

Stärkt patientsäkerhet inom kunskapsstyrning

Genomförandestöd del 2 - används med tillhörande verktyg för
stärkt patientsäkerhet inom kunskapsstyrning eller fristående

Ett stöd till nationella programområden i kunskapsstyrningen för en säker
vård - Utvecklat av nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet

Innehåll

1. Introduktion – Genomförandestöd del 2	2 -
2. Beskrivningar av patientsäkerhetsteman	3 -
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete	3 -
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	6 -
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer	7 -
Fokusområde 3: Säker vård här och nu.....	8 -
Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling	9 -
Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap	10 -
3. Strategier och stöd för patientsäkerhetsarbete	12 -
Strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete.....	16 -
Fem strategier för patientsäkerhetsarbete	16 -
Nationellt ramverk för patientsäkerhetsarbete	17 -
Metoder för uppföljning av patientsäkerhet	18 -
Handböcker, verktyg och metoder för patientsäkerhetsarbete och uppföljning	21 -
Vårdprogram, kliniska riktlinjer, metoder och verktyg	21 -
Stöd för analys och uppföljning.....	21 -
Stöd för patientdelaktighet	22 -
Stöd för systematiskt patientsäkerhetsarbete	23 -
Referenser	24 -

1. Introduktion – Genomförandestöd del 2

NSG patientsäkerhet har i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utvecklat ett verktyg (*Verktyg för patientsäkerhet inom kunskapsstyrning*) för att stötta de nationella programområdena (NPO) i deras kunskapsstyrning för en säker vård, utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Detta dokument utgör del 2 i det genomförandestöd som är framtaget för att användas tillsammans med verktyget. Det kan även användas fristående för inläsning. I denna del av genomförandestödet finner ni:

- Beskrivningar av patientsäkerhetsteman som återfinns i verktyget
- Strategier och stöd för patientsäkerhetsarbete

I kapitel 2 i detta dokument beskrivs i korthet de grundläggande förutsättningar, fokusområden och patientsäkerhetsteman som bygger nulägesanalysen i verktyget. Dessa beskrivningar utgör ett stöd vid inläsning samt genomförande av nulägesanalysen.

I kapitel 3 beskrivs hur olika förutsättningar kan ha betydelse vid utformning av insatser för en säker vård, olika strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete samt metoder för uppföljning av patientsäkerhet. Här finns även en sammanställning över användbara handböcker och stöd för patientsäkerhetsarbete. Det går att ta stöd i beskrivningarna vid inläsning inför och i samband med framtagande av insatser för att stärka patientsäkerhetsarbetet inom programområdet.

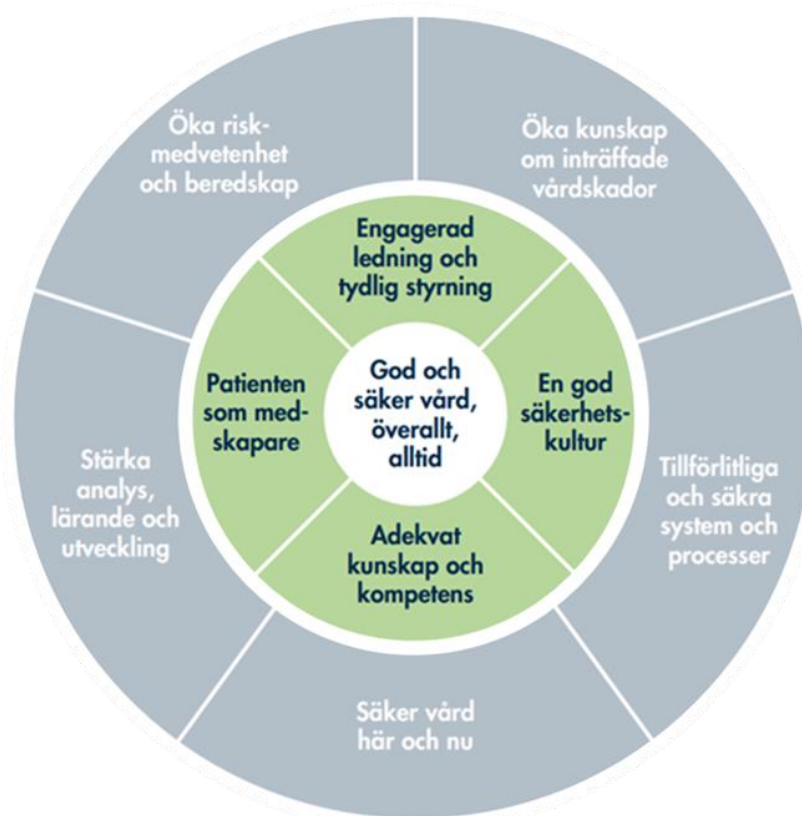
Beskrivningarna i detta dokument riktar sig främst till NPO, men är tillgängliga även för andra aktörer som vill få en bättre förståelse för patientsäkerhet. I del 1 av genomförandestödet finns även kortare beskrivningar av viktiga patientsäkerhetsbegrepp och tips för var det går att finna ytterligare information om patientsäkerhet.

2. Beskrivningar av patientsäkerhetsteman

I detta avsnitt beskrivs fokusområden och centrala teman för patientsäkerhetsarbete samt grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet. Temana bygger upp nulägesanalysen i verktyget och beskrivningarna nedan kan användas som ett stöd i förståelsen för vad som avses med respektive tema. Det går att ta stöd i beskrivningarna såväl när arbetet med verktyget ska planeras som i samband med genomförandet.

Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete

Den nationella handlingsplanen lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Dessa är; engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.



Engagerad ledning och styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning är avgörande för en säker vård, på alla nivåer. 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. Faktorer som inte alltid är vårdnära har

också stor inverkan på patientsäkerheten (såsom resursfördelning och kompetensförsörjning). Kunskap om patientsäkerhet behövs därför på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Detta är inte ett eget tema i verktyget som tagits fram för användning inom NPO. Det är dock en grundläggande förutsättning för patientsäkerhetsarbete och en viktig aspekt i huvudmännens arbete för en säker vård. NPO bidrar vidare till ledning och styrning nationellt genom sitt arbete.

En god säkerhetskultur

En god säkerhetskultur kännetecknas av ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador. Både chefer och medarbetare behöver vara medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå i olika moment och processer. Vidare behöver det finnas ett tillåtande arbetsklimat, där medarbetare känner sig trygga att rapportera risker eller inträffade incidenter. 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 gruppers värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster bidrar till säkerhetskulturen. Vidare kännetecknas en god säkerhetskultur av att lärdomar dras av både negativa och positiva händelser.

Adekvat kunskap och kompetens

Det behövs tillräckligt många medarbetare inom hälso- och sjukvården med adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete och ge vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Det är därför av vikt att det finns möjligheter till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling. Såväl tekniska färdigheter (ex. kunskap om diagnostiska undersökningar och bedömningar) som icke-tekniska färdigheter (ex. kunskap om strukturerad kommunikation och teamarbete) behövs. Dessa färdigheter bör även säkerställas vid omställningar.

Det behövs också **kunskap om patientsäkerhet** på alla nivåer i hälso- och sjukvården, för att få ett kunskapsbaserat och systematiskt patientsäkerhetsarbete inom programområdet. Denna kunskap är relevant såväl för chefer som för medarbetare, för att kunna utveckla patientsäkra processer samt analysera och agera på omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Det 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 det, även med närstående. En förutsättning är att patienter och närstående hålls välinformerade och får tillgång till god och anpassad information. Patientens synpunkter och delaktighet behöver efterfrågas på alla nivåer liksom inom olika *områden* i vården. Genom att ta del av erfarenheter från upplevda *vårdskador* får vi underlag att utforma åtgärder och prioritera insatser. När nya *processer* och *arbetssätt* utvecklas för att möta patienters behov kan delaktighet vara av stor betydelse för att öka känslan av trygghet. Vården blir säkrare om en välinformerad patient eller närstående kan uppmärksamma personalen när något inte stämmer. Vidare kan riskmedvetenheten öka och åtgärder sättas in för att minska risker i vården ifall patienters och

närståendes *erfarenheter av risker* höras. Graden av delaktighet bör alltid *anpassas* utifrån individens behov, förmåga och önskemål.

Att involvera patienten är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet inom samtliga fokusområden

Utöver det övergripande temat innehåller verktyget frågor utifrån fyra delaspekter som motsvarar fyra av fokusområdena, för att belysa vad patientmedverkan kan innebära utifrån flera perspektiv. För att underlätta arbetet i verktyget och för att förtydliga hur olika aspekter av patientmedverkan skiljer sig åt har samtliga aspekter samlats under denna grundläggande förutsättning.

Nedan beskrivs de fyra delaspekterna av patienten som medskapare som belyses i verktyget.

Patienter och närståendes erfarenheter av vårdskador (fokusområde 1)

Genom att ta del av patienter och närståendes erfarenheter av upplevda skador/vårdskador får vi underlag för att utforma åtgärder och prioritera insatser. Detta kompletterar vårdens bild och ger ökad förståelse för säkerhet genom hela patientens process. Kunskap om hur patientens upplevelser kan tillvaratas behövs därmed hos berörda aktörer inom hälso- och sjukvården, inklusive patienter och närstående.

Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt (fokusområde 2)

För att ta fram nya och/eller vidareutveckla processer och arbetssätt som ska möta de behov som finns hos patienten är det viktigt att patienter och närstående involveras i arbetet. Detta är ett sätt att bidra till en säker vård där patienter känner sig trygga.

Patientens delaktighet i den egna vården (fokusområde 3)

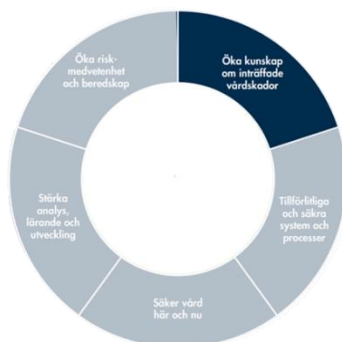
Patienters delaktighet i den egna vården gör vården säkrare, då även informerade patienter och närstående kan uppmärksamma vårdpersonalen när något inte stämmer. Olika aspekter kan behöva beaktas för att patienter ska kunna involveras utifrån sina egna förutsättningar.

Patientmedverkan för ökad riskmedvetenhet och beredskap (fokusområde 5)

Kunskapen från patienters och närståendes erfarenheter av risker i vården ger underlag för en ökad riskmedvetenhet samt för utformning av åtgärder för att minska risker i vården. Exempel på när patienters och närståendes erfarenheter och perspektiv kan bidra till en ökad riskmedvetenhet och beredskap är i samband med att vård flyttas mellan utförare och i samband med att nya processer utvecklas.

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador

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.



Tema 1.1 Identifiering, sammanställning och aggregering av information om vårdskador

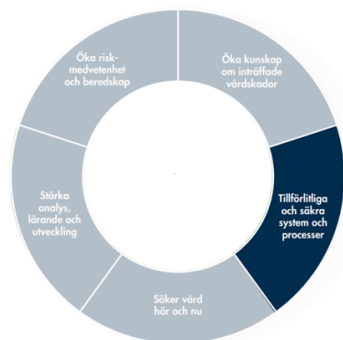
Genom identifiering och mätning av skador och vårdskador kan statistik sammanställas, aggregeras och analyseras. Detta kan ge en bild av vilka de vanligaste och allvarligaste vårdskadorna är och hur utvecklingen ser ut över tid. Det gör det också möjligt att jämföra olika grupper och verksamheter samt att uppdaga väsentliga och omotiverade skillnader. Metoder för identifiering och mätning av vårdskador kan exempelvis vara information från avvikelserapportering, inrapportering till och återkoppling från kvalitetsregister, punktprevalensmätningar, markörbaserad journalgranskning och händelseanalys.

Tema 1.2 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. Viktiga aspekter som bidrar till att minimera negativa följd effekter kan exempelvis vara omedelbara åtgärder för att förhindra ytterligare skada eller strukturerade insatser för stöd och återkoppling till berörda patienter 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

Syftar till att möta 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.



Tema 2.1 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 reduceras. 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 samt med hänsyn till patientens hela väg genom systemet. Då vården ständigt utvecklas och ny evidens tillkommer kan nya vårdprocesser och rutiner behöva införas och inaktuella fasas ut.

Tema 2.2 Kunskapsbaserade verktyg, metoder och arbetsätt för ett patientsäkert arbete

Utöver säkra vårdprocesser finns det möjlighet att öka patientsäkerheten i samband med specifika kliniska processer och moment. Det kan exempelvis handla om verktyg, metoder och standardiserade arbetsätt för strukturerad kommunikation i samband med överlämningar i vården. Det kan även handla om att utveckla och använda skattningsverktyg för bedömning av status och vitala parametrar, som säkerställer att bedömningar alltid sker på ett likartat och evidensbaserat sätt.

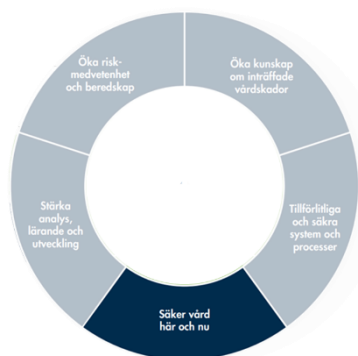
Tema 2.3 Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik

Vilken utrustning, vilka medicintekniska produkter, hjälpmedel och vilken välfärdsteknik som används påverkar säkerheten i vården. Det handlar om allt från tryckavlastande madrasser, förbruknings- och sjukvårdsartiklar, teknisk apparatur, såsom operationsrobotar, 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. Inköp, implementering, användning och utfasning av produkter behöver också ske på ett säkert sätt. Dessutom ska medicinteknisk utrustning underhållas och dess funktion och användning följas upp. Ett patientsäkert arbetsätt

kan exempelvis vara kravspecifikationer som tydligt inkluderar patientsäkerhetsperspektivet i samband med upphandling eller rutiner och stöd för att utbilda medarbetare för att hantera medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik.

Fokusområde 3: Säker vård här och nu

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. 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.



Tema 3.1 Förmåga att förutse variationer och störningar i närtid

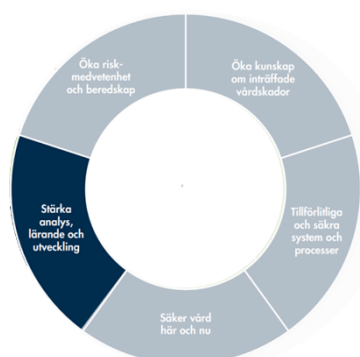
Kunskap om risker och möjliga variationer och störningar som kan uppstå i vården skapar en förståelse för hur säker vården är här och nu. Exempel på störningar och variationer i närtid inkluderar förändringar i behov av slutenvårdsplatser, oförutsedda epidemier eller sjukdomsutbrott eller bemanningsbrist vid sjukdom. Genom att förstå och hantera de variationer och störningar som uppstår går det att anpassa arbetet för att mer ska bli rätt. Chefer och ledare bör förstå den variation som alltid finns och förstå när variationen innebär störningar som i sin tur innebär en risk för patientsäkerheten. För att förutse olika typer av påfrestningar och störningar kan metoder och verktyg behöva anpassas utifrån vårdområdets specifika förutsättningar. Det kan exempelvis handla om metoder för riskbedömning, säkerhetsronder, insamling och analys av realtidsdata, analys av variationer i det dagliga arbetet (exempelvis FRAM-analys) samt arenor för dialog till exempel mellan olika vårdgivare, i team och mellan chefer och medarbetare.

Tema 3.2 Situationsanpassning

Situationsanpassning handlar om en förmåga att anpassa vården så att den är hållbar och kan prestera som det är tänkt även då variationer och störningar uppkommer. 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. Att standardisera särskilt akuta situationer som kan uppstå är ett sätt att öka patientsäkerheten när något oväntat sker.

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Syftar till att stärka patientsäkerheten genom att öka systemförståelsen 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. 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, inklusive i vårdens verksamheter, där förutsättningar finns att agera på resultaten. Patienters och närståendes synpunkter, klagomål och förbättringsförslag behöver vara en del i detta analys- och utvecklingsarbete.



Tema 4.1 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 samt utifrån klagomål och avvikelser/anmälningar. Resultatmått såväl som process- och strukturmått kan behövas för att det som görs, till exempel olika insatser, ska kunna relatera till vilka strukturella förutsättningar som finns och till vilka resultat som uppnås avseende kvalitet och patientsäkerhet.

Tema 4.2 Analyser 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 alltså 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. 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. En annan aspekt handlar om att prioritera vilka data som ska samlas in så att den verkligen används. För att göra analyser kan

det behövas resurser likt stödfunktioner med analyskompetens förutom stöd och verktyg för att analysera sina egna resultat och följa dem över tid.

Tema 4.3 Lärande från analyser och det egna arbetet

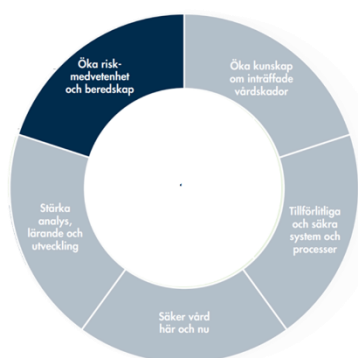
Efter analys behövs det metoder för återkoppling och lärande, för att patientsäkerheten i vården ska öka. Denna kunskap behövs på olika organisatoriska nivåer och handlar såväl om att bidra till daglig anpassning av en verksamhet, som till utveckling av nya kunskapsstöd, rutiner och riktlinjer. Samverkan kring lärande såväl mellan verksamheter, inom kunskapsstyrningssystemet som mellan myndigheter kan bidra till effektivt lärande med långsiktiga effekter.

Tema 4.4 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. 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 för hantering av variationer och störningar i vården är ett annat exempel.

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Tema 5.1 Riskkontroll

Hälso- och sjukvården är en högriskverksamhet och viss risk måste ofta accepteras, då 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

relevanta (exempelvis att antalet planerade operationer begränsas för att säkerställa att akuta operationer kan genomföras med bibehållen patientsäkerhet).

Tema 5.2 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 beredskaps- och katastrofövningar och analys av olika scenarier där bibehållande av patientsäkerheten ska vara en central del (såsom i händelse av vattenbrist, utbrott av smittsamma sjukdomar, strömavbrott, att läkemedelsleveranser upphör, att medicintekniska produkter och hjälpmedel tar slut, etcetera). 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 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.

Tema 5.3 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 vårdbehov och kapacitet är faktorer som kan påverka patientsäkerheten på längre sikt.

Tema 5.4 Omvärldsbevakning ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Omvärldsbevakning är viktigt för att uppmärksamma och planera för risker i omvärlden 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 vården identifieras och kan omsättas i vården. 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.

3. Strategier och stöd för patientsäkerhetsarbete

I detta avsnitt beskrivs skillnader i förutsättningar inom olika delar av vården, som kan ha betydelse vid utformning av insatser för en säker vård. Vidare beskrivs strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete samt metoder för uppföljning av patientsäkerhet. Avslutningsvis finns även länkar till handböcker, verktyg och metodstöd. Det går att ta stöd i beskrivningarna vid inläsning inför och i samband med framtagande av insatser för att stärka patientsäkerhetsarbetet inom programområdet. Beskrivningarna kan även användas som ett fristående stöd för en ökad förståelse för hur det går att arbeta för en säker vård.

Olika förutsättningar för patientsäkerhetsarbete som kan ha betydelse vid utformning av insatser samt tillsättande av och arbete inom nationella arbetsgrupper

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

I arbetet med att ta fram insatser och därefter uppdragsbeskrivningar till nationella arbetsgrupper (NAG) kan dessa förutsättningar behöva beaktas när patientsäkerhetsperspektivet ska vävas in och beskrivas, exempelvis i kunskapsstöd eller uppföljning. Nedan presenteras två tabeller som på varsitt sätt belyser att det finns ett behov av att anpassa patientsäkerhetsarbetet utifrån de olika förutsättningar som finns i olika vårdmiljöer.

I tabellen på nästa sida (tabell 1) listas ett antal exempel på aspekter som på olika sätt påverkar förutsättningarna för patientsäkerhetsarbete. De är avsedda att vara ett diskussionsunderlag och en eller flera av dessa aspekter kan ge vägledning kring på vilka sätt patientsäkerhetsarbete bör beskrivas och integreras i kunskapsstyrningen. Exempelen presenteras som ytterligheter och de flesta områden kommer att befinna sig någonstans på skalan emellan 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 patientsäkerhetsarbete presenteras efter tabellen.

Efter detta presenteras en tabell (tabell 2), fritt översatt från boken "Safer Healthcare - Strategies for the Real World"¹. Denna belyser hur olika patientsäkerhetsstrategier kan användas i olika kontext inom ett sjukhus. För ytterligare exempel och perspektiv rekommenderar vi Vincent och Amalbertis bok.

¹ Vincent, C. & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare - Strategies for the Real World*. Springer Open

TABELL 1. EXEMPEL PÅ ASPEKTER SOM PÅVERKAR FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR PATIENTSÄKERHETSARBETE

Ytterlighet 1	Vård inom området karaktäriseras av		Ytterlighet 2
	Sluten vård	↔	Öppen vård
	Vård i hemmet	↔	Vård på sjukvårdsinrättning
	Få (sällan) 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/vårdskador	↔	Svårt mätbara risker/vårdskador som är svåra att avgränsa till vården inom området
	Områdets kunskapsstyrning omfattar all vård för patient- och behovsgrupperna	↔	Området omfattar en mycket liten del av patient- och behovsgruppernas vård
	Patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer är redan mycket väl utvecklat	↔	I praktiken saknas patientsäkerhetsarbete

Exempel 1. Hur olika förutsättningar kan påverka patientsäkerhetsarbetet

Aspekt:

Stora möjligheter till standardisering ↔ Stora behov av individuell anpassning

Exempel 1: 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 2: 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. Istället 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. Hur olika förutsättningar kan påverka patientsäkerhetsarbetet

Aspekt:

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

Exempel 1: 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 säkra interna processer.

Exempel 2: 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 huvudmännen. 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.

TABELL 2. VAL AV PATIENTSÄKERHETSSTRATEGIER I SJUKHUSVÅRD (FRITT ÖVERSATT OCH ANPASSAD FRÅN "SAFER HEALTHCARE - STRATEGIES FOR THE REAL WORLD"²)

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	Intensivvårds-avdelningar, akuten	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 etcetera)	Planerad kirurgi samt intern-medicinsk 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	Låg acceptans för fel eller misstag	Stor effekt Förbättra arbetsmiljön. Säkerställ följsamhet till rutiner och riktlinjer och genomför revision av följsamhet. Monitorera vården och minimera bieffekter.	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 barriärer	Fördröjd effekt, begränsad effekt Fokusera på stabilitet och innovation som sker långsamt, över tid.
Medicinska stödtjänster	Labbar, 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.	Begränsad effekt Inför skyddande barriärer.	Begränsad, direkt effekt Stabilitet är en absolut prioritet för att bibehålla säkerhet.

² Vincent, C. & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare - Strategies for the Real World*. Springer Open

Strategier och verktyg för patientsäkerhetsarbete

Olika verktyg har utvecklats för att stödja aktörer i vården i att ta steget från identifierade patientsäkerhetsutmaningar till att hantera dessa. Nedan presenteras fem strategier för patientsäkerhetsarbete samt ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Fem strategier för patientsäkerhetsarbete

Säkerhetsforskarna Vincent och Amalberti har definierat fem centrala strategier/angreppssätt för patientsäkerhetsarbete. Strategierna, som presenteras nedan i tabell 3, kan användas för planering och prioritering i strategiarbetet på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och är framförallt tänkta att användas för planering av patientsäkerhetsarbetet på ett/några års sikt.

Om en nulägesanalys av patientsäkerheten inom en verksamhet visar brister i följsamhet till viktiga säkerhetsrutiner kan den första instinkten lätt vara att fokusera säkerhetsarbetet 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 områdesspecifika förutsättningar (Vincent & Amalberti, 2016).

Tabell 3. Förklaring av Vincents och Amalbertis fem centrala strategier för patientsäkerhetsarbete

Strategi	Förklaring
1 Utveckla och använd bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet	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. Exempelvis framtagande av standardiserade kommunikationsstöd för överlämningar inom vården eller rutiner för att undvika vårdrelaterade infektioner.
2 Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt	Systemåtgärder och ständiga förbättringar i processer och system är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, för att undvika vårdskador och negativa händelser. Exempel omfattar färdighetsträning för medarbetare, automatisering av processer, förbättrad design och tillgänglighet på utrustning samt utveckling av beslutsstöd som kan användas i det dagliga arbetet.
3 Utveckla och använd arbetssätt för riskhantering	Denna strategi handlar exempelvis om att definiera omständigheter under vilka begränsningar ska implementeras på den vård som utövas, eller att utveckla arbetssätt som möjliggör prioriteringar i syfte att reducera risk. 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. Då hälso- och sjukvård är en högriskverksamhet handlar strategin inte om att helt undvika risk, utan att identifiera sammanhang då det finns ett behov av riskhantering.

<p>4</p> <p>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.</p>
<p>5</p> <p>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/incident som kunde ha lett till vårdskada har inträffat. Stöd kan behövas för patienter och närstående, liksom för medarbetare och chefer. Vidare kan det finnas behov av att uttala sig i media samt att hantera finansiella och juridiska aspekter.</p>

Nationellt ramverk för patientsäkerhetsarbete

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tillsammans med regioner och kommuner tagit fram ett nationellt ramverk för strategiskt patientsäkerhetsarbete. Ramverket syftar till att stödja patientsäkerhetsarbetet på hälso- och sjukvårdens alla nivåer och belyser vad som krävs för att vården ska kunna ta signifikanta kliv mot en nollvision inom patientsäkerhetsområdet.

Ramverket beskriver tre viktiga perspektiv för patientsäkerhetsarbetet; vikten av att hälso- och sjukvården är patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Vidare beskrivs åtgärder på olika organisatoriska nivåer som bidrar till en säker vård. (Sveriges Kommuner och Regioner, 2015). Verktuget finns tillgängligt på SKR:s [webbida](#).



Metoder 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 vi vill följa 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. Genom att utveckla sätt att följa upp säkerheten i vården utifrån dessa fem aspekter kan en säkrare vård uppnås. Nedan listas några exempel på metoder för uppföljning av olika aspekter av patientsäkerhet. Se även länkar till stöd och verktyg under *Handböcker, verktyg och metoder för patientsäkerhetsarbete och uppföljning*.

TABELL 4. EXEMPEL PÅ METODER FÖR UPPFÖLJNING AV PATIENTSÄKERHET

Metod	Användningsområde
Arbetsmiljö-mätning	Arbetsmiljömätningar kan användas för att skapa kunskap om arbetsmiljöproblem som påverkar patientsäkerheten och olika utvecklingsområden.
Avvikelser och lex Maria-anmälningar	En källa till kunskap om inträffade vårdskador är medarbetares vittnesmål genom avvikelserapporter och lex Maria-anmälningar. En god säkerhetskultur är en förutsättning för att medarbetare ska känna sig trygga i att anmäla 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 och är en nyare analysmetod av säkerheten i vården. 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. Detta är ett metodstöd för uppföljning och systematiskt förbättringsarbete och lärande som används vid dagliga avstämningsmöten inom vården. Metoden ger en överblick över dagar i månaden där det inträffat vårdskador eller identifierats risker i verksamheten.

Markörbaserad journalgranskning	<p>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 skada sker vidare analys för att bedöma allvarlighetsgrad och om händelsen var undvikbar. Det finns idag ett antal markörbaserade journalgranskningsverktyg som har utvecklats för journalgranskning inom olika delar av vården.</p>
Mätning av realtidsdata	<p>För en aktuell bild av olika patientsäkerhetsrisker går det även att följa patientsäkerhetsaspekter i realtid. Med hjälp av IT-system i vården går det exempelvis att mäta beläggningsgrad, antalet överbeläggningar samt utlokaliserade patienter.</p>
Punktprevalensmätning	<p>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 sjukhusavdelningar en given dag, där antalet vårdrelaterade infektioner mäts. Ett annat exempel är PPM för att beskriva personalens följsamhet till basala hygienregler och klädrutiner. Utifrån resultatet går det att göra antaganden om vårdskador/följsamhet till processer och rutiner över tid.</p>
Patienters klagomål och patientinvolvering	<p>Patientupplevelser kan exempelvis samlas in genom klagomålssystem, digitala förslagslådor, patientenkäter eller intervjustudier. 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.</p>
Risikanalys och händelseanalys	<p>Metoder för risikanalys och händelseanalys finns utvecklade för att identifiera brister som kan riskera patientsäkerheten eller som bidragit till vårdskada. Dessa är användbara stöd i patientsäkerhetsarbetet.</p>
Säkerhetskulturenkäter	<p>Ett sätt att följa upp säkerhetskulturen på en arbetsplats eller inom en organisation är genom säkerhetskulturenkäter. Detta är en viktig indikation på säkerheten i det dagliga arbetet.</p>
Uppföljningsindikatorer/mått som speglar vårdskador	<p>Uppföljningsindikatorer som utvecklas och följs i kvalitetsregister är en källa till kunskap om 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 ej.</p>
Uppföljningsindikatorer/mått som speglar säkra processer	<p>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.</p>

**Uppföljnings-
mått/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.

**Övriga metod-
stöd för analys**

Utöver ovan metoder har bland annat SKR utvecklat stöd för analys av sammanställda data. Dessa återfinns i sammanställningen av handböcker, verktyg och metoder nedan.

Handböcker, verktyg och metoder för patientsäkerhetsarbete och uppföljning

Nedan återfinns länkar till digitala och skriftliga handböcker, verktyg och metoder som kan användas som stöd i patientsäkerhetsarbete.

Vårdprogram, kliniska riktlinjer, metoder och verktyg

För vårdprogram, kliniska riktlinjer, metoder och verktyg baserade på bästa kunskapsläge (bästa praxis, evidens, vetenskap och beprövad erfarenhet) hänvisas till:

- *Nationellt kliniskt kunskapsstöd*. [webbsida] Sveriges regioner. Tillgängligt via: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/>
- *Vårdhandboken*. [webbsida] Inera. Tillgänglig via: <https://www.vardhandboken.se/>

Se även följande material för tidiga varningssystem samt strukturerad kommunikation i vården:

- *NEWS2*. [webbsida med stödmaterial] LÖF. Tillgänglig via: lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/news2
- *SBAR–Kommunicera strukturerat i vården*. [webbsida med stödmaterial] SKR. Åtkomst via: <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html>

Stöd för analys och uppföljning

Övergripande stöd i analysarbete

- *Analysstöd -att värdera information från uppföljning*, SKR (2015). [[länk](#)]
- *Stöd för att styra och leda*. SKR. [webbsida med stödmaterial] SKR. Tillgänglig via: <https://skr.se/demokratiledningstyrning/stodforattstyraochleda>
- *Vården i siffror*. [webbsida] SKR. Tillgänglig via: vardenisiffror.se

Arbetsmiljö

- *HSE Hållbart Säkerhets Engagemang – Användaranvisningar för att arbeta med frågeställningar som är viktiga för en säker vård*, SKR (2018). [[länk](#)]
- *Patientsäkerhet och arbetsmiljö – En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*, SKR (2013). [[länk](#)]
- *Verktyget Vår arbetsmiljö*. [webbsida med verktyg för arbetsmiljömätning] De fackliga organisationerna i samverkan med SKR & Sobona. Tillgängligt via: vararbetsmiljo.suntarbetsliv.se.

FRAM-analys

- *FRAM – the Functional Resonance Analysis Method – a handbook for the practical use of the method.* E. Hollnagel, J. Hounsgaard & L. Colligan (2014). [[länk](#)]

Gröna korset

- *Gröna Korset.* [webbsida med stödmaterial] Vårdgivarwebben, Västra Götalandsregionen. Tillgängligt via: vgregion.se

Markörbaserad journalgranskning (MJG)

- *Markörbaserad journalgranskning – FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR I VÅRDEN* [handbok], SKR (2014). [[länk](#)]

Handböcker för MJG inom olika vårdområden, framtagna av SKR:

- *Somatik: Markörer med definitioner* (2014). [[länk](#)]
- *Barnsjukvård: Markörer för journalgranskning i barnsjukvården* (2014). [[länk](#)]
- *Psykiatri: Markörbaserad journalgranskning i psykiatri* (2015). [[länk](#)]
- *Hemsjukvård: Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård* (2019). [[länk](#)]

Patientsäkerhetskultur

- *Att mäta patientsäkerhetskulturen, Handbok för patientsäkerhetsarbete*, SKR (2013). [[länk](#)]
- *Att mäta patientsäkerhetskultur TIPSGUIDE – FRÅN MÄTNING TILL ÅTGÄRDER*, SKR (2011). [[länk](#)]
- *Säkerhetskulturtrappan från A till E - Ett dialogverktyg för att kartlägga och utveckla arbetet med patientsäkerhet*, SKR (2018). [[länk](#)]

Risk- och händelseanalys

- *Riskanalys och händelseanalys – ANALYSMETODER FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN*, SKR (2017). [[länk](#)]
- *Effektivisering av arbete med Händelseanalys*, SKR (2015). [[länk](#)]
- *Nitha kunskapsbank för händelseanalyser*, Inera. Databasen över genomförda och publicerade/överförda händelseanalyser är tillgänglig via: nitha.inera.se

Stöd för patientdelaktighet

Stödmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal och chefer

- *Rutin för patientmedverkan i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, NSG metoder för kunskapsstöd* (2019). [[länk](#)]
- *Delaktighet vid förskrivning av hjälpmedel - Stödmaterial till chefer*, Socialstyrelsen (2016). [[länk](#)]

- *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal*, Socialstyrelsen (2015). [[länk](#)]
- *Patienter och personal utvecklar vården - En handbok i 4 steg för erfarenhetsbaserad verksamhetsutveckling*, SKR (2011). [[länk](#)]

Stödmaterial för patienten

- *Vad du kan göra själv – för att minska risker i vården*, SKR (2011). [[länk](#)]

Ytterligare stöd för god kommunikation

- *Att samtala genom tolk - En kort vägledning*, Socialstyrelsen (2016). [[länk](#)]
- *Handbok: Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal*, SKR (2011). [[länk](#)]

Stöd för systematiskt patientsäkerhetsarbete

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- *Checklista till stöd för arbete med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, Socialstyrelsen. [[länk](#)]
- *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*, Socialstyrelsen (2012). [[länk](#)]
- *Vägledning – LEDNINGSSYSTEM FÖR SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE*, SKR (2012). [[länk](#)]

Patientsäkerhetsberättelser

- *Mall för att skriva patientsäkerhetsberättelse*. SKR (reviderad 2018). [[länk](#)]
- *Mall för att skriva patientsäkerhetsberättelse – mindre vårdgivare*. SKR (reviderad 2017) [[länk](#)]

Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

- *Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete - Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete*, Socialstyrelsen (2019). [[länk](#)]

Referenser

- Coulter, A. &. (2002:11). Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, 76–80.
- Prey, J. e. (2014). Patient engagement in the inpatient setting: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 742–750.
- 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.
- Socialstyrelsen. (2019, 11 26). *Definitionen av patientsäkerhet och vårdskada*. Retrieved from Samlat stöd för patientsäkerhet: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/definitionen-av-patientsakerhet-och-vardiskada>
- Socialstyrelsen. (2019, 11 26). *Ordlista*. Retrieved from Samlat stöd för patientsäkerhet: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/begrepp-och-definitioner>
- Socialstyrelsen. (2020). *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024*. Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2015). *Nationellt ramverk för patientsäkerhet*. Stockholm: LTAB.
- Vincent, C. B. (2013). *The measurement and monitoring of safety*. London: Health Foundation.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare - Strategies for the Real World*. Springer Open.
- Ödegård, S. (. (2019). *Säker vård - nya perspektiv på pateintsäkerhet*. Stockholm: Liber AB.

