

2013-02-28

Inlägga till den nationella strategin för patientsäkerhet

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) presenterar här resultatet av ett uppdrag som utförts för Socialstyrelsen i relation till myndighetens regeringsuppdrag kring framtagande av ett förslag till en nationell strategi för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsarbetet i Sverige bedrivs idag av en rad olika aktörer som på olika sätt arbetar för en säkrare vård. Ingen enskild myndighet eller vårdgivare förfogar på egen hand över, eller kan överblicka det totala vårdssystemet, av vilka de själva utgör en liten del. Vi vet också att många vårdskador uppstår just när patienter flyttar mellan olika verksamheter. Som konstateras i regeringens beslut behövs arenor och drivkrafter för att alla delar i detta system ska se sin del i helheten och arbeta med patientens behov i centrum. Det initiativ som på nationell nivå inrymmer utarbetande av en övergripande patientsäkerhetsstrategi faller därför naturligt inom LHC:s intresse för organisering, styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Vi pekar i detta pm ut ett antal utmaningar som måste hanteras i relation till ambitionen om ett mer samlat patientsäkerhetsarbete, och där en nationell strategi kan ge vägledning. Givet mängden existerande regelverk och uppföljningssystem samt pågående förbättringsarbete lokalt framstår det som viktigt för en nationell strategi att välja ut och fokusera på några aspekter, vilket samtidigt innebär att andra aspekter måste väljas bort. Vår förhoppning är att sammanställningen kan underlätta dessa avvägningar och i förlängningen bidra till en bättre och säkrare vård.

Bakgrund

Regeringen gav i juni 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi som ska tydliggöra den långsiktiga inriktningen och målen för patientsäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen ska bedriva detta arbete i nära samverkan med representanter från bl a kommuner och landsting, andra myndigheter, utförare inom olika verksamhetsområden, patientnämnder och patientorganisationer. I detta syfte har

det bildats en Nationell samling för patientsäkerhet med ett 15-tal medlemsorganisationer.

Redovisningen av regeringsuppdraget om ett mer samlat patientsäkerhetsarbete förlängdes under hösten 2012 till den 31 maj 2013. En viktig del av beslutet är att regeringens förlängning angav vikten av kvalitetsgranskning och förankring av strategin.

Som ett led i ovanstående har Leading Health Care haft i uppdrag att 1) genomföra en hearing med aktörer som i olika avseenden kommer att beröras av strategin, och 2) att sammanställa och analysera de diskussioner som förts under hearingen, i syfte att identifiera avvägningar och utmaningar som behöver hanteras i strategin. Det övergripande syftet med vårt uppdrag har inte varit att presentera konsensuslösningar, utan att dokumentera och synliggöra olika ståndpunkter, ta emot återkoppling och att koppla det fortsatta strategiarbetet till det arbete som bedrivits hittills.

Hearingen genomfördes den 5 februari 2013 med ett 20-tal representanter från 13 av de 15 organisationer som ingår i den Nationella samlingen. Nedan belyses ett antal frågeområden som, utifrån vår tolkning av samtalen, framstår som angelägna att beakta framgent. Återkommande diskussionsteman berör hur den nationella strategin ska koordineras med andra styrimpulser och initiativ patientsäkerhetsområdet, hur och med vilka medel strategin ska implementeras, och i vilken mån den lokala variationen i arbetssätt inom vården kan och bör beaktas.

En viktig slutsats, som tydliggörs i sammanställningen och analysen, är att en nationell strategi måste hitta sin plats bland existerande regelverk och riktlinjer. Den måste ta hänsyn till den mängd mätetal som vårdenheter redan ska mäta och rapportera. Den måste också utformas med hänsyn taget till vilka realistiska möjligheter som den nationella nivån har att påverka, i viss mån sjukvårdshuvudmännen, men framför allt lokala vårdpraktiker. Här pekar vi i vår analys på ett antal alternativa sätt att tänka kring hur syftet med strategin kan formuleras, vilka dess fokusområden ska vara och vilka implementeringsstrategier som kan användas.

Uppdraget och organiseringen av hearingen har letts av Hans Winberg och Jon Rognes vid LHC. För sammanställning såväl som analys av materialet har Anna Krohwinkel Karlsson (forskningsledare LHC) och Karin Fernler (forskare vid Handelshögskolan i Stockholm) svarat.

Utgångspunkter för hearingen

Inför hearingen hade Socialstyrelsens utredare lyft fram fem delområden som intressanta för strategiarbetet: Lagar, regelverk och tillsyn påverkas av omvärldsfaktorer; metoder och kunskapsstyrning utvecklar arbetssätt och behandlingsmetoder inkl. läkemedelsbehandling; utbildning och forskning bidrar till

ökad kompetens; systematiskt patientsäkerhetsarbete förebygger vårdskador; samt gemensamma strukturer utvecklas för det dagliga arbetet.

Inför hearingen valde LHC att koncentrera sig på tre analysnivåer med bäring på olika typer av styrning/aktiviteter som måste interagera för att patientsäkerhetsarbetet som helhet ska fungera, nämligen:

- Lagar, regelverk och riktlinjer kring patientsäkerhet, dvs olika former av tvingande och frivilliga regler
- Mätning, registrering och tillsyn av patientsäkerhet, dvs olika former av uppföljning
- Lokala arbetssätt och ledning för patientsäkerhet inklusive kompetensutveckling, dvs vårdens operativa arbete. ¹

Den övergripande frågan för hearingen var: Vad är viktigt att ta hänsyn till i den nationella strategin inom vart och ett av de tre områdena? Delfrågor var: Vad är centralt för att öka patientsäkerheten inom varje område? På vilket sätt kan detta påverkas av den nationella strategin?

Utgångspunkten har varit att synliggöra i vilka dimensioner ett centralt styrinitiativ på patientsäkerhetsområdet kan addera mervärde. Detta inkluderar överväganden kring på vilken/vilka nivåer en nationell strategi kan föreskriva mål, medel och konkreta aktiviteter, och med vilken detaljeringsgrad.

Genomförande

Vid hearingen deltog en eller flera representanter från Socialstyrelsen (sammankallande), Sveriges kommuner och landsting, Svenska läkaresällskapet, Vårdföretagarna, Vårdförbundet, Famna, Patientnämnden i Stockholms läns landsting, Sveriges läkarförbund, Sveriges tandläkarförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Privattandläkarna och Sveriges Pensionärsförbund.

Hearingen organiserades i två steg. Efter en kort inledning och presentationsrunda fick deltagarna formera par, inom vilka de fick lufta den övergripande frågan om vad som är viktigt att ta hänsyn till i en nationell strategi utifrån den egna organisationens arbete respektive samarbetet med andra aktörer. Av övningen framgick att det finns en bred konsensus kring relevansen i att ta fram en nationell strategi inom patientsäkerhetsområdet. När det gäller vilka frågor som ska prioriteras inom ramen för en sådan strategi var åsikterna mera spridda – som väntat givet de skilda

¹ Dessa tre nivåer speglar en teoretisk/analytisk uppdelning som gjorts under det senaste decenniets företagsekonomiska och statsvetenskapliga forskning med fokus på regelsamhället, granskningsamhället respektive klassisk operativ verksamhetsstyrning.

verksamhets- och intresseområden som representerades inom deltagargruppen. I många av svaren påpekades samtidigt att arbetet med de olika insatsområdena i praktiken är överlappande och/eller beroende av varandra. Ett systemövergripande utvecklingsarbete kring patientsäkerhetsfrågan förutsätter alltså samarbete mellan ett flertal aktörer med sinsemellan olika agendor och drivkrafter.

I ett andra moment fick deltagarna individuellt skriva ner de viktigaste punkterna på var och en av de tre analysnivåerna som beskrivits ovan. Dessa ”listor” låg sedan till grund för presentation i gruppen. Avsikten var att lyfta centrala frågor och att skapa en bättre förståelse för vilka olika agendor som finns inom patientsäkerhetsområdet, något som i sin tur kan leda till bättre avvägningar kring hur uppgiftsfördelning och informationsutbyte ska se ut mellan olika berörda aktörer. Att redan på ett tidigt stadium bädda för en ömsesidig förståelse och kommunikation mellan involverade aktörer kring mål och prioriteringar kan givetvis också underlätta det faktiska samarbetet i senare steg.

De skriftliga sammanställningarna samlades in och utgör tillsammans med detaljerade anteckningar från den efterföljande diskussionen underlag till denna rapport. Nedan redovisas först ett referat från hearingen, följt av LHC:s analys av centrala teman. Diskussionen var mycket öppen för att tillvarata ett stort spektrum av åsikter och vinklingar. I vår framställning har vi valt att fokusera på de inlägg som är relevanta i relation till en nationell strategi.

Vi vill poängtera att de som deltog i hearingen tillsammans har mycket lång erfarenhet av och kompetens i att arbeta för ökad patientsäkerhet. De uppfattningar som fördes fram av deltagarna tydliggör därför många relevanta synpunkter och avvägningar som behöver göras i arbetet med att ta fram en nationell patientsäkerhetsstrategi.

Referat från hearingen

Om lagar, regelverk och riktlinjer kring patientsäkerhet

Enligt regeringens beslut ska den nationella strategin för patientsäkerhet utgå dels från befintlig lagstiftning på området (främst patientsäkerhetslagen 2010:659), dels från regeringens överenskommelse med SKL kring patientsäkerhetsfrågor. Den bör även koordineras med andra nationella strategier för hälso- och sjukvården, bland annat läkemedelsstrategin och strategin för e-hälsa. Pågående arbete inom t ex patientmaktsutredningen, inom ramen för överenskommelsen för utveckling av nationella kvalitetsregister, och i relation till Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har också en nära koppling till patientsäkerhetsarbetet.

Utöver de nationella initiativen finns ett stort antal regler och riktlinjer som tagits fram och drivs av sjukvårdshuvudmännen, både inom ramen för samverkan inom

SKL och inom enskilda landsting och kommuner. Många sjukhus och kliniker har upprättat lokala riktlinjer för att stärka patientsäkerheten, och därtill kommer en stor mängd professionellt utformade riktlinjer, t ex i form av vårdprogram och checklistor för olika ingrepp, som ska säkra en god vård.

Koordinering med andra regelverk

Ett återkommande tema vid hearingen var att en nationell strategi måste hitta sin plats i allt detta patientsäkerhetsarbete som pågår. Att man inte startar från noll är en stor tillgång, men samtidigt en stor utmaning för själva strategiarbetet. Jämförelser gjordes med andra länder, där formuleringen av en nationell strategi kommit tidigare, vilket förenklat koordineringen av de olika projekt och aktiviteter som drivs av olika aktörer.

Eftersom lagar och regelverk tar så pass lång tid att utveckla, tyckte någon att det pågående arbetet med patientsäkerhetsstrategin och andra nationella styrinitiativ borde följa varandra nämnare. Det efterfrågades konkret samordning med andra nationella strategier som har stark korrelation med patientsäkerhetsstrategin, t ex den nationella läkemedelsstrategin och strategin för e-hälsa (se vidare under mätning och uppföljning).

Implementeringsutmaningen

Flera av deltagarna framförde att det inte är i formuleringen av lagar och riktlinjer som patientsäkerhetsarbetet brister. Problemet är inte heller att inriktningen på det som idag görs i de lokala verksamheterna är fel, utan att det görs för lite. En av många delad uppfattning var alltså att ett huvudsakligt problem finns i den bristande spridningen och tillämpningen av existerande regelverk. Strategin måste därför beröra implementeringsfrågan och hur den ska hanteras. Här fanns i grunden två skilda sätt att se på problemet.

En uppfattning var att problemet ligger i brist på sanktioner, att regelbrott inte i tillräcklig utsträckning påverkar verksamheterna. Rekvisit och påföljder som att delegitimera vårdprofessionella, inskränka behörigheter, utkräva viten och stänga ner verksamheter borde användas mer.

En annan, mer dominerande, uppfattning var att man inte ska leta efter dem som bryter mot lagen, utan att det som behövs är bättre stöd för tillämpning av lagen. Här presenterades ett antal förklaringar till varför detta stöd behövs och hur det skulle kunna åstadkommas.

På ett övergripande plan är det viktigt att påminna vårdpersonal om syftet med patientsäkerhetslagen och lagstiftarens intentioner. Det framställs och uppfattas ofta som om det fanns ett gap mellan medicin och juridik: vårdpersonal kan ibland uppfatta lagar som ett hinder i arbetet, man ser inte kopplingen till utfallet för enskilda patienter. Här finns det anledning för patientsäkerhetsstrategin att försöka få ihop

perspektiven, exempelvis genom att poängtera att den gemensamma bakgrunden är stävan mot en god och bättre vård. Man bör också tydliggöra hur en nationell strategi kan vara till stöd för de lokala verksamheterna, både som styrverktyg för chefer och som mall för egenkontroll i vardagsarbetet.

Det kom också förslag kring hur olika former av kompetensutveckling kan bidra till att öka omfattningen på patientsäkerhetsarbetet. Detta berörs närmare nedan.

Om mätning, registrering och tillsyn av patientsäkerhet

Tillsyn

De flesta i gruppen var överens om att formerna för tillsyn i allmänhet måste förändras, för att i högre grad bidra till utvecklingen av patientsäkerhetsarbete lokalt. Någon liknande tillsyn vid en färskvara, och menade att en avgörande faktor är att berörda verksamheter får återkoppling snabbt – som det ser ut idag ligger vården ofta och väntar på ett beslut från tillsynsmyndigheterna innan man agerar, varvid den nödvändiga kopplingen mellan incident och underliggande orsaker blir svårare att säkerställa och rätta till. Någon uttryckte oro för att den offentliga tillsynen omöjligt kan hålla jämna steg med sensationsdrivna granskare från t ex media, och att verksamheterna snarare blir mer och mer benägna att reagera på akuta problem som uppstår, snarare än att avvakta en mer grundligare och systematisk analys av problembilden.

Den nationella strategin skulle kunna beröra hur en bra tillsyn ska utformas. Många deltagare efterfrågade en bredare tillsyn, som ska vara både granskande/kontrollerande (för effekter/korrektur på kort sikt) och proaktiv/stödjande (för långsiktigare utvecklingseffekter). Flera satte sitt hopp till att den nya tillsynsmyndigheten skulle få utrymme att utveckla ett mera proaktivt/stödjande arbetssätt. Det framfördes ett också antal synpunkter på vad denna tillsyn mer specifikt ska omfatta.

Ett förslag var en riskstyrd tillsyn, som genom att bättre utnyttja den kunskap/statistik som finns kring olika vårdskadors förekomst och fördelning på olika verksamhetstyper och geografiskt, kan göra nedslag för att analysera den bakomliggande problematiken och förebygga återupprepning. En relaterad kommentar var att tillsyn i högre grad borde fokusera på sammantagna resultat, och inte enbart isolerade incidenter.

Andra menade att det främsta syftet med tillsyn bör vara att se till att lokala ledningssystem och system för intern kontroll fungerar. Eftersom patientsäkerhetslagen förtydligar ansvaret för vårdgivaren, är det viktigt att tillsynen även fokuserar på hur man leder verksamheten och stödjer egenkontroll. Någon tyckte att en utvecklad kollegial tillsyn inom och/eller mellan enheter vore en väg att pröva.

En deltagare framhöll också att man borde följa upp effekterna av tillsyn bättre, för att få bättre kunskap om vilka tillsynsmetoder som är mest verksamma. Exempelvis vore det intressant att utveckla och testa metoder för systematisk spridning av goda exempel, som kontrast till dagens problemorienterade ansats.

Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet

Ett annat återkommande tema handlade om den kraftigt ökade fokuseringen på specifika uppföljningsvariabler och mätetal i vården generellt, och effekterna av detta på patientsäkerhetsarbetet. En spridd uppfattning är att verksamheterna drunknar i mätetal, man orkar inte följa upp inrapporterade data utan ”är nöjd om man får till rapporten”. Exempelvis nämndes att primärvårdsenheter i vissa landsting förväntas rapportera in mer än 100 uppföljningsmått. Det är viktigt att en nationell strategi inte spär på redovisningsbördan, utan håller sig till få och enkla, helst befintliga, mätetal.

Ett problem med att följa upp via avgränsade och enkla indikatorer är dock att de kan peka ut helt fel enheter som lågpresterande. Ett exempel som gavs gällde indikatorer för vårdrelaterade infektioner, där geriatriken sticker ut på grund av att man uppmärksammar och rapporterar infektioner som patienter fått i hemmet eller på andra vårdenheter. Många deltagare verkade även mena att det idag läggs en för stor vikt vid specifika processmått, speciellt mot bakgrund av att det inte alltid kan säkerställas att ett visst arbetssätt leder till högre kvalitet och/eller goda resultat i en lokal verksamhet.

Det är också viktigt att ansvaret för att förbättra det som mäts och följs upp läggs på rätt nivå. Enligt en deltagare borde exempelvis ansvaret för läkemedelsförväxlingar pga förpackningars utseende läggas på en högre nivå än en avdelnings sjuksköterskor, eftersom de inte kan påverka den frågan.

Vidare finns det idag en uppfattning att vi kan göra mätningar på hög nivå i systemet, som sprids nedåt och har relevans för vårdpraktiken. Övergripande mått kan visa att något behöver förbättras, men ger oftast ingen indikation på *hur* de lokala verksamheterna ska utvecklas. Ett exempel som gavs är att dagens öppna jämförelser inte alltid är relevanta för det konkreta patientsäkerhetsarbetet. Här, tyckte många, behövs mer av lokalt utvecklade mått med snabbare återkoppling till vårdpraktiken.

Andra vidhöll dock att dagens system med benchmarking fungerar bra – det ena behöver inte utesluta det andra, menade man. I fråga om jämförelser var ett förslag att man i högre grad borde följa upp progress, inte bara statiska indikatorer. Att jämföra förbättringar i måluppfyllelse snarare än absoluta nivåer stödjer tanken om en lärande organisation.

När det gäller incitament kopplade till uppföljning var en synpunkt att dåliga resultat bör leda till att verksamheterna åläggs att vidta förbättringsåtgärder av betydelse, snarare än att man får pengar för uppfylla av en viss nivå på en specifik indikator (i

den mån det nationella patientsäkerhetsinitiativet också kommer att inbegripa resurstillskott). En invändning var att positiva incitament är starkare än negativa – man tenderar att göra det man blir belönad för, inte det man blir bestraffad för. Om det finns andra belöningar än pengar som kan vara mer effektiva förblev en öppen fråga.

Från ett bredare perspektiv betonades att utvärdering av patientsäkerhet måste bygga på samma grundprincip som den nya patientlagen – att se till det värde som skapas för patienten. Eventuella mätetal bör fokusera på detta, inte på att vårdpersonalen utför rätt handgrepp, menade många. Detta framfördes i synnerhet i relation till uppföljning av den nationella patientsäkerhetsstrategin – en sådan uppföljning bör fokusera på resultat, men noga beakta vilken typ av resultat som staten kan anses ”äga”. Någon menade att det var tveksamt om mätning/uppföljning kunde ses som lämpliga syften med en nationell strategi, med argumentet att man istället borde koncentrera sig på att hitta lämpliga målformuleringar.

I den bredare gruppen efterfrågades konkret samordning av mål, uppföljningsramverk och resultatindikatorer med andra nationella strategier har korrelation med patientsäkerhetsstrategin, framför allt den nationella läkemedelsstrategin och strategin för e-hälsa.

Om lokala arbetsätt och ledning för patientsäkerhet, inkl. kompetensutveckling

Kompetensutveckling hos vårdpersonalen

En allmänt spridd uppfattning vid hearingen var att en viktig förutsättning för att patientsäkerheten ska öka är att personal har möjlighet och vilja att ta till sig nya arbetsätt. Här kan ett nationellt styrinitiativ spela en viktig roll – exempelvis har anmälningarna till patientskadeförsäkringarna ökat kraftigt sedan den nya patientlagen tillkännagavs, vilket delvis kan bero på att vårdpersonal i högre grad uppmärksammar och informerar om patientens rätt vid vårdskador.

Samtidigt menade många deltagare att det finns ett kunskapsgap kring säkerhetsfrågor i hälso- och sjukvården. Exempelvis nämndes en uppföljning som visar på att många ärenden där patienter själva upplever sig ha fått en vårdskada inte klassificeras som sådana av de berörda vårdgivarna. Avvikelse rapporter, lex maria-anmälningar osv förekommer mycket sparsamt i åtgärdsförslagen som Patientnämnden begär in. Att man informerat om rättigheten att klaga och/eller begära ersättning innebär inte per automatik att ett förändringsarbete har vidtagit.

Flera ansåg att hur man ser på patientsäkerhet är en utbildningsfråga, och med detta ett åliggande för landstingen och primärkommunerna. Andra tyckte att det snarare är en kulturfråga – patientsäkerheten främjas av systematiska arbetsätt i vardagen, något som inte kan garanteras utifrån genomgångna kurser. Många höll med om att kulturen

i hälso- och sjukvården i högre grad borde ska genomsyras av ett säkerhetstänk, att "ligga före" för att förhindra att incidenter överhuvudtaget uppkommer. Ett sätt att åtgärda detta är att förstärka vårdutbildningarna, både grund- och vidareutbildningar så att vårdpersonal börjar ställa krav en säker arbetsplats. Fortbildning bör också följas upp systematiskt, likt exempelvis i England där läkarlegitimationer omprövas var femte år baserat på kvalitetsmått inklusive patientenkäter och vidareutbildningskurser.

En deltagare menade att för att minska vårdskadorna borde man inte satsa främst på patientsäkerhetsspecifik utbildning, utan säkerställa att all vårdpersonal får generell kompetensutveckling i sitt eget yrke så att hantverksskickligheten bibehålls och uppdateras över tid. Någon annan invände – med referens till ett amerikanskt sjukhus, där läkare rankats enligt sin inblandning i vårdskador (litigations) och sedan utvärderats i sina olika förmågor – att problemen sällan ligger i det medicinska hantverket, utan att det är i kommunikationen och dokumentationen som bristerna finns.

Sammanfattningsvis var det flesta överens om att kompetensutveckling är viktigt, men det fanns olika uppfattningar kring vilka kompetensdimensioner är mest relevanta för att höja patientsäkerheten. Följaktligen framkom också flera olika förslag på metoder för att höja kompetensen:

En uppfattning var att det behövs fler områdesspecifika riktlinjer, till exempel har en checklista för säker kirurgi har fått brett genomslag och "internaliserats" i det dagliga arbetet. Checklistor måste dock harmoniera med andra regelverk och hänsyn (man kan oftast inte stoppa en operation lika lätt som man kan avbryta en flygplanstake-off!). En annan kommentar att mycket ovanliga och sällsynta skador kan man inte förutse och hantera via standardisering, här krävs ett mer kvalificerat risktänk och kompetens att reagera på det oväntade.

En annan åsikt var att det behövs mer forskning, och bättre kommunikation kring forskningsresultat som har bäring på patientsäkerhet. Relevant bakgrundsfakta ger legitimitet hos de vårdprofessionella för att ta till sig förslag om förändrade arbetssätt, menade några.

En reflektion var att riktlinjer och evidens nog är bra, men att något som visat sig ha minst lika bra effekt på vårdpersonalens agerande i vardagsarbetet är att möta frågan utifrån patientperspektivet. Vad gäller handhygien har det exempelvis visat sig verkningsfullt att möta en patient som beskriver upplevelsen av att behandlas av vårdpersonal som inte tvättat händerna. Patienterna borde därför i högre utsträckning användas som resurs i vårdutbildningarna.

Ledarskap/ledningssystem

Ett återkommande tema var att mötet mellan vårdpersonal och varje enskild patient är avgörande för patientsäkerheten. Patientsäkerhetsarbetet syftar ytterst till att rätt insats görs för rätt patient i rätt tid, vilket kräver att bedömning, behandling, bemötande och annat utförs situationsanpassat, inte sällan i samverkan mellan olika vårdgivare och med patientens individuella behov och önskemål i beaktande. För att detta lokala möte ska fungera krävs ett lokalt ledarskap, i vid mening. Hur kan en nationell strategi stödja detta ledarskap? Deltagarna hade flera idéer kring vad ett kompetent ledarskap som stärker patientsäkerheten innebär:

En grundläggande utmaning för det lokala ledarskapet som lyftes är hur man ska se på patientsäkerhetsstrategin i förhållande till kvalitetsbegreppet generellt, och i förhållande till de ledningssystem som landsting och regioner använder. Många deltagare verkade även mena att det idag läggs en för stor vikt vid processmått, speciellt mot bakgrund av att det inte alltid kan säkerställas att ett visst arbetssätt leder till högre kvalitet och/eller goda resultat i en lokal verksamhet. En deltagare upplevde det som problematiskt att Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inte längre på ett entydigt sätt kopplar till begreppet god vård och dess underområden (varav säker vård är ett). Otydligheten i styrningen, och överlappningen mellan olika områden, gör att det kan vara svårt att hitta sin roll som verksamhetschef bland kvalitetsledare, projektansvariga, samordningsfunktioner, etc., menade en deltagare. En synpunkt var att den nationella strategin kanske ska säga något om ansvarsfördelningen mellan olika ledningsnivåer.

En annan utmaning som deltagarna identifierade var ledningens roll i att främja en adekvat organisering och goda arbetssätt som stödjer patientsäkerhetsarbetet. Många betonade att det finns internationell forskning som pekar på att teamwork mellan olika professioner har goda effekter på patientsäkerhet, liksom att det finns studier som visar att patienters delaktighet i sin egen vård i de allra flesta fall ger en säkrare vård. Några efterfrågade konkretiseringar i den nationella strategin gällande rekommenderade arbetssätt. Andra tyckte dock att det var överordnat att bibehålla en flexibilitet för lokalt varierande arbetssätt, särskilt med tanke på den skilda karaktären och de olika förutsättningarna hos de verksamheter som berörs.

En sista synpunkt, som framförallt uttrycktes i de skriftliga underlagen, var ledarskapets betydelse för att skapa en säkerhetskultur inom den egna organisationen. Flera deltagare tog upp att ledningens inställning är avgörande för medarbetarnas möjligheter och motivation att delta i patientsäkerhetsarbete. På ett grundläggande plan måste det avsättas tid för reflektion, lärande och kompetensutveckling. Att medarbetarna känner delaktighet i det lokala utvecklingsarbetet är också viktigt - det ökar följsamheten och förståelsen för regler och riktlinjer. Ledningens inställning är också synnerligen viktig när det gäller kommunikation, information och öppenhet kring problem och utvecklingsområden. Detta inkluderar även att skapa tolerans för

whistle-blowers inom organisationen/professionen. Frågan kvarstår dock om kulturella faktorer är något som kan påverkas genom en nationell strategi.

Övriga frågor

Patientens del i patientsäkerhetsarbetet

En fråga som deltagarna återkom till i diskussionerna kring såväl regelverk, uppföljning och lokalt operativt arbete och ledning var patientens roll i patientsäkerhetsarbetet. Vikten av patientens delaktighet betonas även starkt i regeringens uppdrag om att ta fram en nationell patientsäkerhetsstrategi. De synpunkter som fördes fram vid hearingen var dock mer mångfacetterade i sin syn på vilken patientens roll bör vara.

En synpunkt var att nya krav i samhället på öppenhet och patienters ökade intresse och möjlighet att själva efterfråga och välja säkrare vård via bland annat olika former av vårdval och system för e-hälsa, innebär att patienten får en större roll i patientsäkerhetsarbetet. Det fanns olika uppfattningar om hur den rollen bäst ska utformas. Någon deltagare menade att patientsäkerheten skulle må bra av en stark centralorganisation, som fungerade som företrädare för alla patienter. En vanligare uppfattning var att det som bör uppmuntras är en lokal kultur som bygger på personcentrerad vård och kontinuerlig samverkan mellan vårdpersonal och patienter.

En grundläggande förutsättning för denna samverkan, menade flera deltagare, är goda rutiner för kommunikation mellan vårdgivare och patient. Vårdskador beror inte bara eller ens främst på bristande medicinsk hantverksskicklighet, dålig kommunikation mellan vårdgivare och patient kan vara ett minst lika stort problem. En annan kommunikationsaspekt är kunskap från ett patientperspektiv i utbildning av personal i patientsäkerhet (jfr ovan).

För att underlätta samverkan mellan personal och patienter bör patienter inte refereras till som kunder i diskussioner om patientsäkerhet. Bättre begrepp är medarbetare eller medproducent. Att betona patientens roll som medproducent till ökad patientsäkerhet får dock inte leda till att det ställs orimliga krav på patienter. Dels är det viktigt att uppmärksamma att patienter har olika förutsättningar och agerar olika. God patientsäkerhet får inte bli beroende av den enskilda patienten. Man får inte heller blunda för att vissa patienter i sina uppfattningar och sitt agerande kan utgöra en säkerhetsrisk för sig själva. Också här har vården ett professionellt ansvar.

I samband med diskussionerna kring patientens roll påpekades även att utformningen av denna roll får konsekvenser för samarbetet och den hierarkiska ordningen mellan olika vårdprofessioner. Exempelvis menade någon att den nationella uppföljningen av patientsäkerhet bör baseras på samsyn, snarare än tillsyn i den klassiska meningen. Även här bör kommunikation mellan parter vara centralt.

Samverkan över gränser

Under hearingen påpekade några deltagare att en stor del av de patientsäkerhetsrisker och skador som uppkommer i vården är relaterade till de gränssnitt som finns mellan olika vårdenheter. Det handlar om gränssnitt mellan landstingsdriven och kommunal vård, mellan primärvård och specialistvård, mellan olika medicinska specialiteter etc. Gränssnitten beror således både på organisatoriska och administrativt konstruerade gränser, och på den etablerade stuprörsindelningen i olika medicinska specialiteter. De förstnämnda gränserna avspeglar sig exempelvis i olika budgetar, olika journalsystem, olika lagstiftning. De professionella gränserna tar sig organisatoriska uttryck, men de kan också framträda i form av skillnader i normer och praxis som leder till kommunikations- och samarbetsvärigheter.

Med tanke på att gränssnitten skapar mycket stora problem för patientsäkerheten var det förvånansvärt få deltagare som tog upp denna fråga. En sannolik förklaring är att deltagarna representerade olika verksamheter. En annan förklaring är att de flesta existerande system för uppföljning av vårdskador attribuerar ansvar till separata vårdenheter och/eller -professionella. Här saknas en aktör och en uppföljning som tar ett helhetsansvar för ett samordnande perspektiv. En nationell strategi för patientsäkerhet skulle kunna bidra till att åstadkomma detta. En deltagare påpekade dock, att utöver tvingande lagstiftning, finns det inte någon nationell beslutanderätt över vården. Samverkan över gränser måste primärt åstadkommas via konsensusskapande åtgärder.

Summering av centrala teman

Hearingens deltagare bestod av en mycket kompetent och erfaren grupp som förde fram många för den nationella strategin relevanta åsikter och avvägningar. Vi har gjort en analytisk summering för att peka på några dilemman som är viktiga att uppmärksamma. Några huvudpunkter som utgångspunkt för analysen:

- En återkommande uppfattning under hearingen var att den nationella patientsäkerhetsstrategin måste ta hänsyn till allt det arbete som redan pågår och alla de befintliga styrimpulser som syftar till att förbättra olika aspekter av patientsäkerheten. En viktig grund för denna flora av aktiviteter och styrimpulser är den mångfald av såväl tvingande regler som mer frivilliga riktlinjer som helt fokuserar på eller berör olika aspekter patientsäkerhet. För det första finns diverse nationella lagar, regelverk och strategier som är relaterade till patientsäkerhet. För det andra finns en mångfald av riktlinjer och andra typer av standarder som sjukvårdshuvudmännen har tagit fram inom olika sakområden. Det är även vanligt att lokala varianter av sådana riktlinjer utformas på enskilda sjukhus eller kliniker. En annan typ av aktör som är engagerad i att ta fram olika riktlinjer för att patientsäkerhet är vårdprofessionerna.

- Under hearingen framfördes också uppfattningen att existerande regelverk i sak är fullt tillräckliga för att skapa god patientsäkerhet. De täcker redan nödvändiga frågor och aspekter - problemet är implementeringen. Ett dilemma där är att det redan pågår mycket arbete för att åstadkomma följsamhet till olika riktlinjer. Dels är det mycket vanligt att sjukvårdshuvudmän, kliniker och professioner genom anslag, checklistor, it-system mm konkretiserar de riktlinjer som tas fram för att kommunicera och underlätta för vårdpraktiken att följa dessa regler. Det har också skett en kraftig ökning av krav på registrering och inrapportering av specifika uppföljningsvariabler, ibland kopplade till ekonomiska incitament. Under hearingen problematiserade denna ökande tendens bland centralt styrande aktörer att fokusera uppföljningar på specifika mätvariabler. En nationell strategi för patientsäkerhet kan inte bortse från att vårdens verksamheter redan drunknar i krav på att mäta, registrera och rapportera alltför många mätetal. Förutom dilemmat med att ytterligare spä på denna administrativa börda finns det en risk att mängden av uppföljningsvariabler leder till att tillkommande styrning kan förväntas få måttlig eller till och med negativ effekt på vårdkvaliteten, inklusive patientsäkerheten. Orsaken är att ett stort antal process- och resultatmål följs upp parallellt, där vart och ett bara mäter vissa aspekter av patientsäkerhet, och där dessa aspekters relevans för lokal verksamhetsutveckling ofta upplevs svag.
- En tredje återkommande uppfattning under hearingen var att även om det finns en del patientsäkerhetsfrågor som måste hanteras nationellt, så är en grundläggande förutsättning för god patientsäkerhet att lokala verksamheter utmärks av en lokal säkerhetskultur som ”ligger före” och förebygger olika riskmoment. Mot bakgrund dels av synpunkten att det redan finns tillräckligt med lagar, strategier och riktlinjer för att åstadkomma patientsäkerhet och andra aspekter av god vård, dels av den kritik som riktades mot det nuvarande arbetet med att åstadkomma följsamhet till dessa regler väcks frågan vad en nationell strategi för patientsäkerhet kan tillföra?

Vad kan en nationell strategi för patientsäkerhet tillföra?

I den fortsatta analytiska diskussionen tar vi vår utgångspunkt i forskning kring policyformulering och -implementering, särskilt den forskning som bedrivits under det senaste decenniet (för en översikt se t ex Fernler 2012).² Under hearingen målade deltagarna upp en bild av dagens hälso- och sjukvårdspraktik, som både i allmänhet och i relation till arbetet för förbättrad patientsäkerhet, redan är överbelamrad med regler och krav på mätning och rapportering av mängder av variabler, samtidigt som

² Fernler, Karin (2012). Perspektiv på implementering: Vad är ”god” implementering och kan det stödjas? LHC-rapport nr 8:2012. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

funktionell implementering av regelverken är ett stort problem. Denna bild utgör en god illustration av det, som såväl företagsekonomisk som statsvetenskaplig forskning har betecknat granskningssamhället (på engelska "audit society") och dess konsekvenser (Power 1997).³ Begreppet granskningssamhället refererar till de senaste decenniernas ständigt ökande intresse för att reglera lokala verksamheter via riktlinjer, rekommendationer, certifieringar och dylika standarder (Brunsson och Jacobsson 2000).⁴ Dessa standarder är vanligen, formellt sett, frivilliga att följa. Via olika former av detaljerade specifikationer och granskningar skapas dock en mycket stark hierarkisk-rationalistisk styrning. Exempel är detaljerade och hårt styrande anbudsunderlag och avtal, specificerade prestationsindikatorer kopplade till ekonomiska och andra incitament, offentliga rankingar och andra bench-marking-jämförelser mellan verksamheter (t ex Barrett 2004, Schofield och Sausman 2004).⁵

Om denna fokusering på ett begränsat antal, specificerade variabler skapade god vårdkvalitet, till exempel hög patientsäkerhet, skulle de stora resurser som måste läggas lokalt på att rapportera dessa mätetal möjligen kunna berättigas. Forskning pekar dock på att resultatet ofta blir "conformance", det vill säga anpassning till de föreskrivna prestations- och utvärderingsmått snarare än "performance" till det som riktlinjen syftar till att åstadkomma, till exempel patientsäkerhet (Barrett 2004).⁶ Samhällsvetenskapen har diskuterat granskningssamhällets utbredning och konsekvenser sedan mitten av 1990-talet. Under den allra senaste tiden har dock fenomenet börjat uppmärksammas också i den allmänna debatten. Den bild som målades upp under hearingen kan ses som ett exempel på det. En orsak till att granskningssamhället börjat uppmärksammas också utanför forskarvärlden är att i takt med dess allt större utbredning har de negativa och problematiska effekterna blivit allt mer uppenbara. Om en nationell strategi vill få en produktiv påverkan på patientsäkerheten krävs en viss hänsyn till att den ska formuleras och implementeras i ett väl utvecklat granskningssamhälle.

Ovanstående innebär att en nationell strategi måste hitta sin plats bland existerande regelverk och riktlinjer. Den måste ta hänsyn till den mängd mätetal som vårdenheter redan ska mäta och rapportera. Den måste också utformas med hänsyn taget till vilka

³ Power, Michael (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.

⁴ Brunsson, Nils och Bengt Jacobsson (2000). *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press.

⁵ Barrett, Susan M. (2004). *Implementation studies: Time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies*. *Public Administration*, vol. 82(2): 249-262.

Schofield, Jill och Charlotte Sausman (2004). *Symposium on implementing public policy: Learning from theory and practice*. *Public Administration*, vol. 82(2):235-248.

⁶ Ibid.

realistiska möjligheter som den nationella nivån har att påverka, i viss mån sjukvårdshuvudmännen, men framför allt lokala vårdpraktiker.

Vad ska en nationell strategi fokusera?

Även om en övergripande strategi alltid omfattar vissa generella formuleringar är det rimligt att eventuella fokusområden rör frågor som går att påverka från den nationella nivån. Här väcks även frågan hur en sådan påverkan kan och ska ske.

Som beskrivits ovan har styrningen av hälso- och sjukvården på många områden blivit mer och mer detaljerad. Att styrningen mångfaldigas och specificeras betyder dock inte nödvändigtvis att den sammantagna styreffekten förstärks. Styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott på styrimpulser och kanske till ett underskott på efterlevnad. En första rimlig utgångspunkt för en tillkommande nationell strategi är därmed att välja ut och fokusera på ett begränsat antal aspekter och frågor.

Hur dessa aspekter och frågor ska väljas hänger nära ihop med syftet med en nationell strategi och i vilket avseende den förväntas bidra till patientsäkerhetsarbetet. Alternativa fokusområden kan inbegripa

- Frågor som kräver nationell koordinering, på grund av att de inte kan lösas på den lokala nivån, att ingen aktör har ett helhetsansvar, eller att det krävs central samordning mellan existerande initiativ.
- Frågor som inte redan hanteras i andra lagar, regelverk och riktlinjer, där det finns en möjlighet för en nationell strategi att identifiera luckor och/eller utveckla systemet mot nya eller förändrade styrformer
- Frågor som berör den lokala prioriteringen av olika patientsäkerhetsaktiviteter, där en nationell strategi kan vara vägledande och peka på best practice i olika avseenden.

Frågor som varken hanteras av sjukvårdshuvudmännen, lokala sjukhus och kliniker eller professionella sammanslutningar är en typ av fråga som det kan vara rimligt för en nationell strategi att fokusera. Det finns olika skäl till att en fråga hamnar mellan stolarna. En orsak är att frågan måste hanteras på nationell nivå. Ett exempel som nämndes under hearingen är problemet med läkemedelsförväxlingar på grund av förpackningars utformning. Frågan kan också vara för komplex för vårdens aktörer att hantera. Ett exempel är dilemmat med gränssnitt och behov av samordning mellan olika vårdenheter. Här saknas bland annat fungerande styrinstrument för att åstadkomma samverkan, utan de instrument som finns utvärderar regelmässigt varje enskild vårdenhets kvalitetsmässiga och ekonomiska prestation. Eftersom en stor del av de befintliga problemen med patientsäkerhet beror på att vårdenheter inte klarar av att koordinera och samverka kring vården av enskilda patienter är detta en mycket viktig fråga, där en nationell strategi kanske skulle kunna bidra.

Luckor i existerande regelverk kan utgöra ett andra tänkbart fokus för en nationell strategi. Givet mångfalden, är det en ohanterlig uppgift också för den nationella nivån att proaktivt försöka kartlägga alla de styrimpulser för förbättrad patientsäkerhet som förmedlas via alla lagar, regelverk och riktlinjer. Det är inte lättare att förutsäga hur alla dess styrimpulser kan komma att interagera med en nationell strategi, och vilka möjligheter som finns för strategin att åstadkomma en påverkan i bruset av alla dessa styr signaler. Vad man kan försöka kartlägga är dock hur några betydelsefulla styrinitiativ, till exempel några för patientsäkerheten betydelsefulla lagar och befintliga nationella strategier försöker styra mot ökad patientsäkerhet. Både i regeringsuppdraget och under hearingen har det getts exempel på ett antal sådana lagar och strategier. Hur skulle en nationell patientsäkerhetsstrategi kunna samverka med eller motverka viktiga värden som betonas i existerande lagar och strategier? Finns det påtagliga gap som det befintliga nationella regelverket inte täcker? Finns det påtagliga kollisioner mellan patientsäkerhet och andra centrala värden som särskilt betonas i andra lagar och strategier? Hur ska en nationell strategi för patientsäkerhet hantera detta? Ett illustrativt exempel är frågan om patientens rätt i vården. Den kan både medverka till en förstärkt patientsäkerhet, men den kan också utgöra ett problem, till exempel i de fall då patienten vill ha en behandling som vårdprofessionen med stöd av forskning avråder ifrån.

Vad gäller stöd till lokala prioriteringar är detta en mer principiell fråga om på vilket sätt en nationell strategi för patientsäkerhet ska påverka vårdpraktiken.

Hur ska en nationell strategi påverka?

En viktig fråga vid formuleringen av en nationell strategi är med vilka medel denna strategi kan och bör påverka hälso- och sjukvårdens praktik. Det är ingen enkel uppgift att som reformatör försöka stödja implementeringen av ett centralt utformat styrinitiativ i så komplexa, mångfaldiga och varierande lokala verksamheter som vården representerar. En möjlighet är att sätta patientsäkerhet på dagordningen genom att formulera nationella mål och lita på ”trickle-down”-effekten, det vill säga, att vikten av frågan ska sippra ned till vårdens aktörer. En sådan ”ramstrategi” lämnar per automatik stora frihetsgrader i implementeringen, då frågan om vilka aktiviteter som ska prioriteras för att nå målen helt lämnas åt de lokala verksamheterna.

Men en strategi för patientsäkerhet kan också omfatta en mer aktiv roll. Den kan peka ut vissa medel för att nå målen, till exempel kompetensutveckling eller ökad patientmedverkan. Den kan även innehålla planer på nationell utveckling och tillhandahållande av såväl verktyg för, som resurser till implementering. Det kan handla om att utveckla system för hantera det tidigare nämnda problem med samverkan kring enskilda patienter mellan vårdenheterna eller nationella utbildningar. Den kan också visa på hur tillsyn och uppföljning ska åstadkommas. Här kan val göras mellan en mer proaktiv respektive mer reaktiv tillsyn, såväl som en bredare mer resonerande och stödjande granskning alternativt en avgränsad uppföljning baserad på följsamhet till vissa mätetal, kanske även kopplad till belöningar och sanktioner. Om

den sistnämnda lösningen väljs, finns det dock som diskuterats stor anledning att vara mycket restriktiv med att föreslå införandet av nya uppföljningsvariabler. Helst bör nog möjligheten att utnyttja existerande mätetal undersökas.

Avslutande reflektioner

Ovanstående sammanställning av utmaningar och avvägningar inbegriper resonemang som går längre än vad som sannolikt kommer att rymmas inom ramen för den nationella patientsäkerhetsstrategin. Det är varken praktiskt rimligt eller principiellt önskvärt att alla förslag som genom hearingen kommit upp på banan skyndsamt ska implementeras på bred front – i synnerhet inte inom ramen för ett centralt utformat styrinitiativ.

Viktigt är dock att det öppna samtal kring patientsäkerhet som nu är igång fortsätter att föras på många olika nivåer. Förutom överläggningar på central nivå, är en viktig utgångspunkt för förändringar att diskussioner på lokal nivå initieras kring specifika förutsättningar och prioriteringar. I detta bör även inkluderas att sätta olika kvalitetsdimensioner (patientsäkerhet, kostnadseffektivitet, brukarupplevd kvalitet, osv.) i relation till varandra.

En ambition med denna inlaga har varit att lyfta diskussionerna kring patientsäkerhet från att fastna i detaljer kring definitioner, målvärden och indikatorer. I samband med detta utmanar vi i viss mån vedertagna modeller för hälso- och sjukvårdens styrning, inte minst vad gäller systemen för mätning och uppföljning. På sikt tror vi att systemövergripande förändringar är nödvändiga för att få till en mer patientfokuserad och situationsanpassad vård. En nationell strategi för patientsäkerhet som tar hänsyn till denna svåra – men hanterbara – utmaning kan bli ett steg på vägen.

Om LHC

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård. LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas på både policy- och verksamhetsnivå.

Det yttersta uppdraget för LHC är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.