

# Agera för säker vård

Nationell handlingsplan för  
ökad patientsäkerhet 2025–2030

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som PDF på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnr 2025-5-9578  
Fotografier: Eva Edsjö, Dan Lepp

# Förord

Sveriges nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, 2025–2030 är en uppdatering av den tidigare handlingsplanen som gällde 2020–2024.

Handlingsplanen stödjer det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bidrar med en struktur i arbetet och leder till ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet.

Målet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är att ytterligare förbättra förutsättningarna för en säker vård, där ingen patient behöver drabbas av en vårdskada.

Patientsäkerheten har förbättrats sedan handlingsplanens lansering 2020, men trots framstegen är det fortfarande många patienter som drabbas av vårdskador. Det saknas en heltäckande bild av risker och skador i flera delar av hälso- och sjukvården.

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet har kommit olika långt hos huvudmän och vårdgivare och det finns fortfarande potential för utveckling.

För att nå ut till mötet med patienter och närstående behöver patientsäkerhetsarbetet vara

hållbart i hela hälso- och sjukvårdssystemet, på nationell, regional, kommunal och lokal nivå. Långsiktighet och stabilitet är avgörande i arbetet med patientsäkerhet och regeringen ser behov av en fortsatt nationell kraftsamling inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför uppdaterat den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och fått i uppdrag att fortsätta att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i hela landet.

Handlingsplanen är utformad för att kunna användas av kommuner, regioner och vårdgivare, som genom att utforma egna handlingsplaner kan fastställa prioriteringar och mål för sitt arbete med patientsäkerhet. Mottagare för den nationella handlingsplanen är därför huvudmännens och vårdgivarnas beslutsfattare.

Handlingsplanen riktar sig också till myndigheter och nationella organisationer med uppdrag som påverkar patientsäkerhet. Patienter, närstående, de som arbetar inom hälso- och sjukvården, företrädare för lärosäten, experter och politiker på nationell nivå är också berörda.

Maj 2025

*Björn Eriksson,  
Generaldirektör*

Varje år  
drabbas mer än

**80 000**

patienter av  
vårdskador



# Innehåll

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Förord.....</b>                                                        | <b>3</b>  |
| <b>Inledning.....</b>                                                     | <b>7</b>  |
| Handlingsplanen ger stöd och vägledning .....                             | 8         |
| Ett stöd till huvudmän och vårdgivare.....                                | 8         |
| Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad.....                             | 10        |
| <b>Bakgrund .....</b>                                                     | <b>15</b> |
| En god och säker vård .....                                               | 16        |
| Sverige har en lång tradition av patientsäkerhetsarbete .....             | 16        |
| Goda resultat, men fortfarande drabbas många av vårdskador .....          | 17        |
| Systemperspektiv på patientsäkerhet .....                                 | 19        |
| Innovation och patientsäkerhet.....                                       | 19        |
| Säkerhet handlar om mognad .....                                          | 21        |
| Det förebyggande arbetet är centralt.....                                 | 21        |
| Reglering för säker vård.....                                             | 21        |
| <b>Nationell samverkan och stöd .....</b>                                 | <b>25</b> |
| Samordning behövs för ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete .....         | 26        |
| Nationella uppdrag och satsningar har koppling till patientsäkerhet ..... | 31        |
| <b>Grundläggande förutsättningar för en säker vård .....</b>              | <b>33</b> |
| Engagerad ledning och tydlig styrning.....                                | 35        |
| En god säkerhetskultur .....                                              | 38        |
| Adekvat kunskap och kompetens.....                                        | 42        |
| Patienten som medskapare.....                                             | 46        |
| <b>Prioriterade fokusområden.....</b>                                     | <b>51</b> |
| Fokusområde 1 – Öka kunskap om inträffade vårdskador.....                 | 52        |
| Fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system och processer.....        | 56        |
| Fokusområde 3 – Säker vård här och nu .....                               | 61        |
| Fokusområde 4 – Stärka analys, lärande och utveckling .....               | 66        |
| Fokusområde 5 – Öka riskmedvetenhet och beredskap.....                    | 70        |
| <b>Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.....</b>                      | <b>75</b> |
| <b>Internationellt arbete .....</b>                                       | <b>79</b> |
| <b>Ordlista .....</b>                                                     | <b>82</b> |
| <b>Källor och lästips .....</b>                                           | <b>84</b> |



# Kapitel 1

## **Inledning**

# Handlingsplanen ger stöd och vägledning

Den nationella handlingsplanen 2025–2030 är en fortsatt kraftsamling på området patientsäkerhet som syftar till att utveckla säkerheten på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Handlingsplanen ska stödja och stärka huvudmännens och vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete och förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Handlingsplanen är även en utgångspunkt för stöd och samordning i arbetet med patientsäkerhet.

Utvecklingen mot en säker vård sker stegvis. För att ta nästa steg krävs att det goda arbetet fortsätter och även utvecklas. Berörda aktörer behöver samverka inom flera områden för att utveckla och stärka patientsäkerheten. Handlingsplanen lyfter fram fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden som behöver stärkas för en säker vård. Den uppdaterade handlingsplanen 2025–2030 bygger vidare på den tidigare handlingsplanen och utgår från samma struktur.

## Ett stöd till huvudmän och vårdgivare

Mottagare för den nationella handlingsplanen är beslutsfattare i regioner, kommuner och hos vårdgivare. Handlingsplanen lyfter prioriteringar, mål och insatser för säker vård och syftar till att stärka huvudmännens och vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete och arbete med att ta fram egna handlingsplaner för ökad patientsäkerhet.

Många aktörer bidrar till arbetet för en säker vård och är berörda av handlingsplanen. Handlingsplanen riktar sig därför också till myndigheter och nationella organisationer

med uppdrag som påverkar patientsäkerhet. Handlingsplanen syftar till att samordna aktiviteter mellan myndigheter, nationella organisationer och andra berörda aktörer och till att aktörerna utformar och genomför insatser utifrån handlingsplanens nationella åtgärdsområden.

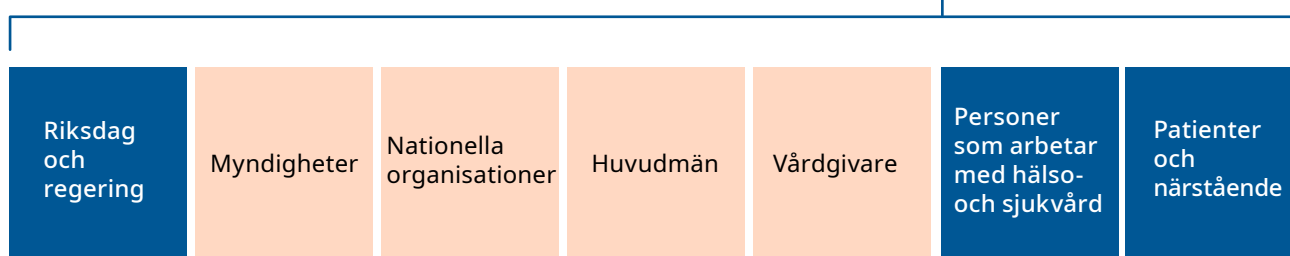
Arbetet för att öka patientsäkerheten i hälso- och sjukvården behöver ta ytterligare steg för att hantera både dagens och morgondagens behov, som bland annat handlar om:

- den medicinska och tekniska utvecklingen med snabb innovations-takt och nya behandlingsmetoder, ny medicinsk teknik, ökad digitalisering, artificiell intelligens (AI) och användningen av digitala verktyg och informationsutbyte för att uppnå och bibehålla hälsa (e-hälsa)
- organisatoriska förändringar och nya vårdformer, exempelvis omställningen till förstärkt primärvård och vård i hemmet
- ekonomiska förutsättningar och avvägning mellan olika mål och typer av vårdinsatser och patientgrupper
- tillgången till personal med adekvat kompetens
- förändringar i omvärlden, exempelvis ett förändrat säkerhetsläge, utvecklingen av klimatförändringarna och konsekvenser efter pandemier.



Aktörer som är  
berörda av handlingsplanen

Aktörer i hälso- och  
sjukvårdssystemet  
som är berörda  
av handlingsplanen



Målgrupper för  
handlingsplanens  
stöd och vägledning

# Handlingsplanens innehåll och uppbyggnad

Handlingsplanen är utformad för att bidra till ökad patientsäkerhet genom att knyta samman vision, mål, nationella åtgärdsområden, huvudmännens och vårdgivarnas aktiviteter samt uppföljningen av patientsäkerhet.

Handlingsplanen ger en struktur för arbete med patientsäkerhet som kan tillämpas i alla sammanhang och i hela hälso- och sjukvården utifrån visionen ”God och säker vård, överallt och alltid” och det övergripande målet ”Ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada”. Den innehåller fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden för att arbeta mot visionen och det övergripande målet. De fyra grundläggande förutsättningarna är:

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

De fem fokusområdena utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patient-säkerhetsarbetet och utgör en struktur för handlingsplanens nationella åtgärdsområden. Arbete inom de fem fokusområdena stärker utvecklingen av de fyra grundläggande förutsättningarna. De fem 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

## Vision

God och säker vård,  
överallt och alltid.

## Övergripande målsättning

Ingen patient ska behöva  
drabbas av en vårdskada.

Fokusområdena har tre olika tidsperspektiv på patientsäkerhetsarbete.

- Fokusområde 1 handlar om det som redan har hänt.
- Fokusområde 2 och 3 handlar om arbete för att säkerställa att vården är säker just nu.
- Fokusområde 4 och 5 blickar framåt och handlar om arbete för att göra vården säker i framtiden.

I flera fokusområden återkommer liknande aspekter av patientsäkerhetsarbetet. Skillnaderna handlar om att fokuset ligger på det som redan skett, nuläget eller framtiden. Igår, idag och imorgon är samtliga viktiga perspektiv på säker vård, som kräver olika insatser.



Figur över visionen och det övergripande målet med dess fyra grundläggande förutsättningar och fem prioriterade fokusområden.



## Vad är en vårdskada?

Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

1 kap. 5 §  
*patientsäkerhetslagen (2010:659).*

## Nationella åtgärdsområden

Kapitlet *Prioriterade fokusområden* innehåller nationella åtgärdsområden som riktar sig till nationella aktörer. Kapitlet *Nationell samverkan och stöd* innehåller områden för nationell samordning. Utifrån dessa områden behöver nationella aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser för att stödja huvudmän och vårdgivare i deras arbete med patientsäkerhet.

## Aktiviteter för huvudmän och vårdgivare

De fyra grundläggande förutsättningarna och fem fokusområdena innehåller aktiviteter som stärker patientsäkerheten. Under rubriken *Hur når huvudmän och vårdgivare dit?* finns exempel på vad huvudmän och vårdgivare behöver genomföra för att stärka patientsäkerheten. I de grundläggande förutsättningarna tydliggörs kopplingen till handlingsplanens fem fokusområden genom att aktiviteterna markeras med det fokusområde de tillhör.

## Handlingsplanen innehåller följande delar:

### Bakgrund

Bakgrunden beskriver grunden för en god och säker vård. Svensk hälso- och sjukvård har goda medicinska resultat men fortfarande drabbas många patienter av skador som hade kunnat undvikas. Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en säker vård.

### Nationell samverkan och stöd

Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten. Ett gemensamt agerande utifrån respektive aktörs uppdrag och ansvar är en förutsättning för säker vård, där ingen patient behöver drabbas av en vårdskada.

### Fyra grundläggande förutsättningar för säker vård

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

### Fem prioriterade fokusområden

- 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

### Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Uppföljningen beskriver det uppföljande arbetet som behöver utgå från handlingsplanens grundläggande förutsättningar och fokusområden samt utformas för att visa nuläget och om utvecklingen går åt rätt håll.

### Internationellt arbete

Här beskrivs kort det internationella patientsäkerhetsarbetet, bland annat Världshälsoorganisationens (WHO) arbete och den globala handlingsplanen för patientsäkerhet, *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, arbetet inom Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och det nordiska samarbetet.



# Kapitel 2

## **Bakgrund**

## En god och säker vård

Att vården är säker är grundläggande i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård som definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Där står det att "hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls".

Det innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lättillgänglig.

### Sverige har en lång tradition av patientsäkerhetsarbete

Svensk hälso- och sjukvård har en lång tradition av patientsäkerhetsarbete. Redan 1937 infördes lex Maria med krav på anmälan av allvarliga skador eller sjukdom till följd av behandling.



Om hälso- och sjukvården inte är säker är det inte vård.

*Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO*

De senaste decennierna har kunskapen om patientsäkerhet vuxit snabbt, och i takt med det har arbetet utvecklats. Viktiga områden har varit:

- statlig reglering, till exempel patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- det regionala och kommunala arbetet i form av satsningar, styrdokument och kunskapsstyrning
- patientsäkerhetsöverenskommelsen mellan staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting under perioden 2011–2014.

2020 lanserades Sveriges första nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet.

## Fortfarande drabbas många patienter av vårdskador

Slutenvård för vuxna årligen:

**80 000**

patienter  
drabbas av  
vårdskada

**2**

gångar fler drabbas  
av vårdskada, om  
utlokaliserad eller  
oplanerat återinskriven

**8**

miljarder  
kronor kostar  
vårdskadorna

**585 000**

extra vårddygn  
vid vårdtillfällen  
med vårdskada

**1 400**

dödsfall där  
vårdskada bidragit

**460**

vårdplatser kan användas  
till annat än att vårda  
patienter med vårdskador

**30 000**

med vårdskada  
behöver förlängd  
sjukhusvistelse

Källa: Markörbaserad journalgranskning – skador i somatisk vård 2013-2023 på nationell nivå (SKR),  
Plats för vård (Socialstyrelsen 2024)

Handlingsplanen har bidragit till en mer gemensam syn på patientsäkerhet, en struktur för arbetet och lett till ökad kunskap och medvetenhet om patientsäkerhet. Utvecklingen ses såväl i kommuner och regioner som hos nationella myndigheter och organisationer.

### Goda resultat, men fortfarande drabbas många av vårdskador

Svensk hälso- och sjukvård har i många avseenden goda resultat, enligt internationella jämförelser. Men dagens vård behöver bli säkrare eftersom många patienter fortfarande drabbas av vårdskador. Det orsakar stort lidande för både de drabbade patienterna och den involverade personalen.

Från 2013 till 2023 har sjukvården granskat fler än 131 000 patientjournaler i den somatiska

sjukhusvården för vuxna och över 20 000 journaler inom psykiatrisk vård för vuxna. Detta har lett till ökad kunskap och förståelse för olika riskområden och typer av vårdskador. Det saknas dock en heltäckande bild av risker och vårdskador i flera delar av hälso- och sjukvården. Inom vissa områden har förekomsten av vårdskador inte mätts, eller så saknas metoder för att följa och analysera utvecklingen.

Vad som sker i hälso- och sjukvårdssystemet får konsekvenser för patientsäkerheten och kan leda till en ökad risk för vårdskador. Det kan handla om brister i kompetensförsörjningen och tillgänglighet, hög belägningsgrad på sjukhusen och ansträngd bemanning.

Vårdskadorna kostar samhället miljarder kronor varje år. Det är pengar som skulle kunna användas till annat, till exempel för att bättre möta patienternas behov, förbättra arbetsmiljön och satsa på kompetensutveckling.

## Flera systemfaktorer påverkar patientsäkerheten



Figuren illustrerar exempel på systemfaktorer som påverkar patientsäkerheten. Patientsäkerheten påverkas, stärks eller utmanas av flera faktorer. Påverkan kan vara direkt eller indirekt och verkar ibland åt båda hållen, exempelvis för kompetensförsörjning och kapacitet.

## Systemperspektiv på patientsäkerhet

Arbete med patientsäkerhet behöver utgå från ett systemperspektiv. Hälso- och sjukvårdssystemet är komplext eftersom olika delar helt eller delvis hänger ihop och påverkar varandra, både direkt och indirekt. Förändringar som uppstår i en del av systemet kan få såväl positiva som negativa konsekvenser i andra delar av hälso- och sjukvården. Att förstå hur olika faktorer i systemet påverkar varandra samt förmågan att identifiera möjliga lösningar, deras konsekvenser och målkonflikter på olika nivåer i systemet kräver ett systemperspektiv. Vilka delar och faktorer som behöver beaktas i ett systemperspektiv beror på hur systemet avgränsas. Risker för patienter att drabbas av vårdskador kan även påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Exempelvis kan förhållanden inom omsorgen eller andra insatser från socialtjänsten påverka individers behov av sjukvård och därför också patientsäkerheten.

## Olika säkerhetssystem påverkar hälso- och sjukvården

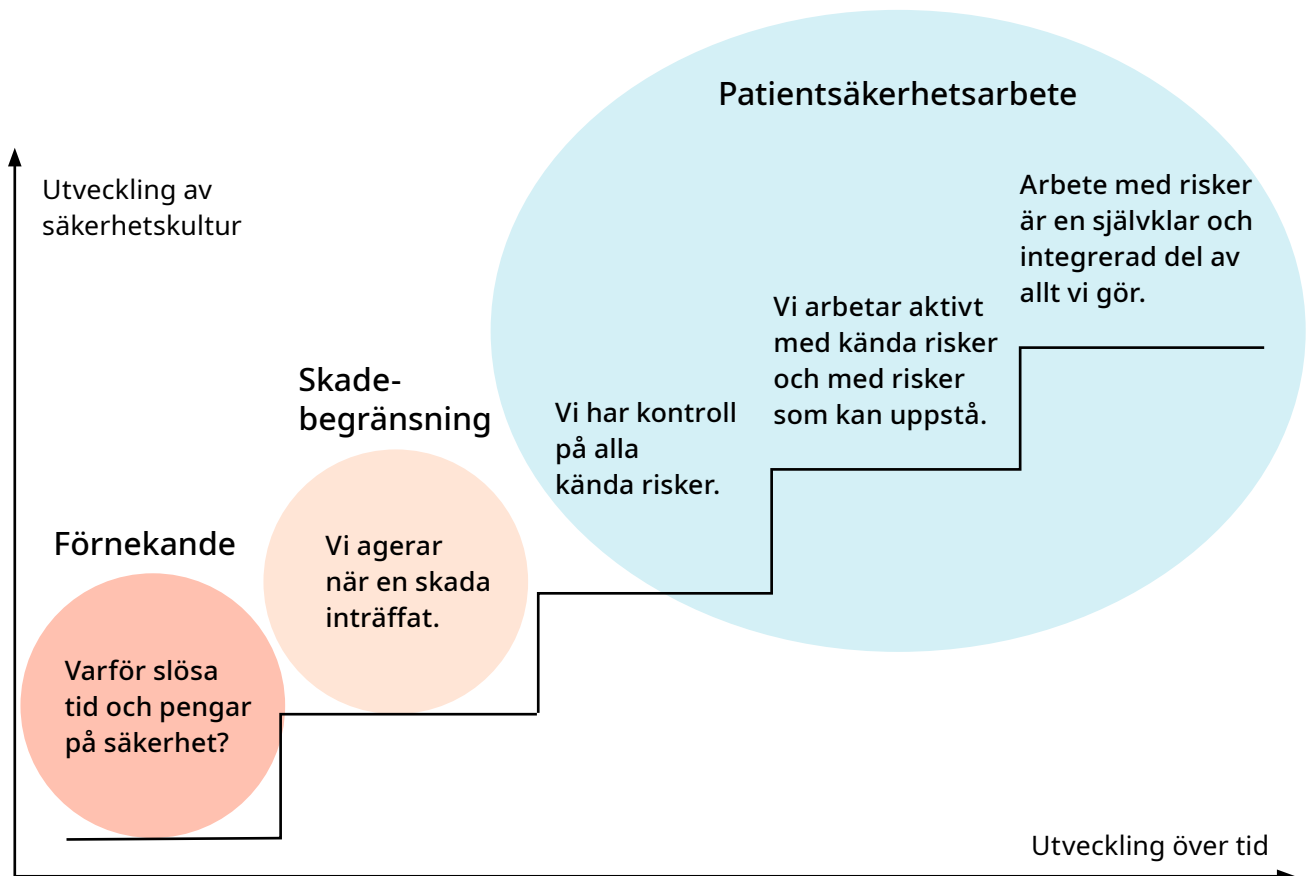
Arbetet med säkerhet är centralt inom flera områden i hälso- och sjukvården. Exempel på områden är personalens säkerhet, medicintekniska produkters säkerhet, läkemedelssäkerhet, informationssäkerhet, strålsäkerhet, brandsäkerhet och transportsäkerhet. Dessa områden styrs av olika krav och förutsättningar, vilket i sin tur även påverkar patientsäkerhetsarbetet eftersom det hänger samman med och är beroende av säkerhetssystem i alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

## Innovation och patientsäkerhet

Nya teknologier och lösningar kan stärka patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet. Innovation möjliggör nya lösningar som kan leda till förbättringar inom vården. Framsteg inom exempelvis digitalisering, artificiell intelligens och medicinteknik kan leda till att hälso- och sjukvårdspersonal får bättre stöd i diagnostik, behandling och uppföljning. Digitala plattformar kan effektivisera informationsflödet, så att vårdteam har tillgång till rätt information vid rätt tidpunkt.

Samtidigt kan innovation utgöra ett hinder eller medföra risker för patientsäkerheten, exempelvis om nya teknologier införs utan att de har utvärderats ordentligt eller anpassats till vårdverksamhetens behov. Till exempel kan de skapa nya felkällor eller öka arbetsbördan för personalen om de inte är användarvänliga. Dessutom kan snabb implementering av otillräckligt prövade lösningar leda till konsekvenser som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten.

För att möjliggöra innovation med bibehållen patientsäkerhet är det avgörande att använda användarcentrerad design, evidensbaserade metoder för implementering och kontinuerlig utvärdering av nya lösningar. Samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonal, patienter, teknikutvecklare och beslutsfattare är också viktig för att säkerställa att innovationer verkligen möter vårdens behov och stärker säkerheten för patienten. Ett genomtänkt och gradvis införande av ny teknik och nya arbetssätt, tillsammans med utbildning och tydliga riktlinjer, kan skapa förutsättningar för en patientsäker och innovativ vård.



Figuren visualiserar fokusskiftet i utvecklingen av synen på säkerhet och säkerhetskulturen. Först inser vi överhuvudtaget inte att vi skadar, det vill säga *förnekande*. När vi inser att vi faktiskt skadar flyttas fokus till att hantera skadorna, det vill säga *skadebegränsning*. I nästa stora steg inser vi vikten av att identifiera risker för skador samt förebygga eller minimera riskerna att vårdskador inträffar, det vill säga ett *aktivt förebyggande patientsäkerhetsarbete*.

*Fritt efter D. Parker, NPSA, Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), Journal of Nursing Management, 2009, 17.*

## Säkerhet handlar om mognad

Att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete handlar till stora delar om att utveckla en mogen säkerhetskultur. När både systemet och säkerheten utvecklas sker ett fokusskifte i mognad. Det handlar om en förändring bort från att skuldbelägga enskilda individer, till att se vården som en komplex verksamhet, där många faktorer påverkar det som händer och orsakerna ofta finns på systemnivå. Det handlar också om att i ännu större utsträckning integrera patientsäkerhetsarbetet i det övergripande kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

## Det förebyggande arbetet är centralt

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande för en säker vård.

Att identifiera och mäta inträffade skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Utfallet, alltså vårdskadorna, orsakar stort lidande för patienterna som drabbas och hälso- och sjukvården behöver ha kunskap om inträffade vårdskador och de risker som kan leda till dem.

För att nå ett framgångsrikt arbete inom patientsäkerhet är det nödvändigt att inte bara fokusera på det som redan har hänt. Lika viktigt är det att stärka det skadeförebyggande arbetet och minimera riskerna för att liknande skador sker igen.

Det kan handla om att studera hur de anpassningar som hela tiden görs i olika situationer fungerar bra, även när omständigheterna varierar. Samtidigt är det viktigt att förbättra arbetssätt och processer för att stärka patientsäkerheten. Att arbeta riskmedvetet med syftet att vårdskadorna aldrig inträffar, är centralt i det förebyggande arbetet. Genom detta kan vi närma oss de två perspektiven frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

## Reglering för säker vård

Regleringen på hälso- och sjukvårdsområdet är omfattande. Förutom lagar och förordningar finns föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Gemensamt för de flesta regleringarna är att de syftar till en god och säker vård för patienterna.

## Huvudmannen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen står det att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.

Det står också att det är huvudmannen som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Med huvudman avses region eller kommun. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

Regionerna har huvudansvaret för att erbjuda god hälso- och sjukvård och tandvård. Kommunerna ansvarar för att erbjuda god hälso- och sjukvård inom vissa områden. Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i vissa särskilda boenden och åt den som vistas i dagverksamhet. Kommunen får även erbjuda personer som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet. Det gäller de som bor i ordinärt boende eller särskilda boendeformer för äldre som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och har behov av att bryta oönskad isolering. Kommunerna ska som regel inte erbjuda hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan, till exempel privat vårdgivare, om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Ett avtal med en privat vårdgivare om att exempelvis erbjuda en viss typ av vård medför alltså inte att huvudmannaskapet övergår till den privata vårdgivaren. Det är utförandet av uppgiften som övergår.

När en kommun eller region anlitar en privat vårdgivare ingår det i ansvaret för huvudmannaskapet att kontrollera och följa upp verksamheten. Det kan säkerställas bland annat genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna.

**Inom ramen för vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete ingår bland annat att vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.**

3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

## Vårdgivaren är den som bedriver hälso- och sjukvården

Den som bedriver hälso- och sjukvård eller tandvård är en vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet.

En vårdgivare kan till exempel vara en region, en kommun, ett aktiebolag eller en egenföretagare. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.

Kommunen och regionen kan bedriva den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller sluta avtal med någon annan att utföra den. För den hälso- och sjukvård som kommunen och regionen själv bedriver i egen regi är huvudmannen även vårdgivare och behöver förhålla sig till lagar och annan reglering som gäller för alla vårdgivare.

## Patientsäkerhetslagen är central

Den mest centrala lagen för patientsäkerhet är patientsäkerhetslagen (2010:659) som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I lagen avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är nödvändigt för att skapa en god vård och förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Vårdgivare ansvarar för att det finns ett ledningssystem att använda för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Bestämmelser om ledningssystem finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Att ha ett ledningssystem för kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv för att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning. Fokus ligger även på att ständigt förbättra dessa strukturer.

Ledningssystemsföreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen. Andra väsentliga föreskrifter är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.



*I Viss rättslig reglering inom patientsäkerhetsområdet finns en översikt över rättslig reglering som är central för patientsäkerhetsområdet. Den finns på webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet*.*





## Kapitel 3

# Nationell samverkan och stöd

För att handlingsplanen ska få kraft i genomförandet  
behöver berörda aktörer samverka –  
lokalt, kommunalt, regionalt och nationellt.

# Samordning behövs för ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete

**Insatser för att öka patientsäkerheten involverar aktörer på alla nivåer i hälso- och sjukvården, lokalt, kommunalt, regionalt och nationellt. Många aktörer har ansvar och uppdrag som bidrar till en säkrare vård och som direkt eller indirekt påverkar patientsäkerheten. Dessa aktörer befinner sig i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.**

Hälso- och sjukvårdssystemet är i sig komplext och svårt att överblicka. Olika verksamheter inom hälso- och sjukvården har dessutom olika behov, beroende på förutsättningarna. Samordning och ett gemensamt agerande utifrån respektive aktörs uppdrag och ansvar är en förutsättning för att nå ett kraftfullt patientsäkerhetsarbete.

## **Säkerhet skapas på alla nivåer i hälso- och sjukvården**

Förutom vårdgivare, regioner och kommuner berörs många myndigheter, nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, patientnämnder, Lön regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Lön) samt olika professionsföreningar. Även lärosäten, studenter, experter och företrädare för patient- och närståendeorganisationer berörs.

## **Hälso- och sjukvården behöver förutsättningar att arbeta säkert**

I mötet mellan patienten och medarbetaren bidrar båda med sin specifika kunskap och erfarenhet, för att skapa säkerhet.

Det finns även befattningar med ett särskilt ansvar för patientsäkerhet, till exempel verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig inom rehabilitering. Det finns även andra roller som är centrala för patientsäkerheten, exempelvis chefsjuksköterska och chefläkare. Dessutom arbetar professionsföreningarna inom hälso- och sjukvården med patientsäkerhetsarbete genom att ta fram metoder och verktyg till stöd för hälso- och sjukvården.

Det är huvudmän och vårdgivare som skapar förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet i sina verksamheter.

## **De politiska nivåerna ger ramarna**

De politiska nivåerna skapar förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet genom budget, beslut och prioriteringar. På huvudmannanivå är region- respektive kommunfullmäktige högsta beslutande instanser men det löpande arbetet sker i nämnder, utskott och styrelser. Deras beslut påverkar de ekonomiska och strategiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården och därigenom patientsäkerhetsarbetet.

Nationellt ger riksdagen ramarna för hälso- och sjukvården genom lagstiftning på området. Regeringen har det övergripande ansvaret för den politiska riktningen, beslut om åtaganden samt strategier för särskilda insatser och satsningar och hur statliga medel ska användas. Inom regeringskansliet har Socialdepartementet det övergripande ansvaret för frågorna som rör patientsäkerhet och hälso- och sjukvård.

Patientsäkerhet skapas på alla nivåer i hälso- och sjukvården genom olika aktörers uppgifter och bidrag.

| Aktörer                                      | Uppgifter och bidrag                                                                                                                              |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Riksdag och regering                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lagar och förordningar</li><li>• Nationella satsningar och inriktning</li></ul>                           |
| Myndigheter                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Föreskrifter och allmänna råd</li><li>• Tillsyn</li><li>• Stöd och kunskap på systemnivå</li></ul>        |
| Nationella organisationer                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stöd, kunskap och vägledning</li></ul>                                                                    |
| Huvudmän                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ekonomiska och strategiska planeringsförutsättningar</li></ul>                                            |
| Vårdgivare                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inriktning och utformning av verksamheten</li><li>• Personella resurser, rutiner och riktlinjer</li></ul> |
| Personer som arbetar med hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none"><li>• God och säker vård och behandling</li><li>• Övriga uppgifter i verksamheten</li></ul>                     |
| Patienter och närstående                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Involveras för att bidra till god och säker vård och behandling</li></ul>                                 |



### Myndigheter har uppdrag som främjar patientsäkerheten

Flera myndigheter har i uppdrag att ge huvudmän och vårdgivare förutsättningar att främja hög patientsäkerhet. Myndigheterna stödjer på olika sätt. Det kan till exempel handla om att:

- ta fram föreskrifter och allmänna råd
- utöva tillsyn och lämna tillstånd
- ta fram, sammanställa och förmedla kunskap samt verka för kunskaps- och metodutveckling
- tillhandahålla och sammanställa statistik
- följa upp och utvärdera.

### Det nationella stödet behöver samordnas

För att få kraft i genomförandet av handlingsplanen och för att få tydlighet i ansvar och roller behöver berörda aktörer, myndigheter och organisationer samarbeta och samordna nationella insatser och åtgärder.

Det finns behov av ökat nationellt stöd för delar av hälso- och sjukvården som har ett mindre utvecklat systematiskt patientsäkerhetsarbete eller där det är mindre känt vilka vårdskador som drabbar patienterna. Även de huvudmän och vårdgivare som inte har tagit fram en egen handlingsplan behöver mer stöd.

## Nationellt råd för patientsäkerhet

Nationellt råd för patientsäkerhet är ett samverkansforum mellan myndigheter, nationella organisationer och representanter för huvudmännen inom ramen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Syftet med rådets arbete är att samverka kring handlingsplanen. Arbetet i rådet fyller flera viktiga funktioner som en plattform för att:

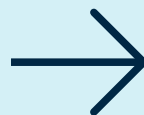
- lyfta fram perspektiv och frågor och påverka det nationella arbetet för ökad patientsäkerhet
- sprida information om exempelvis viktiga händelser, utveckling eller pågående och genomfört arbete

- omvärldsbevaka och tillvarata olika intressenters perspektiv
- identifiera behov och områden för fördjupad samverkan och samarbete
- underlätta förankring av patientsäkerhetsperspektiv inom respektive organisation
- samverka kring uppföljning av handlingsplanen.

Representanterna i rådet deltar utifrån respektive myndighets och organisations roll och uppdrag för att bidra med kunskap och information. De av rådets aktörer som har tydliga uppdrag och roller inom patientsäkerhet kan i samverkan konkretisera, prioritera och fördela insatser utifrån handlingsplanen.

### Följande myndigheter och organisationer ingår i Nationellt råd för patientsäkerhet 2025:

- Arbetsmiljöverket
- E-hälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Läkemedelsverket
- Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (Löf)
- Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet
- Patientnämnderna
- Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) - Nationella nätverket för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård
- Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Statens haverikommission
- Strålsäkerhetsmyndigheten
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)



Mer information om rådet finns på *Socialstyrelsens webbplats*. Mer information om respektive myndighet och organisation i Nationellt råd finns på webbplatsen *Samlat stöd för patientsäkerhet*.

## Samverkan mellan Socialstyrelsen, Löf och NSG patientsäkerhet

Socialstyrelsen, Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet och Löf har en etablerad och nära samverkan. Alla tre aktörerna har tydliga uppdrag i att stödja patientsäkerhetsarbetet på nationell nivå.

### Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att samordna och stödja patientsäkerhetsarbetet i Sverige.

Syftet är att stärka huvudmän och vårdgivares arbete med patientsäkerhet inom regional och kommunal hälso- och sjukvård, samt att minska vårdskadorna. Socialstyrelsens patientsäkerhetsarbete är myndighetsövergripande och sker i samverkan och nära dialog med andra myndigheter och organisationer.

Inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstyrande uppdrag utgör myndigheten en plattform för stöd till kommuner och regioner samt vårdgivare. Syftet är att skapa ett långsiktigt och hållbart patientsäkerhetsarbete och ge förutsättningar för att arbeta i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

### NSG patientsäkerhet

NSG patientsäkerhet ingår i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Samverkansgruppen stödjer regionernas arbete med ledning och styrning för patientsäkerhet och verkar för att det nationella patientsäkerhetsarbetet bedrivs efter gemensamma mål på ett resurseffektivt sätt, utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Det nationella patientsäkerhetsarbetet samordnas via sjukvårdsregionala samverkansgrupper för patientsäkerhet. I uppdraget ingår att bevaka patientsäkerhetsområdet och ta fram material och kunskapsstöd till regionernas arbete med patientsäkerhet.

### Löf

Löf är ett nationellt försäkringsbolag som ägs av landets regioner och som försäkrar regionfinansierad vård oavsett om utföraren är en offentlig eller privat aktör.

Löfs uppdrag är att utreda och ersätta patienter som undvikbart skadats inom regionfinansierad sjukvård eller tandvård. Enligt ägardirektivet ska Löf också stödja regioner och professionsorganisationer i deras arbete för en säkrare sjuk- och tandvård. Det sker bland annat genom riktade insatser, projekt, utbildningar och stöd till forskning.

### Kommunal samordning och stöd

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) arbetar tillsammans med representanter för de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) genom ett partnerskap mellan lokal, regional och nationell nivå. Partnerskapets syfte är att bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, till bättre stöd för implementering och till att kunskapen används.

I arbetet med patientsäkerhet är det viktigt med kontinuerlig omvärldsbevakning och att följa pågående satsningar och nya initiativ.

## Nationella uppdrag och satsningar har koppling till patientsäkerhet

I arbetet med patientsäkerhet är det viktigt med kontinuerlig omvärldsbevakning och att följa pågående satsningar och nya initiativ.

Flera pågående nationella uppdrag, satsningar och initiativ inom hälso- och sjukvården påverkar och kopplar till patientsäkerhet. I det nationella patientsäkerhetsarbetet behövs kunskap och kännedom om dessa. Det är viktigt för att kunna prioritera genomförandet av nationella åtgärder och medverka i och stärka patientsäkerhetsperspektivet i det arbete som pågår, men också för att undvika otydlighet och dubbelarbete.

Alla nationella uppdrag och satsningar med koppling till patientsäkerhet kan och bör inte utföras inom ramen för nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, utan behöver ske i redan etablerade strukturer.

Exempel på områden som påverkar och stärker

både grundläggande förutsättningar och prioriterade fokusområden för säker vård är:

- e-hälsa, exempelvis infrastruktur för hälsodata
- hälso- och sjukvårdens beredskap, inklusive försörjningsberedskap
- nationella strategier för olika diagnosområden och sakområden, exempelvis inom psykisk ohälsa och suicidprevention, cancervård, läkemedel eller antibiotikaresistens
- nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och omsorg, exempelvis kunskapsstöd och nationella riktlinjer
- omställningar av hälso- och sjukvården, exempelvis god och nära vård och förändringar i styrningen
- tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvård, exempelvis nationell vårdförmedling och produktions- och kapacitetsstyrning
- vårdens kompetensförsörjning.

### Områden för ökad nationell samordning

Det behövs ett kraftfullt arbete för ökad patientsäkerhet på nationell nivå som stödjer och stärker huvudmännens och vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete. Samverkan och samordning av nationella insatser liksom tydliga roller och ansvar kan bidra till och ge vägledning och stöd i arbetet med patientsäkerhet.

För att åstadkomma ökad samordning och stöd behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer agera inom följande områden:

- samverkan i Nationellt råd för patientsäkerhet
- insatser för utveckling av samarbete mellan nationella aktörer
- dialog och spridning av kunskap på nationell, regional och kommunal och lokal nivå
- kommunikation om insatser och resultat
- forskning och innovation inom patientsäkerhetsarbete
- internationellt patientsäkerhetsarbete.



## Kapitel 4

# Grundläggande förutsättningar för en säker vård

Fyra grundläggande förutsättningar lyfts fram för att uppnå handlingsplanens vision och övergripande mål om säker vård: engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.



A woman with short brown hair, wearing a light blue button-down shirt and dark trousers, is sitting on a white table. She is gesturing with both hands while speaking to two other people. To her left, a man with dark hair and a beard, wearing a dark pinstripe suit over a light blue shirt, is sitting on a green chair, looking towards her. To her right, a woman with blonde hair, wearing a white nurse's uniform with blue accents and a red name tag, is sitting on a green chair, also looking towards the woman on the table. The setting appears to be a bright room with large windows in the background, covered with white curtains. A white radiator is visible on the wall behind the woman on the table. The floor is made of light-colored wood.

Ledare med ett tydligt engagemang för patientsäkerhet påverkar organisationskulturen genom sin kommunikation och sina prioriteringar och beslut.



## Förutsättning Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer – från den politiska nivån via beslutsfattare och chefer på strategisk nivå i regioner, kommuner och hos vårdgivare till verksamhetschefer och andra verksamhetsnära chefer. Ledningens beslut, kunskap, agerande, förhållningssätt och ställningstaganden är avgörande för ökad patientsäkerhet.

### Ansaret för att leda säker vård finns på flera nivåer

Roll- och ansvarsfördelningen i patientsäkerhetsarbetet behöver vara tydlig på alla nivåer i organisationen, inklusive vem som ansvarar för specifika resultat. Den politiska nivån, både regionalt och kommunalt, utformar vårduppdraget med budgetar, övergripande mål och uppdrag. Huvudmän ansvarar för att erbjuda god och säker vård genom de vårdgivare som verkar inom regionen eller kommunen. Vårdgivare har det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Alla vårdgivare, oavsett driftsform, ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. I budgetarbetet behöver det systematiska patientsäkerhetsarbetet tydligt framgå, liksom kostnader för vårdskador. För detta behövs uppföljning av patientsäkerhet och

patientsäkerhetsarbete i huvudmannens och vårdgivarens verksamhet, inklusive i avtal och avtalsuppföljning för region- och kommunfinansierad hälso- och sjukvård. Vårdgivare ansvarar för att chefer i deras verksamheter har förutsättningar att utöva ett kompetent och hållbart ledarskap där resurser utvecklas i balans med kraven. Det kan handla om förutsättningar som exempelvis arbetsbelastning, kapacitet, kompetensutveckling och resurser.

### Politiker och chefer är bärare av organisationskulturen

Ledningen är tongivande förebilder och har en avgörande roll i arbetet med att stärka och upprätthålla en hög patientsäkerhet. Politiker, beslutsfattare och chefer med ett tydligt engagemang för patientsäkerhet påverkar organisationskulturen genom sin kommunikation och sina prioriteringar och beslut. Hög patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer

- med god arbetsmiljö och psykologisk trygghet
- med en kultur där medarbetare gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en robust och säker verksamhet
- där patienter och närstående är delaktiga i utvecklingsarbetet.

Ledare på alla nivåer behöver skapa förutsättningar för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Då kan patientsäkerhetsrisker, både på kort och längre sikt, identifieras och hanteras proaktivt. En del i arbetet är att efterfråga och analysera information om verksamhetens resultat, fatta faktabaserade beslut om åtgärder och ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas.

Ledare med ett tydligt engagemang för patientsäkerhet påverkar organisationskulturen genom sin kommunikation och sina prioriteringar och beslut.

### **Systemperspektiv är centralt i ledning och styrning för ökad patientsäkerhet**

Patientsäkerhet är ett ansvar för politiker, beslutsfattare och chefer och behöver beaktas i arbete på politisk, strategisk och operativ nivå. Beslut kan förutom att leda till önskvärda effekter, även skapa målkonflikter eller negativa effekter i andra delar i hälso- och sjukvårdssystemet. Därför behöver beslut som påverkar den patientnära vårdprocessen och hälso- och sjukvårdens övergripande organisering och funktion, alltid analyseras och följas upp ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Systemfaktorer som behöver beaktas i den patientnära vårdprocessen är till exempel tillräcklig bemanning med rätt kompetens och att utveckla och upprätthålla säkra processer. Andra systemfaktorer som kan påverka är arbetsmiljö, ekonomistyrning, produktionsstyrning, kompetensförsörjning, kompetensutveckling, organisationsstruktur samt resursfördelning.

### **Beslutsfattare behöver kunskap om patientsäkerhet**

Kunskap om patientsäkerhet och förståelse för ledningens centrala betydelse för en hög patientsäkerhet behövs på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Beslutsfattare, det vill säga politiker, chefer på strategisk nivå och tjänstemän i beslutsfattande positioner, behöver djup kunskap inom vissa delar av patientsäkerhetsområdet. De behöver förståelsen om vad patientsäkerhet är för att

- kunna fatta beslut, grundade i patientsäkerhetskunskap, som skapar förutsättningar för säker vård
- förstå hur deras beslut påverkar patientsäkerheten
- genom sitt agerande och prioriteringar kunna bidra till en organisationskultur som främjar patientsäkerhet.

Verksamhetschefer och andra verksamhetsnära chefer behöver djup kunskap om patientsäkerhet utifrån sitt ansvar att skapa förutsättningar för patientsäker vård, skapa en god arbetsmiljö samt för att skapa lärande organisationer.

Förutom kunskap om patientsäkerhet behövs också adekvat medicinsk kompetens i ledningen för hälso- och sjukvårdsverksamhet.



## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Huvudmän och vårdgivare som säkerställer en engagerad ledning och tydlig styrning i sina organisationer når dit utifrån sina roller och sitt ansvar, bland annat genom att:

1. efterfråga resultat över förekomst, typ och omfattning av vårdskador i verksamheterna och återkoppla resultaten inför ledningens analys och uppföljning av vidtagna åtgärder (fokusområde 1)
2. synliggöra patientsäkerhet i budgetarbetet genom att etablera metoder för ekonomisk styrning baserat på kostnader som uppstår till följd av vårdskador (fokusområde 1)
3. ha ledningssystem och bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av hälso- och sjukvården (fokusområde 2)
4. tillämpa ett systemperspektiv i organisering och design av hälso- och sjukvård (fokusområde 2)
5. säkerställa patientsäkerhetsperspektiv i beställning och upphandling av hälso- och sjukvård och i avtalsuppföljningen (fokusområde 2)
6. involvera patientföreträdare i ledningsmöten och mötesforum för utveckling av vårdens processer (fokusområde 2)
7. säkerställa en hög riskmedvetenhet och förmåga att dagligen identifiera och hantera risker på alla organisationsnivåer (fokusområde 3)
8. säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård (fokusområde 3)
9. säkerställa rutiner för riskanalys, riskhantering och beredskap i det strategiska patientsäkerhetsarbetet på alla organisatoriska nivåer (fokusområde 5)
10. beakta vilka risker för patientsäkerheten som kan uppstå som konsekvenser av planerings- och prioriteringsbeslut (fokusområde 5)
11. efterfråga och följa resultat, analysera, återkoppla och följa upp åtgärder i ett systematiskt arbete för ökad patientsäkerhet (fokusområde 4)
12. synliggöra patientsäkerhet i ledningsarbetet, exempelvis med patientsäkerhet som en stående punkt på ledningsmöten.

Aktiviteterna är utan inbördes ordning och kopplas till fokusområdena.



## Förutsättning En god säkerhetskultur

**En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Alla delar av organisationen kan bidra till en kultur som främjar patientsäkerhet.**

Organisationskulturen består av de uppfattningar och värderingar som delas av människorna i en organisation. Det kan beskrivas som ”så som vi gör saker här”. Säkerhetskultur handlar om hur organisationskulturen påverkar hur händelser och annat kopplat till säkerhet tolkas i en organisation. Den kan ha stor betydelse för hur säkerhet värderas och hanteras, och kan både främja och hindra patientsäkerheten. Säkerhetskulturen påverkar allt arbete – från högsta ledningen av hälso- och sjukvården till vårdpersonalens dagliga arbete. Alla i verksamheten, tillsammans med patienten, bidrar till säkerhetskulturen.

### Arbeta aktivt, långsiktigt och synligt med säkerhetskulturen

En god säkerhetskultur innebär att alla medarbetare i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det förutsätter en öppen dialog om risker och omständigheter som påverkar patientsäkerheten. Vid förändringar är det viktigt att i ett tidigt skede integrera patientsäkerhetsperspektivet. Arbetet för en god säkerhetskultur berör alla, oavsett roll eller yrke. Chefer och andra med ledningsansvar,

från politisk nivå till första linjens chefer, har ett uttalat ansvar för att säkerhetsfrågor tas på allvar och hanteras. De behöver prioritera frågorna och arbetet behöver vara både långsiktigt och synligt. Arbetet för ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur kräver tydlighet och uthållighet.

### Säkerhetskulturen behöver kännetecknas av

- ett aktivt arbete med att identifiera risker och vårdskador och ett lika aktivt arbete med att minimera förekomst och konsekvensen av dessa
- ett öppet arbetsklimat där medarbetarna tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- att medarbetare och chefer, på alla nivåer i organisationen, har goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete
- en organisation där alla är medvetna om risken för negativa händelser
- en organisation som lär av både negativa händelser och det som går bra.

## Förhållningssätt till varandra påverkar säkerheten

Säkerhetskultur handlar om individuella förhållningssätt, attityder till varandra och en gemensam uppmärksamhet på risker. Hur man hanterar risker och lär av både positiva och negativa händelser påverkas av hur alla

- tar ansvar och interagerar, både med kollegor och patienter
- betar sig mot varandra
- samarbetar.

Chefer behöver ta ansvar för att hantera beteenden som riskerar att skada säkerhetskulturen, samt att uppmärksamma beteenden som stärker säkerhetskulturen.

Om en patient drabbas av en vårdskada behöver patienten bli väl omhändertagen. Det är också viktigt att de medarbetare som var inblandade i händelsen får stöd. Även chefer på olika nivåer kan behöva stöd. Det bidrar till trygghet och en god säkerhetskultur. Händelser med allvarlig utgång för en patient påverkar hela organisationen och kan leda till kollektiva känslor av bristande förtroende, skuld och skam. Därför behöver allvarliga händelser hanteras på ett öppet och systematiskt sätt.

## Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop

Arbetsmiljön påverkar medarbetares förmåga att arbeta på ett sätt som främjar patientsäkerheten. Det innefattar den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

För att medarbetarna ska kunna utföra ett gott arbete med hög arbetsmotivation, behöver de rätt förutsättningar samt tid för reflektion i sitt dagliga arbete. Flera arbetsmiljöfaktorer påverkar möjligheterna att utföra ett arbete som främjar

patientsäkerheten. Det handlar om övergripande arbetsmiljöfaktorer som till exempel bemötande och beteenden, eller stöd i arbetsgruppen och från chefer. Det kan också handla om mer arbetsnära arbetsmiljöfaktorer, till exempel arbetsbelastning, roll- och ansvarsfördelning och tid för återhämtning. Om krav och resurser är i obalans kan det påverka kognitiva förmågor, situationsmedvetenhet och förmågan till beslutsfattande. Att integrera det systematiska arbetsmiljöarbetet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan medföra fördelar som förutsägbarhet och trygghet. Det kan också bidra till att personalen känner sig trygga med och förstår vikten av att rapportera risker och avvikelser som de upptäcker.

## Kulturen behöver präglas av öppenhet och ett kontinuerligt lärande

En god säkerhetskultur innebär att erfarenheter från medarbetare, patienter och närstående tas tillvara och används för lärande, utveckling och förbättring av verksamheten. Det ökar möjligheterna att lära av det som går bra och minskar risken för att upprepa händelser där risker eller vårdskador uppstår.

I en organisation med god säkerhetskultur kan medarbetare känna sig trygga med att ställa frågor, be om hjälp, dela idéer, farhågor och misstag samt lyfta missförhållanden och risker utan rädsla för negativa konsekvenser.

I en verksamhet som präglas av psykologisk trygghet är medarbetare och chefer trygga i att teamet hjälps åt och i tid kommunicerar när risker uppstår, med patientens säkerhet i fokus. Det handlar om en arbetsmiljö som präglas av en ömsesidig respekt, uppmärksamhet, ärlighet, öppenhet och ett ständigt fokus på lärande. Psykologisk trygghet leder till flera goda effekter, exempelvis ökat lärande, högre engagemang, bättre prestationer, mer innovation och ökad patientsäkerhet.



### Psykologisk trygghet

Psykologisk trygghet kan definieras som en kultur där människor känner sig bekväma med att uttrycka sig och vara sig själva. När människor upplever psykologisk trygghet på jobbet känner de sig bekväma med att ta upp farhågor och misstag, utan att behöva vara rädda för att bli förnedrade eller bestraffade. De vet att de kan ställa frågor när de är osäkra på något. De litar på och respekterar sina kollegor.

Amy C. Edmondson

"The fearless organization –

Psykologisk trygghet på jobbet"



## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Huvudmän och vårdgivare som skapar förutsättningar för en god säkerhetskultur når dit utifrån sina roller och sitt ansvar, bland annat genom att:

1. minimera negativa följd effekter genom att stödja patienter och medarbetare som varit inblandade i händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (fokusområde 1)
2. säkerställa en hög riskmedvetenhet och förmåga att dagligen identifiera och hantera risker på alla organisationsnivåer (fokusområde 3)
3. skapa forum för kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och för lärande och reflektion på alla organisationsnivåer (fokusområde 3)
4. på alla organisationsnivåer säkerställa en arbetsmiljö med en öppenhet där medarbetarna är trygga med att rapportera och diskutera risker och negativa händelser (fokusområde 3)
5. tillämpa och kontinuerligt utveckla och anpassa metoder och verktyg som stödjer ett riskmedvetet arbetssätt på alla organisationsnivåer (fokusområde 3)
6. på alla organisatoriska nivåer sammanställa information och resultat, såväl positiva som negativa, från flera olika källor (fokusområde 4)
7. säkerställa rutiner för riskanalys, riskhantering och beredskap i det strategiska patientsäkerhetsarbetet på alla organisatoriska nivåer (fokusområde 5)
8. bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete (fokusområde 5)
9. stimulera till och tillvarata idéer och utvecklingsförslag
10. prioritera arbetet för ökad patientsäkerhet och en god säkerhetskultur och se till att det är synligt och uthålligt bland alla chefer och andra med ledningsansvar, från politiker till första linjens chefer
11. skapa förutsättningar för personalen att kunna arbeta systematiskt för att verksamheten ska hålla en hög patientsäkerhet
12. hantera beteenden som riskerar att skada säkerhetskulturen och att uppmärksamma beteenden som stärker säkerhetskulturen.

Aktiviteterna är utan inbördes ordning och kopplas till fokusområdena.



## Förutsättning Adekvat kunskap och kompetens

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge en god och säker vård. En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det, på såväl kort som lång sikt, finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens. Adekvat kompetens innebär att personal har rätt utbildning, kunskap, erfarenhet, färdigheter och förhållningssätt för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till säker vård. Verksamheter med god arbetsmiljö, där personalen ges möjlighet att utveckla och använda sin kompetens, främjar engagemang och bidrar till en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

### Förändringar ställer krav på kontinuerlig kompetensutveckling

Yrkeskompetens innebär att medarbetare har den kunskap och förmåga som krävs för att utföra sina arbetsuppgifter utifrån sina roller och ansvar. Inom hälso- och sjukvården sker förändringar som kräver kontinuerlig kunskapsutveckling, till exempel en mer personcentrerad och samordnad hälso- och sjukvård med personal från olika vårdgivare samt en alltmer avancerad vård i patientens hem. Digitaliseringen och annan teknisk utveckling, med ökade möjligheter till digitala vårdmöten och behandling via digitala tjänster, medför också nya kompetensbehov. Sammantaget påverkar olika förändringar

förutsättningarna för både kompetensförsörjning som patientsäkerhetsarbete.

Introduktionsprogram för nyutexaminerade och nyanställda, kontinuerlig fortbildning för alla yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården samt att stärka kontinuitet och yrkeserfarenhet främjar både förmågan till anpassningar och kompetensförsörjningen.

### Alla som arbetar i hälso- och sjukvården behöver kompetens inom patientsäkerhet

Kompetens är kunskap, färdigheter och förhållningssätt. Utöver yrkeskompetens inom områden som medicin, omvårdnad eller ledarskap, behöver de som arbetar inom hälso- och sjukvården även specifik kompetens om patientsäkerhet. Den behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer, beslutsfattare och politiker för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet och bidra till en säker vård.

Med kompetens om patientsäkerhet kan hälso- och sjukvårdspersonalen ställa krav på och bidra till en trygg arbetsplats och säker vård för patienterna. En ökad medvetenhet och mer kunskap om risker samt förmåga att hantera dessa förutsätter även kunskap om förbättrings- och implementeringsarbete.

Chefer, beslutsfattare på alla organisatoriska nivåer och politiker behöver kompetens om patientsäkerhet för att förstå hur deras beslut



påverkar patientsäkerheten, fatta beslut som möjliggör säker vård samt genom agerande och prioriteringar bidra till en organisationskultur som främjar patientsäkerhet.

En viktig kompetens för en ökad patientsäkerhet är kunskap och förmåga att göra patienter och närstående delaktiga i vården, ta tillvara deras erfarenhet och inkludera dem som en resurs i patientsäkerhetsarbetet.

### Utbilda och fortbilda i patientsäkerhet

För att stärka kompetensen behöver patientsäkerhet integreras mer i utbildning och fortbildning till alla som arbetar i hälso- och sjukvården. Arbetet behöver vara långsiktigt, samordnat och involvera huvudmän, vårdgivare samt utbildningsanordnare på gymnasie-, grund- och avancerad nivå.

### Kunskapsområdet patientsäkerhet

Kunskapsområdet patientsäkerhet och vilka kompetenser som är relevanta för olika personalkategorier beskrivs i de nationella kompetensmålen för patientsäkerhet. Kunskapsområdet patientsäkerhet är indelat i 15 kompetensområden som tillsammans utgör en helhet. Kompetensområdena tydliggör hur patientsäkerhet relaterar till andra viktiga kunskapsområden inom hälso- och sjukvården, exempelvis förbättringskunskap, ledarskap, kommunikation, arbetsmiljökunskap med flera.



Mer information om nationella kompetensmål för patientsäkerhet finns på *Socialstyrelsens webbplats*.

## Kompetensområden i patientsäkerhet

1. Patientsäkerhet: definitioner, begrepp och perspektiv
2. Ansvar, skyldigheter och roller inom patientsäkerhet
3. Systemförståelse, teorier och ramverk
4. Patienter och närstående som medskapare
5. Människans prestationsförmåga
6. Teamarbete och kommunikation
7. Organisationskultur och patientsäkerhet
8. Risker och riskmedvetenhet
9. Identifiera, utreda och lära av det som hänt
10. Följa och utvärdera patientsäkerhet
11. Säkra processer och arbetssätt
12. Teknik och patientsäkerhet
13. Att leda och styra säker vård
14. Beredskap och patientsäkerhet
15. Riskområden och vårdskador samt specifika situationer

### Teamarbete en förutsättning för hög patientsäkerhet

Teamarbete, där alla bidrar med sin specifika kompetens, är en av de vanligaste arbetsformerna i hälso- och sjukvården. Team kan finnas nära patienten, överbrygga olika delar av patientens vårdförlopp eller finnas på ledningsnivå. Bemanningsplanering, schemaläggning och sammansättning av team behöver ta hänsyn till teammedlemmarnas individuella yrkeskunskap, kompetens och erfarenhet, för att skapa förutsättningar för en bredd av kompetenser och erfarenheter. Det ställer krav på samarbete över verksamhets- och professionsgränser. Teamträning behöver påbörjas under grundutbildningen och sedan fortsätta genom hela yrkeslivet för att stärka samarbete och säkerhet i vården.

### Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behövs

Tekniska färdigheter innefattar kunskap om exempelvis att utföra diagnostiska undersökningar, bedöma fynd och genomföra procedurer. Det handlar också om förmågan att säkert hantera medicinteknisk utrustning och digitala hjälpmedel i det patientnära arbetet.

Icke-tekniska färdigheter handlar om situationsnärvaro, kommunikation, ledarskap, beslutsfattande, teamarbete, stresshantering, problemlösning och bemötande. Det handlar också om förmåga att förstå och sätta sig in i patientens behov.

För en säkrare vård behövs både tekniska och icke-tekniska färdigheter, som kontinuerligt behöver tränas och utvecklas.



## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Huvudmän och vårdgivare som säkerställer adekvat kunskap och kompetens i sina organisationer når dit utifrån sina roller och sitt ansvar, bland annat genom att:

1. säkerställa att det finns kompetens för att kunna identifiera och utreda vårdskador i verksamheterna (fokusområde 1)
2. arbeta kunskapsbaserat och kontinuerligt utveckla, anpassa och tillämpa processer och rutiner som gör det lättare att göra rätt och svårare att göra fel (fokusområde 2)
3. säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom handledning, kompetensöverföring och kontinuerlig kompetensutveckling för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård (fokusområde 3)
4. säkerställa förutsättningar för träning av tekniska och icke-tekniska färdigheter, både vid introduktion av nyanställda och som del av det dagliga arbetet (fokusområde 3)
5. på alla organisatoriska nivåer ha kompetens och resurser för att genomföra analyser, bearbeta resultat och ta ställning till åtgärder (fokusområde 4)
6. säkerställa färdighetsträning, simulering och kompetensutveckling (fokusområde 5)
7. ha en god framförhållning i kompetensförsörjningen (fokusområde 5)
8. involvera patienter och närstående som en resurs i utbildning, fortbildning och kompetensutveckling.

Aktiviteterna är utan inbördes ordning och kopplas till fokusområdena.



## Förutsättning Patienten som medskapare

**Patientens och närståendes delaktighet är en grundläggande förutsättning för god och säker vård. Att se patienten som medskapare handlar om att involvera och göra patienter och närstående delaktiga i vård och behandling. Det handlar även om att involvera och göra dem delaktiga i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och i vårdens utformning på alla nivåer.**

Att bemöta patienten med respekt och erbjuda vård på lika villkor bygger tillit och förtroende. Aspekter som tillgänglighet, samordning och kontinuitet är också viktiga.

Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, insatt och deltar aktivt i sin vård och behandling och kan påverka vården utifrån sina önskemål och förutsättningar. Även närstående har en central roll, i de fall patienten vill det.

### Patienten har en unik kunskap

Patienten rör sig ofta inom och mellan vårdgivare och är den enda som upplever hela vårdresan och har en fullständig bild. Patientens berättelse och hens behov och resurser är avgörande. Relationen mellan patient och personal behöver präglas av empati, förståelse och ömsesidig respekt.

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Formerna för och graden av patientens delaktighet behöver utgå från patientens behov, önskemål och förutsättningar. En patient som inte vill eller kan

delta aktivt i sin vård och behandling ska ändå få lika anpassad vård, genom att personalen säkerställer att patientens perspektiv tas tillvara.

### Involvera patienten mer i vård och behandling

En patient som har god insikt i varför och hur olika moment i undersökning och behandling genomförs, bidrar till att vårdförloppet blir som planerat och till att avvikelser kan upptäckas och åtgärdas. Den välinformerade patienten har också bättre förutsättningar att delta aktivt i sin egen vård.

För att kunna vara delaktig i sin vård behöver patienten få anpassad information om sin vård, behandling och eventuella risker. Det är därför viktigt med kommunikation och att ha en dialog för att involvera patienten, efterfråga synpunkter och erfarenheter, dela med sig av sin kunskap och så långt det är möjligt utforma vården tillsammans med patienten.

### Patientens roll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Vårdgivaren ska erbjuda patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet samt ska ta emot synpunkter och klagomål. Vid händelser som har medfört en allvarlig vårdskada ska vårdgivaren i utredningen inkludera patientens beskrivning och upplevelse av händelsen.

Att inkludera företrädare för patienter och närstående i det övriga systematiska patientsäkerhetsarbetet är avgörande för säkrare vård, exempelvis vid riskanalyser av olika slag. Patienter och närstående har andra perspektiv och ser risker som hälso- och sjukvårdspersonalen kanske inte uppmärksammar. Deras insikter och observationer är värdefulla och det är angeläget att använda dem i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren behöver på olika sätt uppmuntra och involvera patienterna och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Till exempel genom att ha rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdssituationen. Brister i kommunikation mellan patienter och vårdpersonal kan leda till allvarliga konsekvenser, till exempel i situationer där patienter inte har förstått, fått möjlighet att be om eller vågat efterfråga ytterligare information, medan personalen tror sig ha informerat och att patienten tagit till sig informationen. Ett konkret exempel på hur patientens synpunkter tas tillvara är en systematisk hantering av synpunkter och klagomål för att fånga upp förbättringsförslag och brister som en del av arbetet med att identifiera risker och utreda händelser i vården.

### **Gör patienten delaktig på alla nivåer i vårdssystemet**

Patienten som medskapare innebär att patienten är delaktig på varje nivå i vårdssystemet:

i mötet mellan patienten och personalen, på verksamhetsnivå samt på kommunal, regional och nationell nivå. Patienten behöver involveras vid verksamhetsutveckling, planering av ny hälso- och sjukvård, i utbildning av personal, forskning och utformning av policyer och reglering av hälso- och sjukvård. Det är centralt att patienterna kommer in tidigt i processerna.

Flera myndigheter och nationella organisationer har uppdrag som direkt kopplar till patienter. Det kan till exempel handla om att ha rutiner för att aktivt uppmana patienter och närstående att fråga och ifrågasätta om det är något de undrar över eller känner sig tveksamma till i vårdssituationen.

### **Patienten är en underutnyttjad kunskapskälla**

Hälso- och sjukvården behöver bättre ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och resurser i patientsäkerhetsarbetet och stärka patienternas ställning. Metoder och stöd för att arbeta med patient- och närståendemedverkan finns, men kan användas i större utsträckning. Det finns också behov av att utveckla både befintliga och nya metoder för att skapa fler förutsättningar för patienter att vara medskapare dels i sin egen vård och dels i patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer och aktivt bidra till en säkrare vård. Patient- och närståendeperspektivet kan bäras av såväl enskilda patienter som företrädare för patient- och närståendorganisationer.



I grunden handlar det om kultur. Det spelar ingen roll hur välinformerad patienten är om det inte välkomnas i hälso- och sjukvården.

*Citat från patientrepresentant*



## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Huvudmän och vårdgivare som involverar patienten som medskapare når dit utifrån sina roller och sitt ansvar, bland annat genom att:

1. minimera negativa följd effekter genom att stödja patienter som varit inblandade i händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (fokusområde 1)
2. systematiskt efterfråga, sammanställa, analysera och använda patienters och närståendes synpunkter, klagomål på och upplevelser av vården (fokusområde 1)
3. ha rutiner för att involvera företrädare för patienter och närstående i planering och utformning av processer samt i vårdens ledningsforum (fokusområde 2)
4. ha processer för arbetssätt där medarbetare och chefer involverar patienter och närstående i att identifiera och hantera risker (fokusområde 3)
5. på alla organisatoriska nivåer involvera företrädare för patienter och närstående i analys av resultat från egenkontroll, utformning och uppföljning av åtgärder (fokusområde 4)
6. involvera företrädare för patienter och närståendes i riskanalys och i planering och hantering av krissituationer (fokusområde 5).

Aktiviteter är utan inbördes ordning och kopplas till fokusområdena.

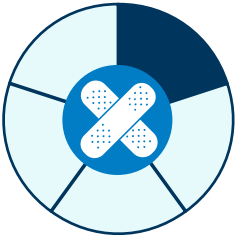


## Kapitel 5

# Prioriterade fokusområden

Handlingsplanen innehåller fem prioriterade fokusområden som kan stärka arbetet för en säkrare vård. Dessa utgår från de huvudsakliga utmaningarna inom patientsäkerhetsarbetet och utgör en struktur för huvudmännens och vårdgivarnas aktiviteter samt handlingsplanens nationella åtgärdsområden.





## Fokusområde 1

# Öka kunskap om inträffade vårdskador

### Detta fokusområde syftar till att

- öka kunskapen om vårdskador
- ge underlag till analys av bakomliggande orsaker till vårdskador
- förbättra möjligheterna att följa förekomsten av vårdskador.

Fokusområdet handlar om att ha kunskap om vårdskador, som drabbar patienterna när vårdens resultat inte motsvarar det förväntade, och kunna följa utvecklingen av vårdskador över tid. Förutsättningarna för det förebyggande arbetet ökar genom att utreda händelser, identifiera vårdskador och deras bakomliggande orsaker och sammanställa resultaten. Underlaget har betydelse för att utforma åtgärder och prioritera insatser för att undvika att vårdskadorna inträffar igen.

### Kännedomen om vårdskador varierar

Relativt mycket kunskap finns om vårdskadorna inom somatisk sjukhusvård och psykiatrisk vård för vuxna. Inom andra delar av hälso- och sjukvården är kunskapen begränsad, till exempel inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, barnsjukvård, prehospital vård och tandvård. Hälso- och sjukvården går igenom struktur- och organisationsförändringar, bland annat centralisering och flytt av vård från sjukhus till andra vårdformer. Det innebär nya vårdssituationer och därmed nya risker för vårdskador. Därför

behövs ett kontinuerligt, utvecklat och systematiskt arbete för att identifiera vårdskador och förebygga vårdskador.

### Patienterna är en kunskapskälla

Patienters och närståendes upplevelser och erfarenheter från vården är en underutnyttjad kunskapskälla. Klagomål och synpunkter används i otillräcklig omfattning för att identifiera risker och förebygga vårdskador. För att synpunkter, klagomål och patienterfarenheter ska bidra till lärande, utveckling och stärkt patientsäkerhet behövs samverkan mellan regioner, kommuner, patientnämnder och berörda myndigheter vad gäller analys och återkoppling.

### Åtgärder behövs på alla organisatoriska nivåer

För att minska risken att vårdskador upprepas behövs ett systemperspektiv i utformning av åtgärder, både i den patientnära vården och i andra delar av organisationen. Det kräver kunskap om vårdskador och omfattningen av dem på verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå. Det behövs även på nationell nivå för att kunna följa läget och vägleda insatser.

Följder och hantering av vårdskador kräver extra resurser. Beräkning av kostnader för vårdskador och ekonomiska analyser kan ge underlag för att prioritera och fatta beslut om förebyggande insatser.



## Chefernas förhållningssätt är avgörande

Chefers förhållningssätt och beslut är avgörande för hög patientsäkerhet. De är tongivande och stärker en kultur som främjar patientsäkerhet bland annat genom att

- efterfråga och analysera information om förekomsten av vårdskador i verksamheten
- fatta faktabaserade beslut om åtgärder
- ta ansvar för att åtgärder genomförs och utvärderas.

## Utveckla metoder för att identifiera vårdskador

För att identifiera, utreda, analysera och sammanställa vårdskador krävs ett systematiskt arbetssätt, som i sin tur förutsätter rätt kompetens för uppgiften.

Att granska vårdförlopp i patientjournaler är

ett sätt att systematiskt identifiera vårdskador, exempelvis med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG).

Avvikelsehantering är en metod för arbete med kvalitet och patientsäkerhet i vården. Avvikelsehantering i sig är dock inte tillräcklig, vare sig som ensam källa för att identifiera vårdskador eller som metod för att förbättra patientsäkerheten.

Vårdskador kan bland annat identifieras med utgångspunkt i

- utredning av händelser
- markörbaserad journalgranskning
- klagomål och synpunkter till vårdgivare och patientnämnderna
- anmälningar till Lof och IVO
- kvalitetsregister
- avvikelserapportering.

Både befintliga och nya metoder för att identifiera, utreda och följa upp vårdskador behöver utvecklas. Därutöver är det viktigt att använda digitala verktyg när det är möjligt, för att effektivisera arbetet. Det gäller identifiering av vårdskador, exempelvis från patientjournaler, och för att sammanställa resultaten.

### Stöd för att minimera negativa följd effekter

Vårdskador ger omedelbara konsekvenser för drabbade patienter. Det finns ingen samlad bild av vilka konsekvenser och vilket lidande som vårdskador orsakar, och patienterna tillfrågas inte systematiskt om detta.

Även medarbetare som varit inblandade i händelser med vårdskador kan drabbas av negativa följder, till exempel känslan av att ha svikit patienten och oro över förmågan att utföra sitt arbete. För att minska de negativa följderna behövs rutiner som stödjer de inblandade.





## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Ökad kunskap om förekomst, typ och omfattning av vårdskador når huvudmän och vårdgivare, utifrån sitt ansvar och sina roller, bland annat genom att:

1. ha rutiner i ledningssystemet för att identifiera, utreda och åtgärda händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskador, med tydlig beskrivning av ansvarsfördelningen för de olika aktiviteterna
2. använda adekvata metoder för att identifiera, utreda och sammanställa vårdskador eller risker för sådana händelser
3. efterfråga resultat över förekomst, typ och omfattning av vårdskador i verksamheterna och återkoppla resultaten inför ledningens analys och uppföljning av vidtagna åtgärder
4. säkerställa att det finns kompetens för att kunna identifiera och utreda vårdskador i verksamheterna
5. säkerställa en arbetsmiljö med en öppenhet där medarbetarna är trygga med att rapportera och diskutera negativa händelser
6. minimera negativa följd effekter genom att stödja patienter och medarbetare som varit inblandade i händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada
7. systematiskt efterfråga, sammanställa, analysera och använda patienters och närståendes synpunkter, klagomål på och upplevelser av vården
8. ha överenskommelser kring samverkan i vårdprocesser vid utredning av risk för vårdskada och vårdskada i gemensamma vårdkedjor
9. stimulera till och tillvarata idéer och utvecklingsförslag av tekniska möjligheter för att underlätta arbetet med att identifiera, sammanställa och överblicka vårdskadeförekomst
10. etablera arbetssätt för att analysera kostnader för vårdskador.

Aktiviteterna ovan är utan inbördes ordning.

### Nationella åtgärdsområden i fokusområde 1

För att stödja huvudmäns och vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom fokusområde 1 behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser inom följande nationella åtgärdsområden:

- identifiering och utredning av vårdskador
- beräkning och synliggörande av kostnader för vårdskador
- arbetssätt för att på systemnivå identifiera och utreda vårdskador i samverkan över organisationsgränser
- metoder och it-stöd för identifiering, sammanställning, analys samt visualisering av data kring vårdskador.



## Fokusområde 2

# Tillförlitliga och säkra system och processer

### Detta fokusområde syftar till att

- hälso- och sjukvården har processer och arbetssätt som bidrar till patientsäkerhet
- minska oönskade variationer i arbetssätt och utfall
- bidra till sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård.

Fokusområdet handlar om att vården är organiserad med system och processer som stärker patientsäkerhet i det dagliga arbetet genom att minska oönskad variation i utförande och resultat. När vårdens system och processer är tillförlitliga är de kunskapsbaserade, kända och inarbetade i organisationen.

### Huvudmannen ansvarar för god vård

Huvudmannen har ett övergripande ansvar för att invånarna får en god vård. Även vid avtal med andra aktörer som ska utföra uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL, stannar huvudmannaansvaret kvar hos huvudmannen. Det är centralt att som huvudman säkerställa att invånarna får en god vård. Detta kan till exempel säkerställas genom att ha ett patientsäkerhetsperspektiv vid beställning, upphandling och i avtalsuppföljning av hälso- och sjukvård.

- Med system avses här är ett antal komponenter som tillsammans samverkar för ett gemensamt mål (eller liknande).
- En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.
- Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.
- Med arbetssätt menas här hur aktiviteter utförs.

### Varje vårdgivare ska ha ett ledningssystem

Vårdgivaren ansvarar för att ha och använda ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten i verksamheten. Det innebär bland annat att identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. I varje process ska vårdgivaren identifiera de aktiviteter som ingår. För varje aktivitet ska vårdgivaren utarbeta och fastställa de rutiner som behövs. Vårdgivaren ska också fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan

medföra brister i verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Oönskad variation i arbetssätt kan innebära risk för vårdskador. Ledningssystemets beskrivning av fastställda processer, aktiviteter och utarbetade rutiner bidrar till förutsägbarhet och därmed minskad oönskad variation.

### **Design av processer behöver ha ett systemperspektiv**

Hälso- och sjukvården är ett komplext system där olika delar och nivåer samverkar och påverkar varandra. Förändringar som uppstår i en del av systemet kan få såväl positiva som negativa konsekvenser i andra delar av systemet. För en hög patientsäkerhet behövs därför ett systemperspektiv och samsyn i design och utveckling av såväl organisation som av processer. Systemperspektiv innebär förståelse för hur olika delar i systemet påverkar och samverkar med varandra samt förmågan att identifiera möjliga lösningar, deras konsekvenser och målkonflikter på olika nivåer i systemet. Det innebär att vårdgivare behöver samverka vid utveckling och förändring av processer och aktiviteter.

### **Processer och rutiner behöver omprövas kontinuerligt**

Tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapar förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap.

Kunskapsutvecklingen, den tekniska och digitala utvecklingen samt förändringar av vårdens organisation påverkar patientsäkerheten. Huvudmän och vårdgivare behöver kontinuerligt ompröva etablerade processer och arbetssätt, behovet av lokaler och utrustning samt av bemanning och kompetens.

När processer eller aktiviteter ska förändras måste patientsäkerhetsaspekter integreras

och beaktas från början. Exempelvis behöver användarvänlighet och användarcentrerad design beaktas vid upphandling av medicintekniska produkter. När nya metoder, utrustning, arbetssätt och rutiner införs behövs riktade insatser till berörda yrkesgrupper. Det är lika viktigt att systematiskt utfasa metoder, arbetssätt och hälso- och sjukvårdsåtgärder med liten, tveksam eller ingen nytta för patienten och som i vissa fall till och med kan vara skadliga. För säkert och effektivt införande respektive utfasning behövs ett aktivt arbete med riktade insatser och uppföljning av effekter.

### **Säkra vårdförlopp kräver samordning**

En sammanhållen vård som säkerställer både kontinuitet och tillgänglighet för patienten är en viktig grund för en god och säker vård. Patienter, närstående och personal ska kunna lita på att samordning, kommunikation och informationsutbyte fungerar säkert och effektivt. Det gäller såväl inom enheter som över organisatoriska gränser samt inom och mellan vårdgivare och huvudmän. Det förutsätter ett samarbete och att det finns strukturer, processer och rutiner som möjliggör handlingskraft och bidrar till förmåga att lösa problem när de uppstår. Det behövs också välfungerande och tillgängliga vårddokumentationssystem.

### **Involvera patienter i utformning av processer och rutiner**

Patienten som medskapare i tillförlitliga och säkra system och processer innebär att företrädare för patienter och närstående är delaktiga på alla organisatoriska nivåer. Förutom delaktighet i den egna vården och samordnad vårdplanering kan det innebära involvering vid planering och utformning av personcentrerade processer och rutiner. Här ingår också att företrädare för patienter och närstående bjuds in att medverka på ledningsmöten och i utvecklingsarbeten.





## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Tillförlitliga och säkra system och processer når huvudmän och vårdgivare, utifrån sitt ansvar och sina roller, bland annat genom att:

1. ha ledningssystem och bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i alla delar av hälso- och sjukvården
2. arbeta kunskapsbaserat och kontinuerligt utveckla, anpassa och tillämpa processer och rutiner som gör det lättare att göra rätt och svårare att göra fel
3. tillämpa ett systemperspektiv vid organisering och design av hälso- och sjukvårdens processer
4. ha rutiner för att involvera företrädare för patienter och närstående i planering och utformning av processer samt i vårdens ledningsforum
5. arbeta systematiskt med produktions- och kapacitetsstyrning för god tillgänglighet
6. vara organiserade för samverkan och en sammanhållen vård med rutiner och ansvarsfördelning på olika organisatoriska nivåer
7. säkerställa ett patientsäkerhetsperspektiv i beställning och upphandling av hälso- och sjukvård och i avtalsuppföljningen
8. införa respektive fasa ut metoder, utrustning och rutiner på ett systematiskt och säkert sätt
9. kontinuerligt följa tillförlitlighet i processer, och följsamhet till riktlinjer och rutiner
10. stimulera till och tillvarata idéer och utvecklingsförslag för processer och arbetssätt som bidrar till säker vård
11. avsätta ekonomiska medel för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i budget.

Aktiviteterna ovan är utan inbördes ordning.

### Nationella åtgärdsområden i fokusområde 2

För att stödja huvudmäns och vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom fokusområde 2 behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser inom följande nationella åtgärdsområden:

- verktyg, metoder och arbetssätt för systematiskt patientsäkerhetsarbete
- processer och arbetssätt som bidrar till hög patientsäkerhet
- utfasning av vård som innebär risker eller inte skapar värde för patienter
- patientsäker innovation och användning av medicintekniska produkter med ett MTO-perspektiv (MTO står för människa, teknik, organisation)
- patienter och närståendeeinvolvering i utveckling av processer samt i vårdens ledningsforum.





## Fokusområde 3

# Säker vård här och nu

### Detta fokusområde syftar till att

- öka medvetenheten och förmågan att uppmärksamma och agera på risker och förändringar i dagligt arbete
- öka kompetensen om patientsäkerhet
- öka förmågan att agera utifrån sin roll och ansvar.

Fokusområdet handlar om att i det dagliga arbetet ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser eller förändringar kan inträffa, liksom att kunna hantera dem och agera här och nu. Till skillnad från fokusområde 5, som fokuserar på planering och förberedelser för att vara redo när något inträffar eller förändringar genomförs, handlar fokusområdet om anpassningar här och nu.

### Säker vård kräver ständiga anpassningar

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation, där förutsättningarna för säker vård kan förändras snabbt. Det är avgörande att hälso- och sjukvården kan anpassa arbetssätt för att upprätthålla patientsäkerhet genom att identifiera och hantera risker även vid påfrestningar eller ändrade förutsättningar. Det finns många faktorer som påverkar verksamheterna, till exempel bemanningsläget, patienternas behov eller it-problem.

För att en verksamhet ska fungera effektivt

krävs hela tiden överblick och anpassning till förändringar. I hälso- och sjukvården är variationer och anpassningar en normal del av det dagliga arbetet.

För att kunna hantera risker behöver metoder och verktyg ständigt anpassas och tillämpas utifrån specifika förutsättningar i vårdens olika delar. Det bidrar till förståelse för hur säker vården är i det dagliga arbetet och möjligheten att hantera risker. Det kan till exempel handla om metoder för riskbedömning, lättillgängliga och aktuella data, patientsäkerhetsronder, arenor för dialog om säkerhet, samtal och avstämningar i arbetsgrupper, team och mellan chefer och medarbetare.

### Organisera verksamheten så att risker kan identifieras och hanteras fortlöpande

Alla har ett personligt ansvar för att bidra till en säker vård, oavsett vilken roll man har i organisationen. Men individer kan inte prestera bättre än vad omgivningen medger. Därför måste chefer på alla nivåer skapa de förutsättningar som krävs för att tillsammans med medarbetarna kunna identifiera och hantera risker för patientsäkerheten. Som chef är det centralt att ha en tydlig bild av verksamheten, förstå den ständiga variationen som alltid finns och när variationer medför en risk för patientsäkerheten. Det är därför viktigt att veta var verksamheten befinner sig i ett givet läge i förhållande till vad som anses vara en acceptabel risknivå.

### Riskmedvetenhet

Där hälso- och sjukvård bedrivs finns det risker. Riskerna för patientsäkerheten ser olika ut i olika delar av hälso- och sjukvården. Olika verksamheter har olika förutsättningar. Risker utvecklas också i olika tidsperspektiv. Vissa risker uppstår här och nu, i det dagliga arbetet. Andra risker utvecklas över längre tid. Vissa risker är förväntade medan andra inte är det. Nya risker uppstår hela tiden. När en risk åtgärdas skapas samtidigt andra, men det kan vara svårt att förutsäga vilka. Vissa risker syns, men dolda och okända risker förekommer hela tiden.

### Riskmedvetenhet kräver kompetens

Riskmedvetenhet och förmåga att hantera variationer och risker kräver både yrkeskunskap och kunskap om patientsäkerhet. Det gäller hälso- och sjukvårdspersonal, personer som arbetar i hälso- och sjukvårdens stödfunktioner, chefer och beslutsfattare samt politiker.

Arbetsgruppens förmåga att identifiera och hantera risker när de uppkommer och att anpassa arbetssätt för att hantera risksituationer stärks av

- välfungerande introduktion av nyanställda
- systematiskt införande av nya arbetsuppgifter
- goda förutsättningar att utveckla och fördjupa sin kompetens och dela med sig av erfarenheter
- kontinuerlig träning av såväl tekniska som icke-tekniska färdigheter.

### Höj riskmedvetenheten genom öppenhet och dialog

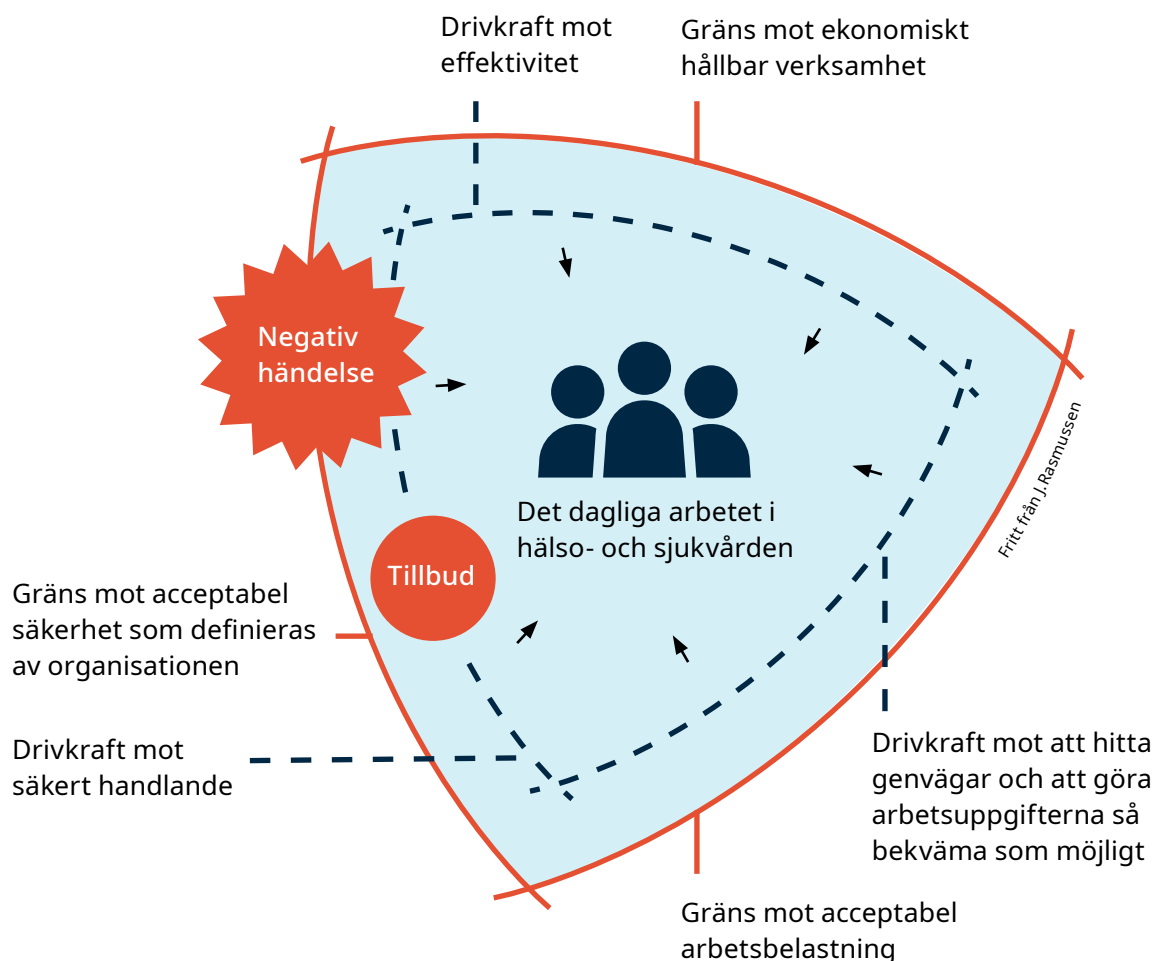
Ledning och styrning på alla organisatoriska nivåer behöver skapa förutsättningar för att hela tiden upprätthålla patientsäkerheten. För att både

chefer och medarbetare ska kunna uppmärksamma och hantera de risker som kan uppstå krävs en öppen dialog om situationer och omständigheter som kan påverka patientsäkerheten. Det förutsätter en god arbetsmiljö och en säkerhetskultur som kännetecknas av en öppenhet där medarbetare i det dagliga arbetet

- tryggt kan rapportera risker och negativa händelser
- kan diskutera och ställa frågor om säkerhet
- inte skuldbelägger varandra
- bidrar utifrån sin roll och specifika kompetens.

### Patienter och närstående bidrar till att identifiera risker

Patienter som förstår syftet med sin utredning och behandling – vad som kommer att hända och vilka möjliga risker som finns – kan uppmärksamma personalen på när något inte stämmer. Patienters och närståendes erfarenhet och kunskap bidrar till en gemensam bild av vårdsituationen och vilka risker den kan innebära.



Figuren illustrerar hur det dagliga arbetet i hälso- och sjukvården påverkas av krav på ekonomisk effektivitet, arbetsmängd och säkerhetskrav. Systemet rör sig utåt mot gränsen till det oacceptabla (till exempel ekonomisk kollaps, oacceptabel arbetsmängd eller en olycka) och inåt, mot gränsen för det acceptabla. Exakt var ett system befinner sig kan vara svårt att avgöra på grund av dynamiken i systemet. Den avgörande aspekten ur ett säkerhetsperspektiv i hälso- och sjukvården är att förstå var man befinner sig i relation till gränsen mot olycka.





## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

En säker vård här och nu når huvudmän och vårdgivare, utifrån sitt ansvar och sina roller, bland annat genom att:

1. säkerställa en hög riskmedvetenhet och förmåga att dagligen identifiera och hantera risker på alla organisatoriska nivåer, exempelvis genom att
  - chefer har och tillämpar rutiner för daglig riskhantering
  - skapa forum för kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker och för lärande och reflektion
  - säkerställa en arbetsmiljö med en öppenhet där medarbetarna är trygga med att rapportera och diskutera risker och negativa händelser
  - tillämpa och kontinuerligt utveckla och anpassa metoder och verktyg som stödjer ett riskmedvetet arbetssätt
2. säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet genom handledning, kompetensöverföring och kontinuerlig kompetensutveckling för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård
3. säkerställa förutsättningar för träning av tekniska och icke-tekniska färdigheter, både vid introduktion av nyanställda och som del av det dagliga arbetet
4. tillämpa och situationsanpassa bemanning och schemaläggning som utgår från medarbetarnas kompetens och erfarenhet
5. ha processer för arbetssätt där medarbetare och chefer involverar patienter och närstående i att identifiera och hantera risker
6. stimulera till och tillvarata idéer och förslag för utveckling av riskmedvetet arbetssätt här och nu.

Aktiviteterna ovan är utan inbördes ordning.

### Nationella åtgärdsområden i fokusområde 3

För att stödja huvudmäns och vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom fokusområde 3 behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser inom följande nationella åtgärdsområden:

- kommunikation och information som ökar medvetenheten och kunskapen kring patientsäkerhet
- verktyg och arbetssätt för riskidentifiering och riskhantering här och nu
- patienters och närståendes delaktighet för att identifiera och hantera risker
- målgruppsanpassad utbildning och fortbildning i patientsäkerhet
- kliniskt verksamhetsintegrerad forskning om patientsäkerhet.



## Fokusområde 4

### Stärka analys, lärande och utveckling

Detta fokusområde syftar till att

- identifiera systemfaktorer och risker som påverkar patientsäkerheten
- öka det individuella och organisatoriska lärandet om risker och systemfaktorer som påverkar patientsäkerheten.

Fokusområdet handlar om att analys och lärande av resultat och erfarenheter är en del av det kontinuerliga arbetet inom hälso- och sjukvården i syfte att utveckla patientsäkerheten. Fokusområdet blickar också framåt och handlar om arbete för att göra vården säker i framtiden. För det behövs bland annat information om verksamhetens utförande och resultat från olika källor samt ett systemperspektiv.

#### Resultaten av analyserna ska bidra till lärande och utveckling

En förutsättning för det förebyggande patient-säkerhetsarbetet är att kontinuerligt analysera och lära från resultat och erfarenheter. Det innefattar även att analysera hur det praktiska arbetet genomförs och vad som bidrar till säkerhet och goda resultat men också till risker. Genom att använda analyser och slutsatser för att identifiera faktorer som leder till risker, avvikelser, vårdskador, säkerhet, robusthet och goda resultat kan verksamheten utvecklas på ett sätt som förbättrar patientsäkerheten.

#### Olika källor ger en bild av patientsäkerheten

För att förstå hur olika faktorer i systemet påverkar patientsäkerheten och för att identifiera möjliga lösningar behöver information, såväl positiv som negativ, hämtas från olika källor. Med informationen går det att analysera och få förståelse och kunskap om orsaker till risker, identifiera samband och kunna prioritera och utarbeta arbetssätt som främjar patientsäkerheten. Det kan till exempel handla om resultat från:

- anpassningar som fungerar bra
- medarbetarundersökningar
- egenkontrollen
- inhämtade erfarenheter från patienter och närstående och sammanställningar av synpunkter och klagomål
- riskanalyser
- utredningar av händelser och avvikelser
- data om vårdskador
- kvalitetsregister
- trender och mönster i data
- forskning och HTA-analyser (health technology assessment).

## Särskild kunskap och kompetens behövs i analysarbetet

Kompetens, kapacitet och organisation för att sammanställa, analysera och värdera data som är relevanta för patientsäkerhetsarbetet måste finnas på flera organisatoriska nivåer. Ett övergripande perspektiv med analyser på olika nivåer i organisationen är avgörande för att även inkludera systemfaktorer i underlaget för utvecklingsarbetet. Det kan då uppstå ett behov av nya metoder för datainsamling och analys, exempelvis forskning kan ge underlag till utveckling.

För att öka kunskapen och lärandet om systemfaktorer i vårdkedjan är det viktigt att genomföra analyser tillsammans med aktörer från olika delar av huvudmannens hälso- och sjukvårdsverksamhet. I kommunerna bör även aktörer från socialtjänsten ingå i detta arbete. Gemensamma analyser av data från relevanta informationskällor kan ge en viktig grund för prioriteringar och beslut om åtgärder som förbättrar patientsäkerheten.

Hälsoekonomiska analyser bidrar till en bild av ekonomiska konsekvenser av vårdskador och kan ge underlag för prioriteringar och beslut om åtgärder när det gäller förebyggande insatser.

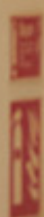
Även patienters och närståendes perspektiv behöver integreras i analyser, slutsatser och åtgärdsförslag genom att de involveras i analysarbetet på alla organisatoriska nivåer.

Analyser med ett övergripande systemperspektiv behöver genomföras kontinuerligt på flera organisatoriska nivåer – från den nationella nivån, till huvudmän och vårdgivarna, ända till verksamhetsnivån.

## Återkoppling är centralt för lärandet

För att skapa lärande behöver analyser och slutsatser återföras till den del av organisationen som de avser. För att analysresultat och slutsatser ska leda till faktiska förändringar behöver återkoppling också ske till de nivåer i organisationen där de identifierade systemfaktorerna kan påverkas eller förändras. Det är därför centralt att det finns förutsättningar för gemensamt, effektivt och faktabaserat lärande för att nå långsiktiga effekter. För det krävs god kommunikation och informationsöverföring mellan olika delar av organisationen. Kontinuerlig återkoppling, samverkan och ömsesidigt lärande över organisationsgränser och med vårdgrannar i gemensamma vårdprocesser behövs också.

Digitala verktyg för sammanställning av och överblick över resultaten kan underlätta analysarbetet och återkoppling inom och mellan organisationer.





## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

Stärkt analys, lärande och utveckling når huvudmän och vårdgivare, utifrån sitt ansvar och sina roller, bland annat genom att:

1. ha kunskap om vilka data, trender och mönster som ger information om patientsäkerhet och använda dem i ledning och styrning på olika nivåer
2. på alla organisatoriska nivåer ha kompetens och resurser för att genomföra analyser, bearbeta resultat och ta ställning till åtgärder
3. på alla organisatoriska nivåer sammanställa information och resultat, såväl positiva som negativa, från flera olika källor
4. återkoppla resultat och följa upp åtgärder i ett systematiskt arbete för att utveckla patientsäkerhet i organisationen
5. på alla organisatoriska nivåer involvera företrädare för patienter och närstående i analys av resultat från egenkontroll, i utformning och uppföljning av åtgärder
6. etablera arbetssätt för hälsoekonomiska analyser kopplat till patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete
7. etablera samverkan mellan verksamheter, regioner och kommuner för gemensamma analyser och lärande kring patientsäkerhet
8. stimulera till och tillvarata idéer och förslag för utveckling av analysmetoder.

Aktiviteterna ovan är utan inbördes ordning.

### Nationella åtgärdsområden i fokusområde 4

För att stödja huvudmäns och vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom fokusområde 4 behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser inom följande nationella åtgärdsområden:

- kompetens och andra förutsättningar för insamling, sammanställning av data från olika källor, analys, återkoppling och lärande i hälso- och sjukvården
- nationell samverkan kring sammanställning av data, analys, visualisering och lärande
- nationell samverkan kring lärande från patienterfarenheter, synpunkter och klagomål
- erfarenhetsutbyte, forskning och gemensamt lärande med andra högriskbranscher
- spridning av kunskap, erfarenheter och lärdomar
- hälsoekonomisk analys kopplat till patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete.



## Fokusområde 5

### Öka riskmedvetenhet och beredskap

#### Detta fokusområde syftar till att

- ha en planering för både förväntade och oväntade risksituationer baserat på identifiering och analys av risker
- hälso- och sjukvården är robust och anpassningsbar där verksamheten kan bedrivas med hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö, vid både väntade och oväntade förhållanden.

Fokusområdet handlar om att alla delar av vården behöver planera för och bedriva en hälso- och sjukvård som är redo att anpassa arbetssätt och resursfördelning vid strukturella förändringar och oväntade situationer i syfte att upprätthålla god och säker vård. Till skillnad från fokusområde 3, som fokuserar på anpassningar här och nu, handlar fokusområde 5 om planering och förberedelser för att vara redo när något inträffar eller förändringar ska genomföras.

Förändringar kan vara övergripande strategiska och långsiktiga som vid omställningen av vårdens organisation till mer vård i hemmet och digitaliseringen av vårdtjänster. Det kan handla om förändrad resursfördelning som kräver omprioriteringar i verksamheten eller om förändringar i sjukdomspanoramat, som kräver en förändrad vårdprocess. Det kan också handla om allvarliga händelser, kriser, katastrofer och ytterst krig.

#### Kontinuerlig träning för att vara redo

Tillgång till personal med adekvat kompetens är en förutsättning för en anpassningsbar och säker vård. På alla nivåer i hälso- och sjukvården krävs beredskap för förändringar, exempelvis förändrade vårdbehov, bemanningsproblem, tekniska störningar eller leveransproblem. För att klara påfrestningar med bibehållen patientsäkerhet krävs kontinuerlig träning av kommunikation och samarbete, färdighetsträning och simulering samt beredskaps- och katastrofövningar.

#### Säkerställ en verksamhet med hög riskmedvetenhet och beredskap

Huvudmannen har alltid det övergripande ansvaret för god och säker vård. Chefer och beslutsfattare på alla organisatoriska nivåer ansvarar för att säkerställa förutsättningar för att uppmärksamma och analysera risker, skapa beredskap, träna individuell och gemensam kompetens, möjliggöra omfördelning av arbetsuppgifter och skapa utrymme för återhämtning.

En verksamhet med hög riskmedvetenhet och beredskap kännetecknas av en god arbetsmiljö och kontinuerlig dialog kring risker och resultat, både när allt löper på som planerat och när det



oväntade inträffar. Riskanalyser och riskhantering är naturliga delar av verksamhetens dagliga arbete.

För att vara förberedd även för det oväntade krävs ett proaktivt arbete att identifiera och motverka risker. Det kan handla om riskanalyser inför planerade förändringar, sårbarhetsanalyser samt beredskaps- och kontinuitetsplanering. Det handlar om att utarbeta reservrutiner, krisplaner, krisorganisation och att stärka försörjningsberedskapen för läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning eller annat material.

Patienter och närstående har värdefull information om risker utifrån sina perspektiv. De, eller deras företrädare, är en resurs i riskanalyser, planering och hantering av krissituationer.

## Omvärldsbevakning är nödvändig

För att identifiera framtida utmaningar och risker behövs kontinuerlig omvärldsbevakning. En inventering och systematisk analys av faktorer som kan påverka hälso- och sjukvården, på såväl övergripande systemnivå som verksamhetsnära, ökar riskmedvetenheten och ger underlag för åtgärder. För att få in olika perspektiv behövs samverkan på olika nivåer. Det gäller såväl nationellt, regionalt, kommunalt, lokalt och mellan olika delar av organisationer. Samverkan behöver ha fokus på förändrade omvärldsfaktorer, samordnade riskanalyser och vilka åtgärder som behöver vidtas.





## Hur når huvudmän och vårdgivare dit?

En god riskhantering och beredskap når huvudmän och vårdgivare, utifrån sitt ansvar och sina roller, bland annat genom att:

1. säkerställa rutiner för riskanalys, riskhantering och beredskap i det strategiska patientsäkerhetsarbetet på alla organisatoriska nivåer, liksom i samverkan med andra vårdgivare och huvudmän
2. beakta vilka risker för patientsäkerheten som planerings- och prioriteringsbeslut kan innebära
3. analysera risker och skapa beredskap för störningar i den fysiska miljön, it-miljön och leveranser av läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och övrigt material
4. ha en god framförhållning i kompetensförsörjningen
5. säkerställa färdighetsträning, simulering och kompetensutveckling
6. bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete
7. involvera företrädare för patienter och närstående i riskanalys, planering och hantering av krissituationer
8. bedriva en omvärldsbevakning och identifiera risker samt kommunicera och planera för riskhantering
9. stimulera till och tillvarata idéer och utvecklingsförslag för hur patientsäkerhetsperspektiv kan integreras i planerings- och prioriteringsbeslut.

Aktiviteterna ovan är utan inbördes ordning.

### Nationella åtgärdsområden i fokusområde 5

För att stödja huvudmäns och vårdgivares patientsäkerhetsarbete inom fokusområde 5 behöver berörda myndigheter, nationella organisationer och andra aktörer utforma, genomföra och utvärdera insatser inom följande nationella åtgärdsområden:

- riskidentifiering och planering och förberedelser för att ha beredskap när något inträffar eller förändringar ska genomföras
- färdighetsträning och simulering
- omvärldsbevakning och samordnade riskanalyser
- vårdkapacitet i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig
- försörjningsberedskap för sjukvårdsprodukter och övrig utrustning
- användning av forskningsresultat och erfarenheter från andra samhällssektorer inom riskhantering och beredskap.



## Kapitel 6

# Uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Uppföljning och analys ska synliggöra läget inom patientsäkerhetsområdet och fungera som kunskapsunderlag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

# Uppföljningen ska bidra till ökad patientsäkerhet

Uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet ska visa nuläget och utvecklingen. Den ska även visa förflyttningen mot ett mer proaktivt patientsäkerhetsarbete, där fokus ligger på frånvaro av skada och närvaro av säkerhet.

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, det vill säga systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten och kontrollera att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Information från olika källor bidrar till en samlad bild av läget. Ett övergripande perspektiv är nödvändigt, så att även systemfaktorer analyseras. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till patientsäkerhet och goda resultat, och för att driva utveckling, kan patientsäkerheten öka.

## Uppföljning behövs för att

- ge en lägesbild och kunna leda och styra vården så att den är säker här och nu
- följa utvecklingen av god och säker vård över tid
- följa hur patientsäkerhetsarbetet bidrar till ökad patientsäkerhet
- identifiera riskområden och spegla riskmedvetenhet och beredskap
- kunna jämföra mellan huvudmän och vårdgivare och identifiera ojämlik vård
- ge en grund för utveckling och för lärande.

## Det krävs ett systemperspektiv för att belysa hur säker vården är

Uppföljningen fokuserar ofta på att redovisa om vården har varit säker, men den behöver utvecklas för att även belysa om vården är säker här och nu samt arbetet för att göra vården säker i framtiden. Omställning av vårdens organisation, med en förändrad fördelning av resurser och ansvarsområden, tillsammans med den digitala och tekniska utvecklingen, kräver även att indikatorer, mått och metoder vidareutvecklas för att identifiera riskområden och följa hanteringen av risker för vårdskador. Andra aspekter som behöver utvecklas är att belysa patienters och närståendes upplevelse av hur säker vården är samt hur de involveras i patientsäkerhetsarbetet och i utveckling av vårdens processer.

För att ge ett systemperspektiv och en samlad och balanserad bild av patientsäkerheten behöver ett flertal indikatorer och mått följas, till exempel:

- kompetensförsörjning
- säkerhetskultur
- chefers, medarbetares och organisationens riskmedvetenhet
- riskförebyggande arbete och förmåga att hantera risker och oönskad variation med goda anpassningar
- patientens och närståendes delaktighet
- hur ledning och styrning för patientsäkerhet är organiserad
- kunskapsutveckling och lärande
- beredskap.



Figuren illustrerar ramverket för uppföljning med de fyra grundläggande förutsättningarna och de fem fokusområdena för ökad patientsäkerhet. Uppföljningen tar sin utgångspunkt i tre frågeställningar som är kopplade till ett tidsperspektiv: Har vården varit säker? Är vården säker här och nu? Ökar riskmedvetenhet och beredskap?

### Uppföljningen behöver anpassas till den organisatoriska nivån

För att uppföljningen ska bidra till utveckling och ökad patientsäkerhet behöver indikatorer och mått visa påverkbara omständigheter i den organisation där verksamheten bedrivs och stödja den systematiska egenkontrollen. Uppföljningen behöver visa det som har inträffat, det aktuella nuläget och utvecklingen över tid.

Det innebär att olika indikatorer och mått behövs för att belysa patientsäkerheten ur systemperspektiv på nationell nivå, huvudmannans- och vårdgivarnivå samt inom olika verksamheter. Indikatorer som ger ett övergripande perspektiv

kan också användas på lokal nivå. Den verksamhetsnära uppföljningen behöver ofta vara mer detaljerad för att kunna ge en tydlig bild av det aktuella läget.

För att kunna följa patientsäkerheten i realtid, och möjliggöra anpassningar, behövs kunskap om vilka aspekter eller variationer som påverkar om vården är säker på verksamhetsnivå. Exempel på aspekter är det aktuella patientflödet, tillgången till bemanning och adekvat kompetens för de patienter som vårdas på enheten och om det finns brister i tillgången till läkemedel eller utrustning. Samlad och aktuell information ökar möjligheterna för analys och att kunna agera i realtid såväl som mer långsiktigt.

### Uppföljningen behöver omfatta indikatorer och mått som belyser

- ett systemperspektiv på patientsäkerhet med faktorer som inverkar på strukturer och processer som kan förändras, till exempel ledning och styrning, bemanning, kompetens och kapacitet
- i vilken omfattning det finns proaktiva arbetssätt med hög riskmedvetenhet och god beredskap för väntade och oväntade händelser
- i vilken omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken utsträckning patienter har drabbats av vårdskador.

### Flera aktörer följer upp, redovisar och utvecklar uppföljningen

Förutom att vårdgivarna ansvarar för uppföljning av patientsäkerheten har också ett antal myndigheter uppdrag att följa upp hur säker vården är. Det är också flera nationella och internationella aktörer som redovisar uppföljning inom patientsäkerhetsområdet.

Det pågår flera nationella satsningar och initiativ för att utveckla uppföljningen och redovisningen av data för hälso- och sjukvården. På nationell nivå behövs utveckling av metoder och verktyg för resurseffektiva och träffsäkra möjligheter att följa upp hur säker vården är. Digitaliseringen och den tekniska utvecklingen kan ge nya möjligheter för att sammanställa,

visualisera och analysera data. Förutsättningar för en behovsbaserad utveckling av uppföljningen är samverkan mellan myndigheter, nationella aktörer, huvudmän och vårdgivare samt att uppföljningen inte ökar vårdens administrativa börda.

Det är viktigt att följa och beakta pågående nationella och internationella satsningar och initiativ, så att det skapas synergier och inte dubbelarbete. Utvecklingen av digital infrastruktur kommer att omforma förutsättningarna för tillgänglighet till hälsodata och förbättra möjligheterna att nå rätt information vid rätt tidpunkt. Internationellt pågår exempelvis indikatorutveckling för patientsäkerhet inom OECD, EU och WHO:s uppföljning av indikatorerna i *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* med enkäter till alla medlemsländer.

## Kapitel 7

# **Internationellt arbete**

# Internationellt arbete

**Det svenska patientsäkerhetsarbetet påverkas av vad som sker i omvärlden. Sverige medverkar i och stödjer aktivt det internationella patientsäkerhetsarbetet.**

Sveriges bidrag till Agenda 2030 och specifikt till målet om förbättrad hälsa globalt sker på flera sätt. Sverige deltar aktivt i det internationella arbetet, bidrar med kunskap och erfarenheter och inhämtar lärdomar från andra länder. Det innebär att det svenska patientsäkerhetsarbetet påverkas av det som sker inom Norden, EU och även globalt.

## Arbetet inom WHO

Sverige medverkar i det globala patientsäkerhetsarbetet, som leds av WHO. 2021 publicerades den globala handlingsplanen för patientsäkerhet, *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, ett arbete som Sverige deltog i. Medverkan sker också i Global Ministerial Summit Meetings samt andra WHO-ledda möten kring patientsäkerhet, liksom genom att uppmärksamma WHO:s världsomspännande kampanjer som World Patient Safety Day den 17 september varje år.

## Arbetet inom OECD

Sverige deltar också i OECD:s arbete, exempelvis för utveckling av strategi och metodik för att samla patientrapporterade erfarenheter (PREM) och upplevda avvikelser och risker (PRIM) i vården samt för mätning av patientsäkerhetskultur. Sverige deltar även kontinuerligt i att utveckla, mäta och redovisa indikatorer för internationella jämförelser av vårdkvalitet i HCQO (Health Care Quality and Outcomes Indicators) och redovisar årligen så kallade Health System Performance Assessment i Health at a glance.

## Ett stärkt nordiskt samarbete

Myndigheter från Sverige, Danmark, Finland, Norge och Island samverkar inom patientsäkerhetsområdet. Likartade samhällsstrukturer och hälso- och sjukvårdssystem i de nordiska länderna utgör en grund för erfarenhetsutbyte inom områden som vårdens förutsättningar för arbete med patientsäkerhet, mål, strategier, handlingsplaner och uppföljning av patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete. Samverkan rör även gemensamma utvecklingsprojekt, exempelvis det gemensamma nordiska ramverket för kompetens inom patientsäkerhet.



# Ordlista

Ordlistan innehåller ord och begrepp som förekommer i handlingsplanen. Definitioner, termer och ordförklaringar är hämtade från berörd lagstiftning, Socialstyrelsens termbank ([socialstyrelsen.se/termbank](http://socialstyrelsen.se/termbank)) samt från webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet ([patientsakerhet.socialstyrelsen.se](http://patientsakerhet.socialstyrelsen.se)).

Socialstyrelsens termbank innehåller begrepp för fackområdet vård och omsorg. Begreppen har analyserats enligt terminologilärans metoder och principer och förankrats internt på Socialstyrelsen samt i remiss till kommuner, regioner, privata vårdgivare, myndigheter och andra organisationer.

Ordförklaringarna på Samlat stöd för patientsäkerhet är framtagna av sakkunniga i patientsäkerhet och terminologer på Socialstyrelsen i samarbete med nationella experter inom området.

**Anhörig**, term: person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna.

**Avvikelse**, term: händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat.

**Diagnostiskt fel**, ordförklaring: brist i den diagnostiska processen som leder till att diagnos inte ställs, inte blir korrekt eller inte ställs i tid för att vidta adekvata åtgärder.

**Förebyggande åtgärd**, term: (inom vård och omsorg) åtgärd för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.

**Hälso- och sjukvård**, i detta dokument syftar begreppet hälso- och sjukvård på alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård enligt HSL eller tandvård enligt TvL.

**Hälso- och sjukvårdspersonal**, begreppet hälso- och sjukvårdspersonal utgår i detta dokument från delar av den rättsliga regleringen i 1 kap. 4 § PSL: med hälso- och sjukvårdspersonal avses i denna lag

- 1 den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- 2 personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- 3 den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
- 4 apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- 5 personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
- 6 personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Vid tillämpningen av första stycket 1 och 3 jämföras med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet.

**Icke undvikbar skada på patient**, term: skada på patient som inträffar trots att adekvata åtgärder vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

**Ledningssystem**, definition enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.

**Läkemedelshantering**, term: ordination, rekvisition, förvaring, expediering, iordningställande, överlämnande och administrering av läkemedel.

**Närstående**, term: person som den enskilde anser sig ha en nära relation till.

**Patientsäkerhet**, definition enligt PSL: skydd mot vårdskada (1 kap. 6 §).

**Patientsäkerhetsarbete**, term: del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till skydd mot vårdskada.

**Patientsäkerhetskultur**, ordförklaring:

Hur patientsäkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Patientsäkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och grupper värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa skydd mot vårdskada.

**Risk**, term: möjlighet att en negativ händelse ska inträffa.

**Riskanalys**, term: systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang.

**Riskhantering**, term: det att rapportera, analysera och dokumentera risker, vidta adekvata åtgärder samt sammanställa och återföra resultaten.

**Riskområde**, term: område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras, eller där ytterligare skada kan ske.

**Sjukvårdsprodukter**, i det här dokumentet är definitionen av sjukvårdsprodukter samma som i regeringsuppdraget Uppdrag att ta fram underlag för vilka sjukvårdsprodukter som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap (S2022/04550): läkemedel, medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning, livsmedel för speciella medicinska ändamål och tillverkningsmaterial.

**Skada på patient**, term: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar en patient.

**Systemsäkerhet i hälso- och sjukvård**, ordförklaring: egenskap i hälso- och sjukvården som innebär att risken för skada på person, egendom eller miljö elimineras eller begränsas till en acceptabel nivå.

**Säkerhet**, ordförklaring: i patientsäkerhetsarbetet måste man arbeta utifrån två perspektiv. Det gäller både att undvika att det blir fel och att säkerställa att det blir rätt. Det första perspektivet brukar på engelska benämnas safety-I och det

andra safety-II. Det första perspektivet bygger på synsättet att bakomliggande orsaker till negativa händelser kan identifieras och åtgärdas så att det blir färre fel. Det andra perspektivet bygger på synsättet att variationer i vardagligt arbete medför att det ibland blir rätt, ibland fel. Arbetet syftar till att förstå och hantera variationerna så att mer blir rätt. Att skriva safety-I respektive safety-II kan leda tanken till att det skulle finnas två olika säkerhetsbegrepp. Det är alltså bättre att man talar om säkerhet ur två olika perspektiv än att översätta de engelska uttrycken till svenska.

**Säkerhetskultur i hälso- och sjukvården**,

ordförklaring: säkerhetskultur i hälso- och sjukvården är hur säkerhet uppfattas, prioriteras och hanteras i organisationen. Säkerhetskulturen är resultatet av individers, ledares och grupper värderingar, förhållningssätt, kompetenser och beteendemönster. Den speglar engagemanget för och förmågan att på alla nivåer i organisationen skapa säkerhet.

**Utlökaliserad patient**, term: inskriven patient som vårdas på annan vårdenheter än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

**Vårdrelaterad infektion**, term: infektion som uppkommer hos person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som person som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning.

**Vårdskada**, definition enligt PSL: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (1 kap. 5 §).

**Överbeläggning**, term: händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med disponibel vårdplats menas en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

# Källor och lästips

Källor och lästips är en sammanfattning av de mest centrala källorna som användes vid framtagningen och uppdateringen av handlingsplanen. Listan syftar till möjlighet till fördjupning i olika aktörers arbete, analyser av patientsäkerhet och områden som kopplas till handlingsplanen bland annat de grundläggande förutsättningarna.

## Lagar och andra författningar

- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Kommunallagen (2017:725)
- Lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
- Patientlagen (2014:821)
- Patientskadelagen (1996:799)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen; 2018.
- Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre. RiR 2023:4. Riksrevisionen; 2023.
- Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? RiR 2015:12. Riksrevisionen; 2015.
- Tillsynen över medicintekniska produkter – prioriteringar, genomförande och uppföljning. RiR 2024:23. Riksrevisionen; 2024.
- Vad har IVO sett 2024? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2024. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2025.
- Inspektionen för vård och omsorg. Rapporter och sammanställningar. Hämtad 2025-04-15 från: <https://www.ivo.se/sok/?q=+&s=0&f=1>
- Inspektionen för vård och omsorg. Riktade tillsynsinsatser. Hämtad 2025-04-15 från: <https://www.ivo.se/aktuellt/riktade-tillsynsinsatser/>
- Läkemedelsverket. Årsredovisning 2024. Hämtad 2025-04-15 från: <https://www.lakemedelsverket.se/sv/om-lakemedelsverket/rapporter-och-publikationer/om-lakemedelsverket/arsredovisning-2024>
- En kartläggning av arbetsmiljö och hälsa hos undersköterskor, sjuksköterskor och läkare i den offentliga hälso- och sjukvården. Rapport 2023:12. Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2023.
- Risk- och friskfaktorer i hälso- och sjukvården – organisatoriska faktorer av betydelse för medarbetarnas hälsa. Kunskapssammanställning 2023:11, Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2023.
- Patientens röst om patientråd. Ett verktyg för ökad patientdelaktighet. Vinnova. 2021. Hämtad 2025-04-11 från: <https://www.vinnova.se/globalassets/mikrosajter/regeringens-samverkansprogram/patientens-rost-om-patientrad--ett-verktyg-for-okad-patientdelaktighet.pdf>

## Myndigheter

- Framtagande av nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, rapportering av regeringsuppdrag 2018/04111/FS. Socialstyrelsen; 2020.
- Internationell utblick – handlingsplaner inom patientsäkerhetsområdet, kartläggning. Socialstyrelsen; 2020.

- Vård- och omsorgsanalys (2018). Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Rapport 2018:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
  - Vård- och omsorgsanalys (2019). Med örat mot marken. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2019.
  - Vård- och omsorgsanalys (2019). Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården. Rapport 2019:3. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
  - Vård- och omsorgsanalys (2024e). En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. PM 2024:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
  - Vård- och omsorgsanalys (2018b). Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Rapport 2018:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
  - Regeringskansliet. Globala målen och agenda 2030. Hämtad 2025-05-26: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
  - Socialstyrelsen. Beredskap. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/beredskap/>
  - Socialstyrelsen. E-hälsa. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/>
  - Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/>
  - Socialstyrelsen. Nationella kompetensmål för patientsäkerhet – stöd när utbildning och fortbildning i patientsäkerhet tas fram. Artikelnummer: 2024-6-9131. 2024.
  - Socialstyrelsen. Partnerskap för kunskapsstyrning. Hämtad 2025-04-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/partnerskap-for-kunskapsstyrning/>
  - Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet – Säkerhetskultur. Hämtad 2025-03-18 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>
  - Socialstyrelsen. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/>
  - Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård: Lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen.
  - Socialstyrelsen. Uppföljning inom patientsäkerhet. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/uppfoljning-inom-patientsakerhet/>
  - Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre: Lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen.
  - Systemsynsättet. Ekonomistyrningsverket. Hämtad 2025-04-23 från: <https://forum.esv.se/verksamhetsutveckling/systemsynsattet/>
- ## Nationella organisationer
- Kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Hämtad 2025-03-18 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard.44259.html>
  - Nationella kvalitetsregister. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Hämtad 2025-04-14 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kvalitetsregister.66155.html>
  - Nationella Vårdkompetensrådet. Hämtad 2025-04-15 från: <https://www.nationellavardkompetensradet.se/>
  - Patientsäkerhet. Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. Hämtad 2025-03-18 från: <https://lof.se/patientsakerhet>
  - Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Sveriges Kommuner och Regioner; 2020.

- Skador inom psykiatrisk vård 2023. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2019–2023. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024. ISBN: 978-91-8047-291-3
- Skador i somatisk vård. Resultat från markörbaserad journalgranskning 2013–2023. Sveriges Kommuner och Regioner, 2024 ISBN: 978-91-8047-293-7
- Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges arbetsterapeuter, Dietisternas riksförbund, Sveriges tandläkarförbund; 2016.
- Chatburn E, Macrae C, Carthey J, Vincent C. Measurement and monitoring of safety: impact and challenges of putting a conceptual framework into practice. BMJ Quality Safety; mars 2018.
- Edmondson, A. C. The fearless organization. Psykologisk trygghet på jobbet. Stockholm: Sanoma Utbildning; 2019.
- Sahlqvist, L., Pukk Härenstam, K. Säker vård – systemperspektiv och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2024.
- Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare – Strategies for the Real World. Springer International Publishing; 2016.
- Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety Measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. BMJ Quality Safety; april 2014.
- Waterson P ed. Patient Safety Culture – Theory, Methods and Application. CRC Press; 2014.
- Ödegård S. (red.). Patientsäkerhet: teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013.
- Ödegård S. (red.). Säker vård. Nya perspektiv på patientsäkerhet. Stockholm: Liber AB; 2019.

## Internationella organisationer

- Nordic Council of Ministers. A nordic framework for patient safety knowledge and skills. Competence areas for safe healthcare. Hämtad 2025-05-26 från: <https://www.norden.org/en/publication/nordic-framework-patient-safety-knowledge-and-skills>
- OECD. The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Hämtad 2025-04-15 från: [https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety\\_5a9858cd-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en.html)
- OECD. Patient safety. Hämtad 2025-04-14 från: <https://www.oecd.org/en/topics/patient-safety.html>
- WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Hämtad 2025-03-18 från: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- WHO. Patient safety. Hämtad 2025-04-15 från [https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

## Övriga

- Bringselius, L. Psykologisk trygghet: att välkomna den som utmanar. Stockholm: Volante; 2023.





Agera för säker vård (artikelnr 2025-5-9578)  
kan laddas ner på vår webbplats eller beställas  
från Socialstyrelsens publikationsservice.  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)