultur finns en öppenhet för att diskutera och ställa frågor om säkerhet och ett icke-skuldbeläggande förhållningssätt. Såväl individers som ledares och grupper värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster bidrar till säkerhetskulturen. Vidare kännetecknas en god säkerhetskultur av att lärdomar dras av både negativa och positiva händelser.

Det finns olika metoder och verktyg för att mäta och värdera säkerhetskultur. Att mäta för att jämföra med andra enheter och verksamheter har litet värde, men för att följa upp och skapa dialog kring säkerhetskulturen i den egna verksamheten kan sådana mätningar vara värdefulla.

Säkerhetskulturtrappan från A till E samt Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) är exempel på sådana verktyg.

Adekvat kunskap och kompetens

Medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården behöver ha adekvat kompetens för sina arbetsuppgifter och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete och ge vård enligt bästa tillgängliga kunskap. I verksamheterna behöver det finnas tillräckligt med medarbetare med god yrkeskompetens. En förutsättning för detta är att det inom organisationen finns kunskap om vad som utgör adekvat kompetens. Det är också av vikt att det finns möjligheter till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling. Såväl tekniska färdigheter (till exempel kunskap om diagnostiska undersökningar och bedömningar) som icke-tekniska färdigheter (till exempel kunskap om strukturerad kommunikation och teamarbete) behövs. Vid framtagande och implementering av kunskapsstöd bör frågor om kompetens beaktas, vilken kompetens som krävs för arbete enligt kunskapsstödet och vilka krav på utveckling och vidmakthållande av kompetens som vårdgivare behöver ta ställning till.

Det behövs också kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården, för ett kunskapsbaserat och systematiskt patientsäkerhetsarbete. Denna kunskap är relevant såväl för chefer som för medarbetare, och för att kunna utveckla patientsäkra processer, till exempel i arbetet med nationella programområden och kunskapsstöd. För att kunna utveckla processer och patientsäkerhet behövs också kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Patienten som medskapare

Vården blir säkrare när den utformas och utvecklas i samråd med patienten och, i de fall patienten efterfrågar och/eller medger det, även med närstående. Vården ska vara personcentrerad och utgå från patientens egen berättelse och resurser med hänsyn tagen till personens förutsättningar. Delaktighet och möjlighet till inflytande är viktigt både i den egna vården och i vårdens utvecklingsarbete, liksom i strategiska/organisatoriska beslut som påverkar patienter. En förutsättning är att patienter och närstående hålls välinformerade och får tillgång till god och anpassad information, en god dialog och tydlig kommunikation är avgörande. Patientens synpunkter och delaktighet behöver efterfrågas på alla nivåer liksom inom olika områden i vården. Att involvera patienterna och deras närstående är en viktig del av allt patientsäkerhetsarbete. Graden av delaktighet bör alltid anpassas utifrån individens behov, förmåga och önskemål.

Patienten som medskapare kan beskrivas ur fyra olika perspektiv som är viktiga i arbete med patientsäkerhet. De är alla också relevanta i framtagande och implementering av kunskapsstöd, då patienter/närstående kan göras till medskapare i framtagande av aktuellt kunskapsstöd.

Patientens delaktighet i den egna vården

Patienters delaktighet i den egna vården gör vården säkrare. Välinformerade patienter och närstående som till exempel förstår syftet med och förväntat förlopp vid olika behandlingar, kan bidra till beslut om åtgärder, kan känna igen risker och uppmärksamma personalen när något inte stämmer. Patientens tillgång till den egna journalen är ett viktigt instrument för det. En tydlig plan för patientens fortsatta vård är viktig för patientsäkerheten. Ett gott bemötande kan bland annat

bidra till att personalen i högre utsträckning uppfattar patientens eller de närståendes oro och därmed kan undvika att missa en risksituation. I ett gott arbete med hälso- och sjukvårdens processer tar man hänsyn till att den utförda vården, och patientens delaktighet i den, behöver anpassas till patientens individuella behov och förutsättningar.

Patienters och närståendes erfarenheter av vården

Genom att ta del av patienters och närståendes erfarenheter av vården, både det som är positiva upplevelser och det som är skador/vårdskador, samt deras synpunkter och klagomål får vi underlag för att utforma åtgärder och prioritera insatser. Detta kompletterar vårdens bild och ger ökad förståelse för säkerhet genom hela patientens process. Att ha en öppen attityd för att ta emot och hantera dessa erfarenheter som en källa för lärande och utveckling är viktigt och utmärkande för en god patientsäkerhetskultur. Kunskap om hur patientens upplevelser kan tillvaratas behövs därmed hos berörda aktörer inom hälso- och sjukvården. Enkla vägar för patienter och närstående att förmedla sina synpunkter till vården är viktig, patientnämnderna har i sitt uppdrag att vara stödjande.

Patientmedverkan i analys, lärande och utveckling

I arbetet med patientsäkerhet behöver patientperspektivet ingå i uppföljning, analys och lärande. Därför är det viktigt att patienten ska få en möjlighet att bidra i arbetet med inträffade vårdskador och i hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete, och i arbetet med att säkerställa en säker vård här och nu och för att öka riskmedvetenheten och beredskapen. Detta är till exempel möjligt genom kontinuerligt inhämtande av erfarenheter av vården från patienter och närstående. Insikter från till exempel patientnämnder, patientenkäter eller forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete kan också innebära möjligheter till analys och lärande utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt

För att ta fram nya och/eller vidareutveckla processer och arbetssätt som ska möta patienternas behov är det viktigt att patienter och närstående involveras i arbetet. Det finns olika sätt att arbeta med patientmedverkan, till exempel genom dialoger, enkäter, intervjustudier, fokusgrupper samt medverkan i råd eller projekt. Detta är ett sätt att bidra till en säker vård där patienter känner sig trygga.

4. Fokusområden för utveckling av patientsäkerhet

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet innehåller fem prioriterade fokusområden. Som tidigare beskrivits är de delvis grundade på de strategier för arbete med patientsäkerhet som beskrivits av Vincent och Amalberti. Fokusområdena belyser viktiga utvecklingsområden för arbetet med patientsäkerhet, som då också har relevans för, och bör beaktas i, framtagandet av kunskapsstöd.

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador

Detta fokusområde syftar till att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador samt bakomliggande orsaker på systemnivå. Vidare syftar fokusområdet till att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerheten. För att kunna förebygga vårdskador behöver vi veta mer om vad som bidrar till en säker vård och vilka skador som drabbar patienterna, inom alla områden av hälso- och sjukvården. För det behövs en ändamålsenlig avvikelserapportering, utredning av inträffade vårdskador och andra avvikelser, minimering av negativa följd effekter av negativa händelser, att information sammanställs om inträffade vårdskador, samt att patienters synpunkter tas tillvara.

Avvikelse rapportering

För att kunna förebygga vårdskador och minimera negativa följder av händelser som inneburit eller hade kunnat innebära en vårdskada behöver vi förstå vilka avvikelser (negativa händelser och tillbud) som inträffar i verksamheterna och i samband med vårdövergångar mellan olika verksamheter och vårdgivare. För att bidra till en patientsäker vård ska medarbetare i verksamheterna i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta bör göras av den som varit inblandad i händelsen eller som har upptäckt att avvikelsen har inträffat. För att möjliggöra sådan rapportering behövs system, arbetssätt och en kultur som främjar avvikelserapportering. Avvikelse som har lett eller hade kunnat leda till en allvarlig vårdskada ska anmälas till inspektionen för vård och omsorg (IVO). Enligt Patientsäkerhetslagen definieras allvarlig vårdskada som en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Ett systematiskt arbetssätt vid avvikelshantering som bygger på analys, lärande och utveckling stöder att avvikelsen är levande i verksamheten och bidrar till säkrare vård om mönster och trender aggregeras. Att stödja ett arbetssätt så att lärande av avvikelser på lokal nivå får en större spridning kan ge effekter på arbetssätt i hela hälso- och sjukvården. En gemensam avvikelshantering mellan olika vårdgivare kan leda till att risker i vårdens övergångar identifieras och hanteras tidigare.

Kunskap om vilka avvikelser som sker i de processer som stöds av aktuellt kunskapsstöd är en viktig källa för utveckling av processerna och eventuell revision av kunskapsstödet.

Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda

Genom att utreda händelser som inneburit eller hade kunnat innebära en vårdskada och ta reda på vad de bakomliggande orsakerna är kan vi lära och få underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. För detta behövs kunskap om metoder för att systematiskt identifiera och analysera händelser i verksamheterna, vilken kan bibehållas och utvecklas genom till exempel utbildningar i mät- och utredningsmetoder.

Exempel på aspekter som är viktiga i utredningar inkluderar att

- analysera möjliga orsaker på systemnivå
- ta hänsyn till både insatser och bedömningar som gjorts i olika verksamheter som kan bidra till helhetsbilden
- lyssna på och informera patienter och närstående, samt om möjligt involvera dem som en del i utredningsarbetet
- verksamhetschefer och övriga ledningsfunktioner i regional och kommunal hälso- och sjukvård samarbetar, när det gäller händelser som skett i samband med eller i nära anslutning till vårdövergångar.

Genom identifiering och mätning av skador och vårdskador kan statistik sammanställas, aggregeras och analyseras. Detta kan ge en bild av vilka de vanligaste och allvarigaste vårdskadorna är och hur utvecklingen ser ut över tid. Det gör det också möjligt att jämföra olika grupper och verksamheter samt att uppdaga och lära av väsentliga och omotiverade skillnader. Metoder för identifiering och mätning av vårdskador kan exempelvis vara information från avvikelserapportering, inrapportering till och återkoppling från kvalitetsregister, inrapportering till och rapporter från register för läkemedelseffekter och -biverkningar, punktprevalensmätningar, markörbaserad journalgranskning och händelseanalys. Kunskap om vårdskador kan vara en viktig källa i en gapanalys som ligger till grund för arbete med kunskapsstöd.

Minimering av effekter av negativa händelser

Minimering av effekter av negativa händelser omfattar stöd till patienter och medarbetare som varit inblandade i händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Processer och rutiner behövs för att minimera negativa följd effekter då skada trots allt skett. Detta kan till exempel vara omedelbara åtgärder för att förhindra ytterligare skada eller strukturerade insatser för stöd och återkoppling till berörda patienter och/eller medarbetare. Det kan även vara åtgärder som mildrar en redan inträffad skadas omfattning eller allvarlighetsgrad som exempelvis tidig diagnosticering och insatt behandling vid en vårdrelaterad infektion.

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer

Detta fokusområde syftar till att möta patienternas behov och förändringarna i hälso- och sjukvården genom att utveckla ändamålsenliga processer med fokus på patientens väg genom vården. Vidare syftar fokusområdet till att minska oönskade variationer samt att skapa en jämlik, säker, sammanhållen och tillgänglig vård.

Tillförlitliga och säkra vårdprocesser och rutiner som omfattar patientens väg i hälso- och sjukvården

Genom kunskap om vad som utgör säkra vårdprocesser och rutiner och arbete för implementering av dessa, kan oönskad variation i utfall reduceras. Särskilda processer kan behöva följas för specifika patient- eller riskgrupper, såsom patienter med demens, stroke, multisjukdom eller patienter som får palliativ vård. I andra fall behövs processer och rutiner som gäller för samtliga patienter.

Vårdprocesser bör ta hänsyn till patientens funktionstillstånd och förmåga att utföra egenvård samt var vården sker, exempelvis på vårdcentralen, på sjukhus eller i patientens hem. Ett särskilt viktigt riskområde är patienters övergångar inom och mellan olika vårdgivare. Även säkra vårdprocesser för habilitering och rehabilitering samt hälsofrämjande arbete behöver tillämpas. Det kan exempelvis innebära att personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp eller processer som reducerar specifika riskmoment utvecklas och implementeras. Detta bör ske i enlighet med bästa tillgängliga kunskap både vad gäller sakområdet (medicin, omvårdnad, tandvård, rehabilitering etc) och med avseende på patientsäkerhet, samt med hänsyn till patientens hela väg genom systemet – vårdplaner, samverkan vid utskrivning, sjukskrivning, rehabiliteringsplaner, SIP kan vara viktiga delar. Rätt användning av läkemedel är viktigt för patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunna ordinera, hantera läkemedel, och bedöma effekter och risker med läkemedel. Följsamhet till läkemedelsbehandling är en viktig aspekt av patientsäkerhet, och patienters förmåga att hantera läkemedel påverkar säkerheten. Det är viktigt att nya vårdprocesser och rutiner införs och inaktuella fasas ut då vården utvecklas och ny evidens tillkommer. Arbetet med patientsäkerhet är därför inget statiskt arbete, det är ett hela tiden dynamiskt pågående arbete. En viktig del i en säker vård är också att föra en ändamålsenlig dokumentation i patientens journal, som säkerställer att viktig information tillgängliggörs vilket möjliggör att exempelvis risktillstånd kan identifieras i tid. Säkra processer för samordning och informationsdelning är centralt för patientsäkerheten, både mellan olika aktörer kring patienten och mellan patienten och vården, inte minst i olika typer av övergångar.

Medicinteknik, medicintekniska produkter och välfärdsteknik

Säkerheten i vården påverkas av vilken utrustning, vilka medicintekniska produkter och vilka hjälpmedel som används. Det handlar om allt från tryckavlastande madrasser, förflyttningshjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsartiklar, teknisk apparatur som till exempel operationsrobotar, utrustning som används i tandvården, röntgenutrustning, patientlyftar och infusionspumpar, till medicinska informationssystem (journalssystem). Det omfattar även välfärdsteknik och andra hjälpmedel inom hälso- och sjukvården som inte klassas som medicintekniska produkter.

Utvecklingen är mycket snabb när det gäller IT, teknik som möjliggör digitala arbetsätt som ersättning för analoga arbetsätt, och olika varianter av AT-teknik. Nya produkter och teknikrelaterade arbetsätt behöver införas på ett ordnat sätt där patientsäkerhetsaspekter måste beaktas vid inköp, implementering, användning och utfasning. Medicinteknisk utrustning måste vara spårbar, underhållas och dess funktion och användning följas upp. Patientsäkra arbetsätt kan exempelvis vara kravspecifikationer som tydligt inkluderar patientsäkerhetsperspektivet i samband med upphandling, och rutiner och stöd för att utbilda medarbetare för att hantera medicinteknik, medicintekniska produkter och välfärdsteknik. Patientsäkerheten behöver också särskilt beaktas vid byte av tidigare använd utrustning till exempel till följd av byte av upphandlad leverantör.

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Detta fokusområde syftar till att stärka patientsäkerheten genom att öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att uppmärksamma och agera på störningar i närtid. Denna förmåga behövs på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården. Genom att anpassa vården utifrån störningar och risker kan vi minska risken för att patienter drabbas av vårdskador. En god arbetsmiljö och en tillräcklig bemanning med personal med adekvat kompetens och erfarenhet är faktorer som bidrar till att skapa en säker vård här och nu. Fokusområdet syftar även till att öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare samt att stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet.

Förmåga att förutse variationer och störningar i tid

Kunskap om risker och möjliga variationer och störningar som kan uppstå i vården skapar en förståelse för hur säker vården är här och nu. Störningar och variationer i närtid kan till exempel vara förändringar i behov av slutenvårdsplatser eller kapacitet på vårdcentraler på grund av oförutsedda sjukdomsutbrott, bemanningsbrist vid sjukdom, vid oväntad hög tillströmning av patienter till en akutmottagning, eller vid ändrade patientströmmar till kommunal vård vid vårdplatsneddragningar på sjukhusen. Störningar kan också vara kontinuitets- och leveransproblem av olika sort, till exempel störning i elförsörjning till ett sjukhus, eller restnotering av läkemedel. Genom att förstå och hantera de variationer och störningar som uppstår går det att anpassa arbetet för att mer ska bli rätt. Förmågan att göra rätt anpassningar utifrån situationen är avgörande för säkerhet, men det gäller också i det att ha en förståelse för hur de egna anpassningarna kan påverka hela systemet. Chefer och medarbetare bör förstå den variation som alltid finns och förstå när variationen innebär störningar som i sin tur innebär en risk för patientsäkerheten. Att alltid överväga vilka risker som finns eller som kan uppstå i vård och processer bidrar till förmågan att kunna hantera problemen när de uppstår. För att förutse och hantera olika typer av påfrestningar och störningar kan metoder och verktyg behöva anpassas utifrån vårdområdets specifika förutsättningar. Det kan handla om metoder för riskbedömning, säkerhetsronder, insamling och analys av realtidsdata, analys av variationer i det dagliga arbetet samt arenor för dialog mellan olika vårdgivare, i team och mellan chefer och medarbetare.

Situationsanpassning

Situationsanpassning handlar om förmågan resiliens, att kunna anpassa vården så att den är hållbar och kan prestera på ett patientsäkert sätt som det är tänkt även då variationer och störningar uppkommer. Kompetens, både i ledarskapet och hos medarbetarna, tillit mellan chefer och medarbetare, flexibilitet, redundans – att ha extra kapacitet (personal, material, lokaler) att ta till när det behövs – är avgörande för förmågan till goda anpassningar. Processer bör designas så att de stöder och ger möjligheter för dessa egenskaper. För att underlätta situationsanpassningen kan metoder och verktyg behöva anpassas och tillämpas utifrån vårdområdets specifika förutsättningar. Det kan exempelvis handla om säkerhetsronder, samtal och avstämningar i arbetsgrupper, mellan chefer och medarbetare, eller mellan verksamheter. Att förenkla processer bidrar till förmåga att upprätthålla dem under såväl väntade normala förhållanden som oväntade utmanande förhållanden. Att standardisera särskilt akuta situationer som kan uppstå är ett sätt att öka patientsäkerheten när något oväntat sker. Att i förväg har kartlagt vilka risker som kan uppstå i olika situationer, och ha planer för hur man ska agera då, stärker resiliensen, det kan till exempel gälla planer för hur man ska bete sig i olika sorters bristsituationer vad gäller material och läkemedel.

Dagligt patientsäkerhetsarbete

Både chefer och medarbetare behöver dagligen vara medvetna om och vaksamma på risker som kan uppstå i olika moment och processer. Ledningen har ett stort ansvar för att säkerställa att det finns en god säkerhetskultur som stödjer ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete, där alla utifrån sin roll bidrar till att ett säkert arbetssätt upprätthålls och att störningar och risker uppmärksammas. I det ingår forum för och möjligheter till en öppen dialog och daglig kommunikation om tillstånd, omständigheter samt risker och störningar som kan påverka patientsäkerheten. I design av processer och vårdförlopp som beskrivs i kunskapsstöd kan det vara förnuftigt att peka ut särskilt riskfyllda moment (om de inte kan undvikas i designen), så att chefer och medarbetare kan vara särskilt uppmärksamma på dem. Dessutom är teamarbete, intraprofessionellt lärande och ett icke-hierarkiskt samarbete viktiga för att lyckas i det dagliga patientsäkerhetsarbetet.

Säker arbetsmiljö och bemanning

Bemanning, arbetsmiljö och patientsäkerhet hänger nära samman – en bemanning som inte är anpassad efter behoven påverkar både arbetsmiljön och patientsäkerheten. Därför behöver vårdgivare arbeta med dessa frågor integrerat. Det behövs kunskap om vad som är en ändamålsenlig och säker bemanning samt vilka kompetenser som behövs för att uppnå en god patientsäkerhet. För att kunna analysera läget och agera utifrån olika omständigheter och situationer med varierande förutsättningar behöver personalen ha rätt yrkeskompetens. Det är därför viktigt att i framtagande och implementering av kunskapsstöd beakta vilka särskilda krav på kompetens som kan vara aktuella. Beslutsfattare, chefer och ledare på alla nivåer behöver ta hänsyn till och arbeta för att främja både en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Arbetsmiljön hänger också nära samman med en tillräcklig bemanning för god patientsäkerhet och god säkerhetskultur. Genom att till exempel involvera HR-funktioner och arbetsmiljöstrateger i arbetet med patientsäkerhet är det möjligt att skapa synergier mellan områdena.

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Detta fokusområde syftar till att stärka patientsäkerheten genom att öka förståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och att stärka det organisatoriska minnet inom hälso- och sjukvården. Vidare syftar fokusområdet till att stärka det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att stimulera kunskapsutvecklingen samt det individuella och organisatoriska lärandet. Det handlar om förståelse såväl för när det blir fel som för när det blir rätt, eftersom det är anpassningar i vardagligt arbete till aktuella förutsättningar som medför att det oftast blir rätt. De anpassningar som alltid görs i förhållande till de variationer som uppstår är i stor utsträckning beroende på adekvat organisering, förberedelser och kompetens. Arbetet syftar till att förstå och hantera variationerna. Analys, lärande och utveckling måste då baseras på förståelse av både det som går bra och det som går fel. Fokusområdet syftar även till att ge bättre underlag för forskning samt att identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och att hantera dem. Indikatorer för uppföljning och aggregerade data behöver tas fram, samlas in och analyseras på olika nivåer, både på ledningsnivå och i den patientnära vårdverksamheten. Patienters och närståendes synpunkter, klagomål och förbättringsförslag behöver vara en del i detta analys- och utvecklingsarbete. I kunskapsstöd bör sådana säkerhetsindikatorer beskrivas.

Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor

För att få en bred bild av patientsäkerhetsläget i vården är det relevant att samla in och kvalitetssäkra kunskap från flera olika källor samt att olika aspekter av säkerheten i vården beaktas. Detta kan exempelvis innebära att data samlas in och sammanställs från kvalitetsregister, patientundersökningar, punktprevalensmätningar, markörbaserad journalgranskning, register gällande läkemedelsbehandling och biverkningar, utifrån klagomål och avvikelser/anmälningar, och patientnämndernas analyser. Det kan också finnas behov av att utveckla nya indikatorer för att få en ändamålsenlig uppföljning av patientsäkerheten och förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet. Resultatmått såväl som process- och strukturmått kan behövas för att det arbete som görs ska kunna relatera till vilka strukturella förutsättningar som finns och till vilka resultat som uppnås avseende kvalitet och patientsäkerhet.

Analys som möjliggör lärande

Då data har sammanställts behövs kunskap om hur data kan analyseras ur ett säkerhetsperspektiv. Analyser behöver både skapa förståelse för det som påverkar säkerheten negativt och det som fungerar bra och bör uppmuntras och förstärkas. En viktig aspekt handlar om att analysera bakomliggande orsaker till patientsäkerhetsläget. Detta kräver en systemförståelse och i flera sammanhang är det viktigt att kunna genomföra systemanalyser som omfattar vårdens olika aktörer. Det är givande att i analysen ta hänsyn till de fyra grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet; hur påverkar styrkor och brister i – ledning och styrning, säkerhetskultur, kunskap och kompetens, och patienten som medskapare? Även om det kan vara svårt att belägga säkra orsakssamband i specifika situationer kan analyser av samband och orsaker utgöra en viktig grund för lärande. Det är viktigt att prioritera vilka data som ska samlas in så att den verkligen används och

kommer till nytta. För att göra bra analyser kan det behövas resurser, stödfunktioner med analyskompetens, förutom stöd och verktyg för att analysera egna resultat och följa dem över tid.

Lärande från analyser och det egna arbetet

Efter analys behövs det metoder för återkoppling och lärande för att patientsäkerheten i vården ska öka. Denna kunskap behövs på olika organisatoriska nivåer och handlar såväl om att bidra till daglig anpassning av en verksamhet, som till utveckling av nya kunskapsstöd, rutiner och riktlinjer. Kunskap från uppföljning, analyser och forskning bör kunna användas av funktioner som stödjer det nationella, regionala och lokala patientsäkerhetsarbetet samt verksamheternas förbättringsarbete. Samverkan kring lärande såväl mellan verksamheter, inom kunskapsstyrningssystemet som mellan myndigheter kan bidra till effektivt lärande med långsiktiga effekter.

Spridning av kunskap och lärdomar

För att möjliggöra lärande är det även av vikt att information och ny kunskap visualiseras och sprids, vilket innebär att ny kunskap görs tillgänglig på ett sådant sätt att det är användbart för den som behöver det. För att minska risken att samma typ av negativa händelser upprepas, samt för att ta tillvara och använda kunskap om vad som fungerar bra, behöver lärdomar spridas inom organisationen och vid behov även till andra aktörer. För det behövs strukturer för att sprida lärdomar av sådant som gått fel och sådant som förbättrat det dagliga arbetet, till exempel genom olika forum och lärandeträffar. Kvalitetsregister inom vården kan exempelvis användas för att sammanställa och visualisera trender och utveckling för olika kvalitetsindikatorer. IT-system som visualiserar realtidsdata och därmed möjliggör hantering av variationer och störningar i vården är ett annat exempel.

När kunskapsstöd implementeras och är "i drift" i regionerna är det viktigt att följa upp arbetet genom att samla erfarenhet, resultat och lärdomar av deras effekt och betydelse för hälso- och sjukvården, både med avseende på behandlingsmål och på patientsäkerhet. Organiseringen i nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård är en naturlig bas för ett sådant lärande och för spridning av kunskap.

Patientsäkerhetsberättelse

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen blir på så sätt en viktig källa för analys, lärande och utveckling av arbetet med patientsäkerhet.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

Fokusområdet syftar till att uppnå en robust och anpassningsbar hälso- och sjukvårdsverksamhet. Detta innebär att uppdraget klaras av med god patientsäkerhet och god arbetsmiljö under såväl förväntade som oväntade förhållanden. Planering behöver ske för en säker vård på lång sikt, vilket inkluderar beredskap att hantera olika typer av risksituationer som kan uppstå. Omvärldsbevakning är viktigt för att uppmärksamma och utifrån det kunna planera för risker.

Riskkontroll

Hälso- och sjukvården är en högriskverksamhet och viss risk måste ofta accepteras, om de potentiella vinsterna ses som större. Vården behöver dock identifiera sammanhang då det finns ett behov av riskhantering och risk-nytta-bedömning, exempelvis vid personalbrist, överbeläggningar, materialbrist eller andra omständigheter som ökar riskerna och därmed påverkar patientsäkerheten. Under vissa omständigheter kan begränsningar av den vård som utövas vara nödvändiga (exempelvis att antalet planerade operationer begränsas för att säkerställa att akuta operationer kan genomföras med bibehållen patientsäkerhet). Ett arbetssätt för att ha kontroll på och hantera risker på sjukhus är exempelvis så kallade daglig styrning-möten. Där träffas representanter från sjukhusets alla enheter, med fördel även stödfunktioner, för att stämma av läget och vid behov vidta åtgärder där man hjälps åt att hantera identifierade risker.

Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap

En ökad beredskap handlar om ledning, resurser och arbetsmetodik i situationer med ökad belastning. Detta kan uppnås till exempel genom bland annat beredskaps- och katastrofövningar och analys av olika scenarier, där bibehållande av patientsäkerheten ska vara en central del (till exempel i händelse av vattenbrist, utbrott av smittsamma sjukdomar, strömavbrott, att läkemedelsleveranser upphör, att medicintekniska produkter och hjälpmedel tar slut, etc.). Färdighetsträning syftar till att stärka färdigheter och kompetens på individ- och teamnivå. Färdighetsträning av såväl tekniska som icke-tekniska färdigheter behövs i vårdens olika delar. Via simulering av tänkbara scenarier kan man utveckla och bearbeta hantering av fel/misstag och även testa metoder som inte är möjliga att testa i en skarp situation. Simulering kan också handla om att arbeta med motivation och säkerhetskultur. I framtagande av kunskapsstöd bör detta beaktas och det som är lämpligt för färdighetsträning och simulering bör lyftas fram.

Beredskap och planering för hantering av risker på lång sikt

Det är också relevant att planera för risker som kan uppstå på längre sikt. Det kan till exempel handla om riskmedvetenhet och beredskap i samband med övergripande strategiska förändringar i vården, såsom omställning till nära vård, digitaliseringen av vårdtjänster eller nivåstrukturering. Det kan även gälla förändringar av resurser som kräver omprioriteringar i verksamheten samt planering för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning. Även strukturella förändringar, politiska beslut, förändringar av sjukdomspanorama, demografiska förändringar, vårdbehov och kapacitet är faktorer som kan påverka patientsäkerheten på längre sikt. I design av kunskapsstödens processer och vårdförlopp är det därför viktigt att identifiera sådana strategiska förändringar i vården som kan ha

betydelse för patientsäkerhet, och därför kräva särskilda överväganden med avseende på resurser, bemanning, kompetens, kommunikation och information, med mera.

Omvärldsbevakning ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Omvärldsbevakning är viktigt för att uppmärksamma och planera för risker i omvärlden som kan påverka hälso- och sjukvården, och för att bedriva ett strategiskt patientsäkerhetsarbete. Det kan bidra till att åtgärder som främjar patientsäkerheten värderas och prioriteras och att ny kunskap som ökar säkerheten i hälso- och sjukvården identifieras och kan omsättas i praktiskt arbete. Det kan exempelvis handla om nya forskningsresultat som förändrar evidensläget, förändrade krav som följd av ny lagstiftning eller nya tekniska möjligheter som kan effektivisera arbetet och öka säkerheten. Omvärldsbevakning behöver ske på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Kunskapen från omvärldsbevakningen behöver sedan spridas till dem som det berör.

5. Arbetssätt och stöd för arbete med patientsäkerhet

I detta avsnitt beskrivs skillnader i förutsättningar inom olika delar av vården, som kan ha betydelse vid framtagande av kunskapsstöd och utformning av insatser för en säker vård. Vidare beskrivs strategier och verktyg för arbete med patientsäkerhet samt metoder för uppföljning av det arbetet.

Förutsättningar för arbete med patientsäkerhet

Olika delar av vården har olika förutsättningar för arbete med patientsäkerhet. Det finns flera aspekter som påverkar förutsättningarna för patientsäkerhetsarbete. Faktorer som påverkar vilka insatser som är relevanta att genomföra för att öka patientsäkerheten är bland annat hur vården organiseras och bedrivs, typer av vårdinsatser, vilka tillstånd som omfattas och vilka individer som ingår i patient- och behovsgrupper.

I tabell 2 listas ett antal exempel på aspekter som på olika sätt påverkar förutsättningarna för patientsäkerhet och arbetet med att göra vården säkrare. De är avsedda att vara ett diskussionsunderlag och en eller flera av dessa aspekter kan ge vägledning kring på vilka sätt konsekvenser för patientsäkerhet bör beskrivas och integreras vid framtagande och implementering av kunskapsstöd. Alla aspekter är inte relevanta för alla delar av hälso- och sjukvården, men flera av dem är det för många olika sorters hälso-, sjukvårds- och tandvårdsverksamheter. Exempelen presenteras som ytterligheter och de flesta områden kommer att befinna sig någonstans på skalan mellan dessa; det vill säga vården inom området karaktäriseras varken av den ena eller andra ytterligheten. Ett par exempel på hur aspekterna kan påverka förutsättningarna för patientsäkerhet presenteras efter tabellen.

Tabell 2. Exempel på ytterligheter i aspekter som påverkar förutsättningar för patientsäkerhetsarbete.

Vård i hemmet	↔	Vård på sjukhus
Inneliggande vård på sjukhus	↔	Öppenvård på sjukhus
Akut vård	↔	Elektiv vård
Få övergångar mellan huvudmän	↔	Många övergångar mellan huvudmän
Behov kan ofta mötas av enstaka involverade (personer, professioner, vårdinrättningar, huvudmän)	↔	Komplexa behov och vårdkedjor med många involverade aktörer
Liten andel/ingen vård på distans/asynkront	↔	Stor andel vård på distans/asynkront
Vårdinsatser enbart av hälso- och sjukvårdspersonal	↔	Nästan uteslutande egenvård
Stora inslag av medicinteknik och snabb medicinteknisk utveckling	↔	Små medicintekniska inslag och långsamma förändringar
Stora möjligheter till standardisering	↔	Stora behov av individuell anpassning
Berör all hälso- och sjukvårdspersonal i landet	↔	Enstaka individer står för all vård
Mycket god tillgänglighet till vård	↔	Långa köer och vissa får inte vård trots behov
Gott kunskapsläge om vad som utgör säker vård	↔	Stora variationer och begränsat kunskapsunderlag
Tydligt mätbara (och till vården inom området hänförliga) risker/skador	↔	Svår mätbara risker/vårdskador som är svåra att avgränsa till vården inom området
Området omfattar all vård för patient- och behovsgrupperna	↔	Området omfattar en mycket liten del av patient- och behovsgruppernas vård

Hur olika förutsättningar kan påverka patientsäkerhetsarbetet

Exempel 1

Aspekt:

Stora möjligheter till standardisering ↔ Stora behov av individuell anpassning

Exempel 1a: Strålbehandling

Detta kan ses som ett område med stora möjligheter till standardisering. Genom tydliga och detaljerade rutiner samt automatisering av utvalda processer går det att uppnå en mycket säker vård. Att utveckla standardiserade processer och rutiner samt att använda medicinteknisk utrustning som möjliggör automatisering är relevanta tillvägagångssätt för ökad patientsäkerhet.

Exempel 1b: Öppenvård vid psykiatriska tillstånd ex. psykosjukdom och personlighetsstörning

Till skillnad från exemplet ovan är det i detta fall inte lämpligt med högt standardiserade processer och rutiner. I stället finns ofta ett stort behov av möjlighet till individuell anpassning. Bemötande och professionellt förhållningssätt blir ofta avgörande för hur väl behandlingskontakten kommer att fungera. I denna miljö kan metoder för att förutse och tidigt upptäcka tecken på variationer/störningar vara ett sätt att öka patientsäkerheten. Likaså kan metoder för att snabbt kunna anpassa vården när dessa tecken identifierats vara ett annat exempel på hur man kan ge förutsättning för ökad patientsäkerhet.

Exempel 2

Aspekt:

Behov kan ofta mötas av enstaka involverade (personer, professioner, vårdinrättningar, huvudmän) ↔ Komplexa behov och vårdkedjor med många involverade aktörer

Exempel 2a: Vaccinering

I detta sammanhang behöver den vård som patienten får (vaccinering) sällan koordineras med patientens övriga vårdkontakter, utöver att kontraindikationer för vaccinering behöver uteslutas samt att vaccinationsscheman kan behöva anpassas. För att öka patientsäkerheten är det relevant att arbeta med att säkra upp interna processer.

Exempel 2b: Geriatrisk vård för patienter med multipla diagnoser

Till skillnad från exemplet ovan får denna patientgrupp ofta vård från flera olika personer, professioner och vårdinrättningar, som måste tas hänsyn till även i vård från övriga aktörer. Vården kan även vara uppdelad mellan olika verksamheter hos olika vårdgivare. Patienten upplever ofta utmaningar i att koordinera den egna vården. I dessa sammanhang har olika studier visat att dålig kommunikation mellan aktörerna i vården kan vara en viktig bidragande faktor till negativa händelser (Vincent & Amalberti, 2016). I denna miljö kan bredare organisatoriska åtgärder för att säkerställa snabb hantering av händelser och koordinering mellan aktörer ha stor påverkan på patientsäkerheten och i vissa fall vara viktigare än utveckling av specifika processer som enbart omfattar en av vårdkontakterna.

Strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete

Olika strategier och verktyg har utvecklats för att stödja aktörer i vården att ta steget från att identifiera patientsäkerhetsutmaningar till att hantera dem. De fem strategier som föreslagits av Vincent och Amalberti i boken "Safer Healthcare - Strategies for the Real World" som beskrivs i avsnitt 2 är ett exempel.

I samma bok finns också en tabell som beskriver hur olika patientsäkerhetsstrategier kan användas i olika sammanhang inom ett sjukhus. I tabell 3 är den översatt och något bearbetad för svenska förhållanden. För ytterligare exempel och perspektiv rekommenderas läsning av boken. Det finns i boken inte motsvarande tabell för vård utanför sjukhus. Det skulle vara ett viktigt utvecklings-, och sannolikt forsknings-, arbete att utarbeta en sådan tabell för vård på vårdcentral, i patienters hem och i tandvården. Tabellen beskriver hur olika sorters säkerhetsstrategier kan förväntas ha effekt för ökad säkerhet i olika delar av vård på sjukhus (klinisk kontext). I komplexa verksamheter ser riskerna olika ut i olika delar av verksamheten. Delar av hälso- och sjukvården har likheter med ren tillverkningsindustri, där fungerar en sorts strategier bäst. Andra delar av hälso- och sjukvården liknar mer ledning och styrning av ett hangarfartyg i strid, där fungerar andra strategier bättre. Det finns således ingen rangordning mellan de olika strategierna. Den bedömda effekten baseras på aktuell kunskap om risker och riskhantering i komplexa verksamheter. Med **optimering** avses att strategin bygger på en optimering av processer så att arbetsmoment alltid utförs på samma sätt. **Kontroll** avser att strategin bygger på att man inför kontroller, som till exempel checklistor eller riktlinjer, för ökad säkerhet. Strategin **anpassning** avser att det är nödvändigt att skapa goda förutsättningar för de som utför vården att anpassa sitt arbete till rådande förutsättningar. Med **innovation** avses att det i förhand inte finns några bra lösningar för att åstadkomma säkerhet, och att man därför måste skapa förutsättningar för att utveckla de lösningarna efter hand.

Tabell 3. Val av strategi för patientsäkerhet i sjukhusvård (fritt översatt och anpassad från Safer Healthcare – strategies for the real world)

Klinisk kontext	Exempel på verksamheter	Patientnytta/ -perspektiv	Patientsäkerhetsstrategier			
			Optimering	Kontroll	Anpassning	Innovation
Patienter med komplexa behov: riktlinjer/rutiner har begränsad användning, oväntade problem/ störningar är vanligt förekommande	Traumavård/kirurgi, akutmottagningar	Upplevd stor nytta såväl som acceptans för ökad risk	Begränsad effekt Implementera metoder och processer med bevisad positiv effekt på patientsäkerheten i första linjen. Förenkla processer och förbättra ergonomin.	Moderat effekt Tydliggjorda roller. Tydliga och effektiva regler för när patienten ska överföras till annan vårdgivare/ vårdnivå.	Stor effekt Anpassa bemanning. Värdesätt expertis. Utveckla triage och tillgänglighet till rätt person vid rätt tidpunkt.	Fördröjd effekt, potentiellt stor effekt Implementera nya standarder, nya läkemedel samt ny teknologi så snart den finns tillgänglig.
Planerad vård med återkommande störningar (såsom personalbrist, organisatoriska problem etc.)	Planerad kirurgi samt internmedicinsk vård	Upplevd nytta och låg acceptans för risker	Moderat effekt Implementera metoder och processer med bevisad positiv effekt. Förbättra planering och organisation. Förenkla processer och förbättra arbetsmiljön.	Moderat till stor effekt Utveckla tydliga riktlinjer för när vård kan ges/ej. Inför begränsningar gällande patientinkludering samt flöde.	Stor effekt Förbättra tidig detektion och återhämtning efter komplikationer. Bidra till stärkt teamarbete, säkerhetskultur och patientmedverkan.	Fördröjd effekt, potentiellt moderat effekt Implementera evidensbaserade lösningar för organisering samt ny teknik.
Vård med hög grad av standardisering	Strålbehandling, anesthesiologi, bilddiagnostik, interventionell röntgen	Låg acceptans för fel eller misstag	Stor effekt Förbättra arbetsmiljön. Säkerställ följsamhet till rutiner och riktlinjer och genomför revision av följsamhet. Monitorera vården, samt minimera bieffekter och långsiktiga risker.	Stor effekt Kontrollera patienturval. Noggrant val av metod, riskvärderad och rätt anpassad till frågeställningen. Harmonisera metoder och processer mellan vårdgivare. Säkerställ följsamhet till regelverk.	Moderat till begränsad effekt Inför skyddande (icke-tekniska) barriärer.	Fördröjd effekt, begränsad effekt Fokusera på stabilitet och innovation som sker långsamt, över tid.
Medicinska stödtjänster	Laboratorieverk-samhet, apotekstjänster	Ingen acceptans för fel eller misstag	Stor effekt Säkerställ följsamhet till rutiner och riktlinjer och rättsligt bindande regler. Öka antalet granskningar.	Stor effekt Säkerställ följsamhet till regelverk samt auktorisering. Tekniska barriärer när så är möjligt.	Begränsad effekt Inför skyddande (icke-tekniska) barriärer.	Begränsad, direkt effekt Stabilitet är en absolut prioritet för att bibehålla säkerhet.

Metoder och indikatorer för uppföljning av patientsäkerhet

Det finns flera sätt att mäta och få kunskap om patientsäkerheten i vården. Olika metoder är lämpliga beroende på vilken aspekt av patientsäkerheten som ska följas upp. Metoder för att följa upp inträffade vårdskador skiljer sig exempelvis från metoder för att följa upp beredskapen i vården. En bra utgångspunkt är de fem fokusområden som definieras i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Att utveckla sätt att följa upp säkerheten i vården utifrån dessa fem aspekter kan bidra till att en säkrare vård uppnås. Nedan listas några exempel på metoder för uppföljning av olika aspekter av patientsäkerhet. Metoderna kan också tjäna som inspiration vid framtagande av indikatorer för patientsäkerhet i kunskapsstöd.

Tabell 4. Exempel på metoder för uppföljning av patientsäkerhet

Metod	Användningsområde
Arbetsmiljöenkäter	Arbetsmiljöenkäter kan användas för att skapa kunskap om arbetsmiljöproblem som påverkar patientsäkerheten och olika utvecklingsområden.
Avvikelse och lex Maria-anmälningar	En källa till kunskap om inträffade vårdskador är medarbetares erfarenheter genom avvikelserapporter och i lex Maria-anmälningar. En god säkerhetskultur är en förutsättning för att medarbetare ska känna sig trygga i att rapportera och diskutera negativa händelser.
Dagliga möten och avstämningar	Dagliga möten och avstämningar där medarbetare möts och reflekterar över hur arbetet gått och vad som kan göras bättre dagen därpå är metoder för att följa upp arbetet på daglig basis inom en verksamhet. Användning av metoder såsom "Gröna korset" (se nedan) ger ett stöd för analys av negativa händelser och risker inom en verksamhet på kort sikt.
FRAM-analys	FRAM står för Functional Resonance Analysis Method. Analysmetoden är en av få utvecklade metoder för att analysera vilka variationer som uppstår i det dagliga arbetet samt vilka nödvändiga anpassningar och avsteg som därmed sker från processer och rutiner i den kliniska vardagen. FRAM kan även användas för att analysera uppbyggnaden av nya riktlinjer eller rutiner innan de implementeras, eller för händelseanalys efter en inträffad vårdskada eller negativ händelse.
Gröna korset	Gröna korset är en visuell metod för medarbetare i hälso- och sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Det är ett metodstöd för uppföljning och systematiskt förbättringsarbete och lärande som används vid dagliga avstämningsmöten på en arbetsplats. Metoden ger en överblick över dagar i månaden där det inträffat vårdskador eller identifierats risker i verksamheten. Men den stora fördelen med metoden är inte mätningen av vårdskador, utan den dagliga reflektionen över risker och säkerhet vilket bidrar till en god patientsäkerhetskultur.

Metod	Användningsområde
Markörbaserad journalgranskning	Markörbaserad journalgranskning (MJG) används för att, på ett strukturerat sätt, gå igenom journaldokumentation och identifiera markörer som tyder på att en vårdskada inträffat. Det kan bland annat innebära att vårdåtgärder, diagnoser och mätvärden studeras. Vid tecken på felaktig vård eller på skada sker vidare analys för att bedöma allvarlighetsgrad och om händelsen var undvikbar. Det finns idag ett antal verktyg för markörbaserad journalgranskning som har utvecklats för olika delar av vården.
Mätning av realtidsdata	För en aktuell bild av olika patientsäkerhetsrisker går det även att följa patient-säkerhetsaspekter i realtid. Med hjälp av IT-system i vården går det exempelvis att mäta beläggningsgrad, antalet överbeläggningar samt utlokaliserade patienter.
Patienters klagomål och patient-involvering	Patientupplevelser kan exempelvis samlas in genom klagomålssystem, digitala förslagslådor, patientenkäter eller intervjustudier. Patientnämnderna kan vid behov vara ett viktigt stöd för patienterna i detta. System som utvecklas bör underlätta för patienter och närstående att rapportera upplevda brister eller skador och för att informationen ska kunna användas i lärande syfte.
Patientsäkerhetsronder och patientsäkerhetsdialoger	Detta är arbetssätt där övergripande ledning möter verksamheternas ledning, medarbetare och gärna patienter för att följa upp och diskutera verksamhetens arbete med patientsäkerhet och dess resultat. Att ha en systematik i dessa arbetssätt är ett bra uttryck för god patientsäkerhetskultur.
Patientsäkerhet i realtid (PiR)	Patientsäkerhet i realtid (PiR) är ett arbetssätt där en patientsäkerhetsrond kombineras med journalgranskning i en verksamhet, till exempel en vårdavdelning. I PiR genomförs också intervjuer med personal och patienter. Av det samlade underlaget får man en uppfattning om patientsäkerhetsläget i verksamheten som kan återkopplas till enheten samma dag som rondens genomförs, i "realtid".
Punktprevalensmätning	Punktprevalensmätning (PPM) används för att vid en given tidpunkt mäta antalet förekommande vårdskador eller följsamheten till säkra processer och rutiner. Ett exempel på PPM är observationsstudier som genomförs på i en verksamhet en given dag, där antalet vårdrelaterade infektioner (VRI) mäts. Andra exempel är PPM för att beskriva personalens följsamhet till basala hygienregler och klädrutiner (BHK) och PPM trycksår. Utifrån resultaten av PPM går det att göra antaganden om vårdskador/följsamhet till processer och rutiner över tid som kan bidra till förbättringsarbete för preventivt arbete för att minska risken för skador. Nationella mätningar med PPM för trycksår, VRI och BHK genomfördes i regi av SKR till och med 2023.

Metod	Användningsområde
Risicanalys och händelseanalys	Metoder för riskanalys och händelseanalys finns utvecklade för att identifiera brister som kan riskera patientsäkerheten eller som bidragit till vårdskada. Dessa är användbara stöd i patientsäkerhetsarbetet.
Säkerhetskulturenkäter	Ett sätt att följa upp säkerhetskulturen på en arbetsplats eller inom en organisation är genom säkerhetskulturenkäter. Detta är en viktig indikation på förutsättningar för säkerheten i det dagliga arbetet.
Uppföljningsindikatorer/mått som speglar vårdskador	Uppföljningsindikatorer som utvecklas och följs i vårdgivares ledningssystem eller kvalitetsregister är en källa till kunskap om risker och inträffade vårdskador. För att följa upp inträffade vårdskador är det framförallt relevant att utveckla resultatindikatorer, som speglar utfall. Även processindikatorer som speglar aktiviteter och insatser kan indikera om en vårdskada har skett eller inte.
Uppföljningsindikatorer/mått som speglar säkerhet i processer	Ett vanligt sätt att följa upp kvalitet och säkerhet i vården är genom processmått och processindikatorer. Dessa indikatorer och mått beskriver hur vården bedrivs. Indikatorer kan exempelvis spegla följsamhet till riktlinjer för en säker antibiotikaförskrivning eller andra läkemedelsråd. Indikatorer kan även spegla följsamhet till rekommenderade processer, såsom användning av standardiserade metoder för bedömningar eller kommunikation i vården.
Uppföljningsmått/nyckeltal som speglar beredskap	Ett stöd för analys av beredskapen i vården är analys av mått som speglar beredskapen i verksamheten. Nyckeltal kan exempelvis spegla korttidsfrånvaro, personalomsättning eller bemanningstal. Dessa mått och andra som är av relevans att studera indikerar hållbarheten i verksamheten.
Verktygen för stärkt arbete med patientsäkerhet	Detta är verktyg som stödjer arbetet med patientsäkerhet i ett ledningsperspektiv. De finns i tre versioner som vänder sig till programområden i nationell kunskapsstyrning, regioner respektive kommuner. De är framtagna i samarbete mellan NSG patientsäkerhet, Socialstyrelsen och SKR.

Länkar till mer information

Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Sveriges regioner.

Tillgängligt via: [Nationellt kliniskt kunskapsstöd \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationelltklinisktkunskapsstod.se)

Socialstyrelsens samlade stöd för arbete med patientsäkerhet

[Startsida - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Patientförsäkringen LÖF har information om arbete med patientsäkerhet, här finns t ex handböcker om metod för utredning av vårdskador och risker

[Löf | Våra projekt \(lof.se\)](https://lof.se)

Verktygen för stärkt arbete med patientsäkerhet.

Detta är verktyg som stödjer arbetet med patientsäkerhet i ett ledningsperspektiv. De finns i tre versioner som vänder sig till programområden i nationell kunskapsstyrning, regioner respektive kommuner. De är framtagna i samarbete mellan NSG patientsäkerhet, Socialstyrelsen och SKR.

[Analysverktyg för patientsäkerhet | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://kunskapsstyrningvard.se)

Litteratur/förslag för vidare läsning

- Edmondson, A. (2019) The fearless organization. Psykologisk trygghet på jobbet. Sanoma utbildning.
- Hollnagel, E., Wears, RL., Braithwaite, J. Från Säkerhet-I till Säkerhet-II: en vitbok. Finns tillgänglig hos Löf (Normal (lof.se)).
- Reason, J. (1997). Managing the risks of organizational accidents. Ashgate Publishing.
- Socialstyrelsen. (2017). *Öppna jämförelser 2016, Säker vård, En indikatorbaserad uppföljning.* Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). Förstudie om klagomålshantering i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen. (2020). Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024.
- Vincent, C. et al. (2013) The measurement and monitoring of safety. London: Health Foundation.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016) Safer Healthcare - Strategies for the Real World. Springer Open.
- Vincent, C. & Coulter, A. Patient safety: what about the patient? BMJ Quality and Safety 2002;11:76-80.
- Wears, R, Sutcliffe, K. (2020) Still not safe - Patient safety and the middlemanaging of american medicine. Oxford University Press.
- Ödegård, S. (2013) Patientsäkerhet: Teori och praktik. Stockholm: Liber AB (2013)
- Ödegård, S. (2019) Säker vård - nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber AB.