

Arbetet med patientsäkerhet måste förnyas och intensifieras

NATIONELL HANDLINGSPLAN ETT STEG I RÄTT RIKTNING

Systematiskt arbete med patient-säkerhet har i Sverige bedrivits i cirka 20 år. Mycket har gjorts, men mycket återstår att göra. Enligt Sveriges Kommuner och regioner inträffar vårdskador vid drygt 7 procent av alla vårdtillfällen i somatisk sjukhusvård för vuxna [1]. Kunskapen om vårdskador i övriga delar av sjukvården är osäker. Sjukvården är i ständig utveckling och står inför utmaningar. Säkerhet är ett kunskapsområde i utveckling, och när sjukvården utvecklas måste också arbetet med patientsäkerhet följa med i utvecklingen.

Mot denna bakgrund lanserar Socialstyrelsen nu en nationell handlingsplan för patientsäkerhet [2]. Handlingsplanen vänder sig till sjukvårdens huvudmän och avsikten är att åstadkomma en utveckling av arbetet med patientsäkerhet i Sverige. I den nationella handlingsplanen beskrivs fyra grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet och fem fokusområden för prioriterade åtgärder i arbetet för en säkrare vård (Fakta 1).

Grundläggande förutsättningar

I komplexa system är prioriteringar mellan olika mål oundvikliga. Då måste säkerhetsaspekter väga tungt; i ledning och styrning av sjukvården krävs fokus på säkerhet. Vid förändringar i verksamheten måste riskbedömningar göras. Ledningen bär det yttersta ansvaret för patientsäkerhetskulturen. Hur ledningen prioriterar



Axel Ros, med dr, chefläkare, lektor, Region Jönköpings län, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköpings universitet

● axel.ros@rjl.se

åtgärder och värderar det som sker i vården är avgörande. Att stå för ett öppet klimat och ta tillvara personalens och patienters erfarenheter för ledning och styrning skapar förutsättningar för förtroende och säkrare vård. God bemanning med rätt kompetens är avgörande för patientsäkerheten [3]. Utvecklingen i sjukvården ställer krav på kontinuerlig kompetensutveckling - möjlighet till fortsatt lärande under hela yrkeskarriären är nödvändig.

Synen på patienten har ändrats, från passiv mottagare av vård till medskapare [4]. Synen på hur patienten med närstående kan bidra till patientsäkerhet behöver också utvecklas. Att ta del av deras erfarenheter är ett sätt. Att bjuda in dem att vara med och utforma vården ett annat. Insikten att all vård samskapas med patienter ger nya möjligheter. Patienten och närstående är rimligen de som vet bäst om sina egna behov och förmågor. Att ge dem möjligheter att samskapa vården kan också ge dem möjlighet att bidra till kvaliteten och säkerheten i deras vård [5]. På så sätt kan till exempel risker upptäckas och hanteras tidigare.

En hållbar arbetsmiljö är en viktig förutsättning för god patientsäkerhet. Med god arbetsmiljö ökar chanserna för att personalen stannar, vilket bidrar till kompetens och kontinuitet. En god arbetsmiljö är också viktig så att arbete kan utföras på ett säkert sätt. Handlingsplanen beskriver vikten av god arbetsmiljö, men den är så viktig att den väl kunde beskrivits som en grundläggande förutsättning.

Att teknik som används i sjukvården är säker med god användbarhet är också en förutsättning som kunde nämnts tydligare i handlingsplanen. Hur tekniken utformas och samspelet mellan människa, teknik och organisation är viktigt. Det finns exempel på hur lagstiftning kan leda till ökade risker, till exempel kan lagen om offentlig upphandling (LOU) tvinga vårdgivare till upphandlingar som innebär risker. I ett aktuellt exempel vill Region Jönköpings län av patientsäkerhetsskäl



Foto: Shutterstock/T

»God bemanning med rätt kompetens är avgörande för patientsäkerheten«.

upphandla samma sorts pump för läkemedelsinfusion till samtliga sina operations- och intensivvårdsmiljöer, men LOU försvårar det.

Fokusområden

Handlingsplanens fem fokusområden är inspirerade av den engelske patientsäkerhetsforskaren Charles Vincents förslag på indikatorområden för patientsäkerhet [6]. Det är bra eftersom de tar höjd för utvecklingen av kunskap om säkerhet i komplexa system. Några aspekter av vikt för de åtgärder som bör vidtas enligt handlingsplanen förtjänar att beskrivas.

Sjukvården, ett stort komplext system. Sjukvården är inget enhetligt system. Den är många delar i olika sammanhang, och komplex på så sätt att det är svårt att överblicka helheten och vilka effekter olika slags aktiviteter och förändringar får. Vården som utförs på sjukhus skiljer sig från den som bedrivs i primärvård och patienternas hem, och riskerna ser olika ut. Verksamhet på sjukhus har också olika risker

HUVUDBUDSKAP

- Patientsäkerheten står fortfarande inför utmaningar – för många patienter skadas i vården.
- När sjukvården utvecklas måste också arbetet med patientsäkerhet utvecklas i linje med hur kunskap om säkerhet i komplexa system utvecklas.
- Fokus på grundläggande förutsättningar för säkerhet är avgörande: ledning, arbetsmiljö, kompetens och säker teknik.

- tänk på skillnaderna mellan en akutmot-tagning, en vårdavdelning och ett laboratorium. Säkerhetsarbetet måste vara olika i olika vårdmiljöer [7]. Så har det hittills inte varit i tillräckligt stor utsträckning, utan man har tänkt att samma angreppssätt fungerar överallt.

I komplexa verksamheter kan inte alla risker förutses, och därför måste patientsäkerhet i stor utsträckning vara riskhantering. Där så är möjligt ska risker identifieras och hanteras i förväg, men mycket måste också ske i realtid - att individer och organisationer har förmåga att upptäcka och hantera risker i pågående verksamhet.

Med sjukvårdens förutsättningar, både de ökande medicinska möjligheterna och de samtidiga utmaningarna, riskerar gapet mellan vad man vill uppnå och förmår klara av även när det gäller säkerhet att öka. Vanligt utvecklings- och förbättringsarbete kommer inte att vara tillräckligt. Desto viktigare blir förmågan att hantera risker när de uppstår [8]. Detta kräver utveckling av nya strategier och metoder för riskhantering och säkerhet.

En stor del av arbetet med patientsäkerhet har varit att ta fram rutiner, följa upp hur de efterlevs och, att när något gått fel, utreda och ta reda på orsaker för att vidta åtgärder. Fokus har oftast varit på det patientnära arbetet. Detta är viktiga delar av ett säkerhetsarbete, men det är inte tillräckligt. Nyttan för patienten skapas i det vårdnära arbetet, där de risker finns som kan bli en vårdskada. Det arbetet är ingen isolerad del av det stora komplexa sjukvårdssystemet. Det ingår i en helhet, i samverkan med andra enheter och med vårdens olika ledningsnivåer. Säkerhet skapas genom ett samspel mellan mål, förutsättningar och resurser i olika delar i systemet. Förändringar i någon del av det kommer ofrånkomligen att kunna påverka förutsättningar för patientsäkerhet. Informationsutbyte och förståelse mellan olika delar i systemet är nödvändigt.

Lärandet behöver bli bättre. Att utreda avvikelser, så att lärdomar kan dras, åtgärder vidtas och säkerheten förbättras, är en grundsten i arbetet med patientsäkerhet. Kritik har riktats mot sjukvårdens sätt att arbeta med avvikelser. För mycket kraft läggs på att samla och klassificera medan för lite läggs på analys, lärande och förbättrande [9].

De allvarliga vårdskadorna ska utredas och anmälas till Ivo (enligt lex Maria). Studier visar att lärandet som sker av lex Maria-utredningar har begränsat värde för förbättrad patientsäkerhet [10, 11]. Lärandet fokuserar på åtgärder i det vårdnära, inte på systemnivå, och leder inte till or-

FAKTA 1. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2020).

Visionen är:

God och säker vård – överallt och alltid.

Handlingsplanens övergripande mål:

Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

FEM FOKUSOMRÅDEN

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

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

ganisatoriskt lärande. Vårdens sätt att arbeta med avvikelser och utredningar av vårdskador behöver utvecklas. Fokus bör vara både på vårdnära lärande av händelser och att finna och åtgärda brister i de grundläggande förutsättningarna för patientsäkerhet.

Säkerhet I och II – förhindra eller främja? Säkerhet I och säkerhet II är två olika synsätt som utvecklats för att beskriva hur säkerhet skapas i komplexa system [12]. Enligt säkerhet I är ett system säkert om så lite som möjligt går fel. Enligt säkerhet II är ett system säkert om så mycket som möjligt går bra. En grundläggande insikt i säkerhet II är att det i allt vardagligt arbete av nödvändighet sker anpassningar i utförande i förhållande till rådande förutsättningar [13].

De två synsätten betraktar den roll människor spelar olika. Säkerhet I ser människor som en komponent som kan göra fel. Säkerhet II ser människor som en resurs som kan göra meningsfulla anpassningar i det dagliga arbetet. Anpassningarna bidrar oftast till att system fungerar säkert och effektivt, men kan ibland leda till oväntade oönskade resultat. De två synsätten närmar sig problemet med säkerhet från olika håll. Det ena utesluter inte det andra, och bägge synsätten behövs.

I ett säkerhet I-perspektiv uppnår man säkerhet genom att förhindra det som kan gå fel, och lärandet utgår från det som gått fel. I ett säkerhet II-perspektiv uppnår man säkerhet genom att främja det dagliga arbetet, så att så mycket som möjligt går bra; och lärandet utgår från allt som händer, hur det går rätt och hur de nödvändiga anpassningarna sker. Säkerhet I-perspektivet har varit det förhärskande. För att utveckla patientsäkerhetsarbetet krävs nya

metoder, verktyg och indikatorer i en säkerhet II-riktning.

Steg i rätt riktning

Den nationella handlingsplanen är ett steg i rätt riktning för arbetet med patientsäkerhet. Den behöver nu omsättas i utvecklingsarbete både i ledning av sjukvården och i praktiskt arbete med patientsäkerhet. Fortsatt utveckling av arbetssätt och forskning som stöder utvecklingen behövs. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Ledamot i Nationell samverkansgrupp för patientsäkerhet.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:FX4S*

SUMMARY

Patient safety work has to develop and intensify

Knowledge about safety in complex systems are growing and health care is a complex system that is both developing and under pressure. Therefore, patient safety work also has to develop. Basic conditions for safe performance are important: management that values safety, good working conditions, safety culture, adequate staffing and competence, and equipment that facilitates safe practice. Patients and relatives can play a more active role in patient safety work. Safety-II is a valuable new approach to patient safety. The Swedish National Board of Health and Welfare now launches a national action plan for patient safety that addresses these challenges and opportunities.

REFERENSER

1. Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013–december 2018, nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2019.
2. Nationell handlingsplan för patientsäkerhet 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
3. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanningen och kompetens påverkar patientsäkerheten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-2-15.
4. Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):509-17.
5. O'Hara JK, Aase K, Waring J. Scaffolding our systems? Patients and families »reaching in« as a source of healthcare resilience. *BMJ Qual Saf.* 2019;28(1):3-6.
6. Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(8):670-7.
7. Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare. Strategies for the real world. New York: Springer Open; 2016.
8. Amalberti R, Vincent C. Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(1):60-3.
9. Macrae C. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(2):71-5.
10. Wrigstad J. The inside of a paradigm. An expedition through an incident reporting system [avhandling]. Lund: Lunds universitet; 2018.
11. Roos af Hjelmsäter E, Ros A, Andersson Gäre B, et al. Deficiencies in healthcare prior to suicide and actions to deal with them: a retrospective study of investigations after suicide in Swedish healthcare. *BMJ Open.* 2019;9(12):e032290.
12. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: a white paper. Sydney: The Resilient Health Care Net; 2015.
13. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(5):418-20.