

Från lag till handling

En fallstudie av hur lagkravet om patientsäkerhetsberättelse nyttiggjordes i Stockholms läns landsting

Anne-May Moberg

Examensarbete, 30 hp, masterexamen

Huvudområde: Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd
Jönköping, juni, 2013

Handledare: Johan Thor, lektor

Examinator: Boel Andersson-Gäre, professor

Sammanfattning

Bakgrund: Enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 ska vårdgivare årligen skriva en patientsäkerhetsberättelse. Granskning av 76 patientsäkerhetsberättelser i Stockholms läns landsting (SLL) visade bristande kunskap om hur den skrivs och bristfällig förståelse för patientsäkerhet, främst bland mindre vårdgivare. Hälso- och sjukvårdsadministratörer kunde inte besvara vårdgivarnas frågor om patientsäkerhetsberättelsen, varför ett förbättringsprojekt initierades för att skapa stödmaterial samt nyttiggöra patientsäkerhetsberättelsen.

Syfte: Att belysa hur ett statligt styrinitiativ hanterades i praktiken i SLL och vilka erfarenheter som kunde knytas till praktikprojektet i hälso-och sjukvårdsadministrationen, hos vårdgivare och i interaktionen dem emellan samt om insatserna bidrog till ökad förståelse för patientsäkerhet.

Metod: Studien var en deskriptiv fallstudie. Datainsamlingen bestod av intervjuer med vårdgivare och hälso-och sjukvårdsadministratörer och dokumentanalys. Analyserna var kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys.

Resultat: I uppföljning av vårdgivare nyttiggjordes patientsäkerhetsberättelsen med stöd av mall och manual. Interaktionen mellan vårdgivare och hälso- och sjukvårdsadministratör gick från kontroll till dialog. Lärande, och i viss mån förståelse för patientsäkerhet, ökade.

Slutsats: Genom att vara proaktiv och bereda stöd för vårdgivare att fullfölja sitt åtagande avseende patientsäkerhetsberättelse kunde flera vårdgivare bli varse sitt ansvar och skyldigheter. Förbättringsprojektet genomfördes med stöd av förbättringskunskap och hög delaktighet, ett arbetssätt som rekommenderas. Fortsatt forskning av styrningens effekter föreslås.

Nyckelord:

Lagkrav

Patientsäkerhetsberättelse

Fallstudie

PDSA-modell

Hälso- och sjukvårdsadministration

Förbättringsarbete

Summary

Background: Caregivers shall according to the patient safety act 2010:659 annually write a patient safety declaration. Review of 76 patient safety declarations in Stockholm County Council (SCC), Sweden, showed a lack of knowledge about how to write and inadequate understanding of patient safety, particularly among smaller caregivers. Healthcare administrators could not answer caregivers' questions on the patient safety declaration, why an improvement project was initiated to create support and to make the patient safety declaration useful.

Aim: To illustrate how a state steering initiative was handled in practice in the SCC and the experiences associated with the improvement project in health care administration, among caregivers and the interaction between them, and whether the efforts contributed to increased understanding of patient safety.

Method: The study was a descriptive case study. The data collection was interviews of caregivers and healthcare administrators and document analysis. The analyses performed were qualitative and quantitative content analysis.

Results: The patient safety declaration was made useful in the follow up process of caregivers with support of a template and a manual. The interaction between caregivers and healthcare administrators went from monitoring to dialogue. Learning increased and also understanding of patient safety to some degree.

Conclusion: By being proactive and prepare support for caregivers to fulfill their commitment on patient safety declarations, several caregivers became aware of their responsibilities and obligations. The improvement project was accomplished with improvement knowledge and high level of participation, an approach that is recommended. Further research on the steering effects is suggested.

Keywords:

Legal requirements
Patient Safety Declaration
Case study
PDSA model
Healthcare Administration
Quality Improvement

Innehållsförteckning

Inledning	5
Definitioner	5
Säkerhet och patientsäkerhet	6
Säkerhet 1 och Säkerhet 2 – förståelse i förändring	7
Kunskapsläge	9
Det lokala problemet	12
Praktikprojektets syfte	16
Studien av praktikprojektet, syfte och frågeställningar	16
Metod och empiriskt fält	17
Empiriskt fält	17
Metod för praktikprojektet	19
Studiedesign och datainsamlingsmetoder för studien av praktikprojektet	21
Etiska överväganden	25
Resultat	25
Praktikprojektet - resultat och lärdomar	25
Resultat av studien av praktikprojektet	28
Diskussion	37
Resultatdiskussion	37
Praktikprojektets genomförande på landstingsregionalnivå	38
Resultat av praktikprojektet	39
Lärande	40
Interaktionen mellan vårdgivare och avtalshandläggare.....	40
Lagen och den ersättningsrelaterade satsningen	41
Ökad förståelse för innebörden av patientsäkerhet	42
Konkurrerande företeelser	42
Metoddiskussion	43
Fortsatt forskning	44
Slutsatser	45
Referenser	47
Bilagor	51
Figur 1 Hur missöden kan uppstå. Fritt efter J Reason	7
Figur 2 Dynamisk modell för säkerhet. Fritt efter Rasmussen och bearbetning av Cook	9
Figur 3 Tidslinje för den ersättningsrelaterad satsning, tillkomst av patientsäkerhetslagen, föreskrift SOSF 2011:9 och aktiviteter på HSF.	13
Figur 4 Beställare per vård/avtalsform samt målgrupper för projektet.	18
Figur 5 The Model for Improvement. Fritt efter Langley et al.	19
Figur 6 Kunskapsdomäner för förbättringsarbete. Fritt efter Batalden och Davidoff.....	38
Figur 7 Koppling mellan kompetenser för ständig förbättring. Källa: Batalden P, Stoltz P....	41

Inledning

Hälso- och sjukvården är en komplex, personalintensiv och omfattande verksamhet. Att leva upp till den etiska koden *att någon gång bota, alltid lindra och trösta, men aldrig skada* är en utmaning [1]. Institute of Medicine visade 1999 att mellan 44 000 och 98 000 dödsfall per år kunde relateras till vårdskador i USA [2]. Socialstyrelsens journalgranskning 2008 visade på närmare 9 % förekomst av vårdskador i slutenvård, 6 dagars förlängd vårdtid med anledning av vårdskador och att 3 % av vårdskadorna¹ bidrog till död [3].

För att minska förekomst av vårdskador pågår flertalet patientsäkerhetsinitiativ på nationell, regional och lokal nivå i hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige. Svenska regeringen och dess myndigheter styr och stimulerar detta genom lagstiftning, föreskrifter, satsningar och ersättningsrelaterade satsningar.

Som ett gensvar på denna styrning har Stockholms läns landsting (SLL) vidtagit åtgärder kring lagkravet om en årlig patientsäkerhetsberättelse i ett förbättringsinitiativ där vårdgivare samt tjänstemän på landstingsregional nivå var målgrupp för initiativen och där syftet var att tillämpningen av lagkravet ska ingå i landstingets ordinarie verksamhet.

Definitioner

Definition av begreppet *patientsäkerhet* påverkar sättet att arbeta med frågan [4]. Definitioner av *patientsäkerhet* har globalt, och med växande kunskap, varierat över tid. Institute of Medicine definierar det som *”freedom from accidental injury”* som kan ses som en målformulering. Ytterligare ett exempel på definition är The National Patients Safety Foundation, Storbritannien, som lagt till systemperspektivet som en delmängd av begreppet patientsäkerhet *”The avoidance, prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the process of care”* [5].

En mera omfattande definition av patientsäkerhet med 11 delmängder utarbetades av Emanuel, Berwick, Conway, Combes, Hatile, Leape, Reason, Scephye, Vincent och Walton 2008. Delmängder så som förbättringsarbete och –metoder, patientsäkerhetskultur med transparens och icke-skuldbeläggande, systemsyn, aktörer och säkerhetsvetenskap ligger som grund till författarnas definition:

”Patient safety is a discipline in health care sector that applies safety science methods toward the goal of achieving a trustworthy system of health care delivery. Patient safety is also an attribute of health care systems; it minimizes the incidence and impact of, and maximizes recovery from, adverse events”. [5:6].

Den svenska staten har för att öka patientsäkerheten i all vård- och omsorgsverksamhet stiftat patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 [6] samt föreskriften om Ledningssystem för systema-

¹ Patientsäkerhetslagens kap 1: 5 § Med vårdskada avses i denna lag 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.

tiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 [7]. Den i Sverige gällande definition för patientsäkerhet hämtas ur patientsäkerhetslagens SFS 2010:659 kapitel 1;

”6 § Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada”.

Lagens tolkning av patientsäkerhet är en beskrivning av ett sätt att göra saker eftersom man definierar det som *skydd mot vårdskada*, där vårdskada enligt samma kapitel definieras som en *undvikbar* skada. I denna uppsats tolkas *patientsäkerhet* enligt definitionen av Emanuel et al. [5].

Säkerhet och patientsäkerhet

Insikten om att hälso- och sjukvården är en riskfylld verksamhet har sedan 1990-talet kontinuerligt ökat intresset för frågan om patientsäkerhet, vilket lett till att patientsäkerhet i dag kan kallas en egen disciplin med sina kunskapsdomäner [2,5].

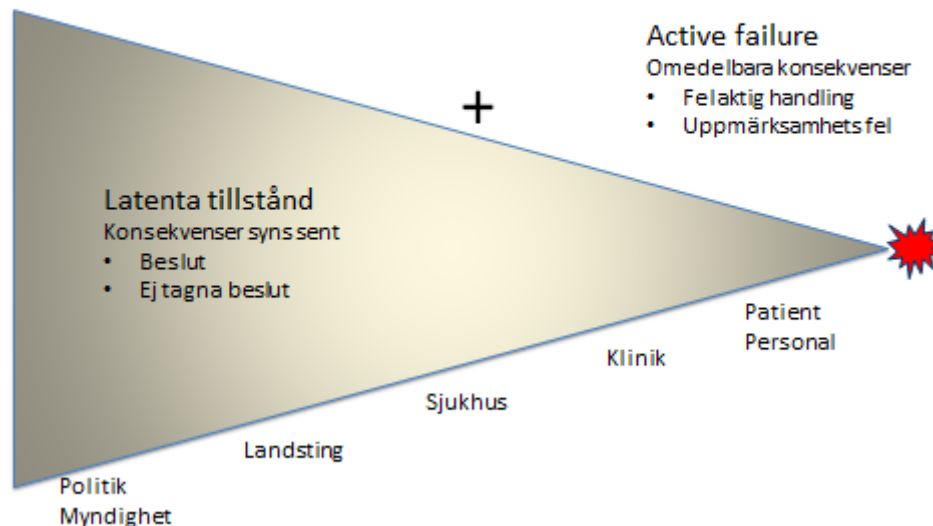
Som inledningen indikerar finns det flera tankemodeller för vad säkerhet och patientsäkerhet är och hur skador uppstår. Tron på ödet, eller tron på olycksdrabbade individer som förorsakar skador är förkastade. Tanken att en serie avvikande händelser, dvs. linjärt tänkande, som leder till en olycka formulerades av Heinrich utifrån 1930-talets enkla arbetsprocesser. Tankemodellen har i dag ett användningsområde i enkelt sammanhållna verksamheter där de olika verksamhetsdelarna och processer är lättstyrda och har liten påverkan på varandra (*loosely coupled*) tack vare buffertar. Detta gäller inte hälso- och sjukvårdssystem som har komplexa samband och beroenden (*tightly coupled*) och är svåra att styra [4,8]. Utvecklingen av informationsteknik och styrmodeller har möjliggjort effektiviseringar i vårdorganisationer. En konsekvens är att det finns få buffertar i systemet vilket medför att avlägsna händelser, som tycks sakna betydelse i en del av verksamheten, leder till oförutsedda och kritiska effekter i en annan del av verksamheten [9].

James Reason formulerade en modell på 1990-talet som i högre utsträckning tog hänsyn till organisatoriska faktorer [10]. Det är en epidemiologisk modell som beskriver hur missöden (*adverse event*) kan uppstå genom att människan begår ett misstag (*error*) som i sin tur kan vara antingen en felaktigt utförd handling eller uppmärksamhetsfel. Misstagen uppstår som en kombination av människan och en omgivning där olika förutsättningar spelar in.

Det är dock inte alltid uppenbart vilka misstagen är. Det som Reason kallar *active failure* är de misstag som sker i anslutning till en patientnära handling och som kan få omedelbara konsekvenser. Misstag som inte omedelbart får uppenbara konsekvenser kallar Reason för *latent conditions* (latenta tillstånd) och kan vara olika typer av beslut eller brist på beslut, tagna av personer som inte arbetar nära patienten och som när de tillfälligt samexisterar med *active failure* kan resultera i händelser som leder till skada (se figur 1). Tanken är att barriärer kan etableras för att de latenta tillstånden och misstagen hindras från att uppstå samtidigt². Med detta tankesätt förkastar man *individfokus* och försök att korrigera individens beteende med skrämselfkampanjer, skuldbeläggande eller disciplinära åtgärder och omfamnar *systemfokus* där huvudtesen är att missöden uppstår av flera samverkande skäl i arbetsprocessen och att det går att ändra på förutsättningarna där människan verkar.

² Beskrivet av Reason utförligare i sin Swiss-cheese model [10].

Enligt detta synsätt kan man säga att alla aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet påverkar säkerheten på något sätt, såväl vårdpersonal som står för det patientnära arbetet som tjänstemän och lagstiftare som arbetar på hälso- och sjukvårdssystemets makronivå med att stipulera förutsättningar för vårdpersonalens möte med patienten [4,10].



Figur 1 Hur missöden kan uppstå. Fritt efter J Reason [10].

Säkerhet 1 och Säkerhet 2 – förståelse i förändring

Flertalet definitioner av patientsäkerhet, säkerhet och säkerhetshantering fokuserar på det som har gått fel. Detta leder till ett behov att hitta orsakerna till det som gick fel för att förebygga att det händer igen. När en orsak har identifierats är målet att eliminera den eller att bryta misstänkta orsak-verkan-samband. Och slutligen måste resultatet – det eftertraktade tillståndet av säkerhet – mätas genom att man räknar hur många färre saker som går fel. Enligt tankemodeller som varit rådande fram till 2000-talet, kallad Säkerhet 1, antar man således att säkerhet kan uppnås genom att orsakerna till oönskade händelser elimineras. Variation i utförandet av arbetet betraktas därför som ett missförhållande som bör rättas till så långt det är möjligt. Hur vi faktiskt agerar bör med andra ord rättas sig efter hur vi planerat agerandet [4].

Tankemodeller som springer ur systemtänkande fokuserar inte på enskilda händelser eller olyckor. Systemtänkande betyder att man ser att helheten består av mera än summan av delarna och att dessa delar påverkar varandra. System har gränser och utbyter information inom och över systemgränser och variation är ett naturligt tillstånd. De sociotekniska systemen, som t.ex. hälso- och sjukvården, är dynamiska, adaptativa och komplexa och består av människor, teknik, organisation, kultur och information. Eftersom systemets olika komponenter påverkar varandra, betyder det att en förändring i någon del av systemet ger en påverkan på andra delar av systemet. Tid och tidsfördröjningar i systemet gör att effekterna inte alltid gör sig gällande och synbara på en gång [11,12,13].

Detta för oss till Säkerhet 2. Enligt Säkerhet 1 är ett system säkert om det inte inträffar några olyckor eller incidenter och då det inträffar söker man orsaker till den. Enligt Säkerhet 2, det nyare synsättet på säkerhet, är ett system säkert om det kan anpassa sig till olika tillstånd före, under eller efter förändringar och störningar, så att det kan fortsätta att upprätthålla nödvändiga funktioner under både förväntade och oväntade förhållanden, dvs. om det är resiliент. Syftet med säkerhetsrelaterade aktiviteter i Säkerhet 2 är därför att säkerställa att så mycket som möjligt går rätt. Förståelse för dynamiken i systemet och var man befinner sig i förhållande till riskgränsen skapar resiliens. Säkerhet 1 och Säkerhet 2 skiljer sig inte åt vad gäller målen, som i båda fallen är att det ska inträffa så få oönskade händelser som möjligt. Men medan Säkerhet1 försöker att nå detta mål genom att eliminera det som kan gå fel, försöker Säkerhet 2 att underlätta det dagliga arbetet genom att förbättra systemets resiliens och därigenom säkerställa att så mycket som möjligt går rätt [4,9,14]. Ett sätt att förklara tankemodellen är beskrivningen av hur risker uppstår;

“One way of expressing that is to note that accidents more often are due to usual action under unusual circumstances than unusual actions under usual circumstances”

Eric Hollnagel i “The changing nature of risk”[8:8]

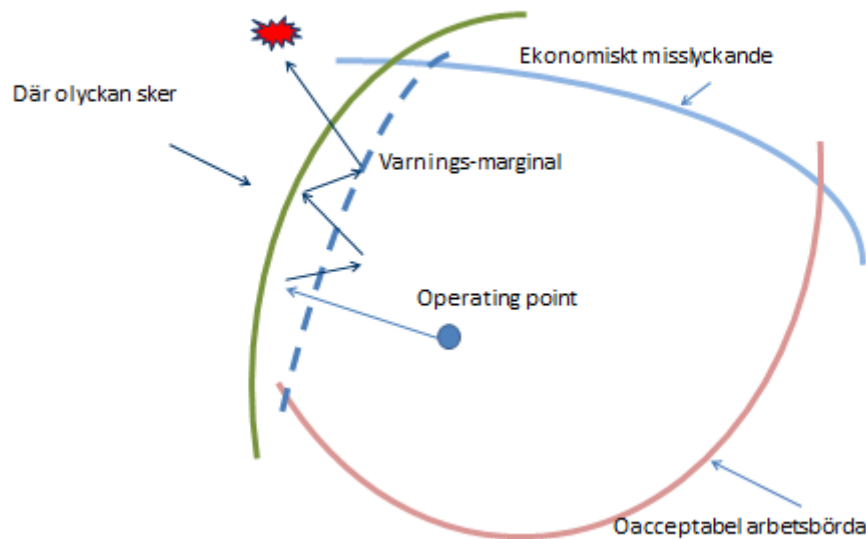
Jens Rasmussen har beskrivit en dynamisk modell för säkerhet. Rasmussen säger att alla nivåer, från lagstiftare, högsta ledning och arbetsledning till medarbetare är delar av riskhanteringen i socio-tekniska system. Rasmussen menar vidare att man behöver ha en systemorienterad ansats när man förklarar vad säkerhet är. Ansatsen bör basera sig på funktionell abstraktion snarare än nedbrytning av strukturer. Utifrån detta föreslår han en dynamisk modell för säkerhet [15]. Modellen utgår från att människan verkar inom ett fält där ramar så som ekonomiska krav, arbetsbelastning och en olycks-/varningsmarginal utövar tryck på människan (se figur 2).

Operating point är den punkt där och hur människan verkar eller genomför sitt uppdrag. Enligt tankemodellen är *operating point* rörlig inom ramarna och dess rörelseriktning påverkas av tryck från ramen ekonomiskt misslyckande (*economic failure boundry*) och ramen oacceptabel arbetsbelastning (*unacceptable work load*) samt ramen där en olycka sker (*accident performance boundry*).

Ramen ekonomiskt misslyckande utövar ett tryck på människan att hålla sig inom given ekonomisk ram. Denna ram kan ändras, bli snävare, vilket ökar trycket på *operating point* att röra sig mot ramen där en olycka sker eller ramen oacceptabel arbetsbelastning. Ramen oacceptabel arbetsbelastning utövar också tryck på *operating point* som skjuts mot ramen där en olycka sker eller mot ramen ekonomiskt misslyckande. Faktorer som påverkar ramen oacceptabel arbetsbelastning är t.ex. införande av nya regler. Faktorer som får *operating point* att skjutas bort från ramen där en olycka sker är att en olycka inträffat nyligen eller säkerhetskampanjer som får oss att tänka till ett tag.

Det finns en zon som bildas av en marginal (*marginal boundry*) där man hamnar innan man passerar ramen där en olycka sker. Vi vet inte var denna zon finns för tillfället, och vi blir så vana att vara vid och över marginalen att vi inte märker det (normalization of deviation). När vi korsar marginalen händer ju inte olyckan förrän vi även korsar ramen där en olycka sker, men vi verkar i ett okänt, farligt område. I en s.k. highreliability organisation så som hälso- och sjukvården, ska zonen vara bred och den ska bevakas av samtliga nivåer i organisationen.

Att denna zon och marginal beaktas och bevakas är en del av säkerhetskulturen som ska genomsyra alla [9].



Figur 2 Dynamisk modell för säkerhet. Fritt efter Rasmussen och bearbetning av Cook [9].

Kunskapsläge

Studier av insatser för ökad patientsäkerhet finns beskrivet på såväl mikrosystemnivå som för systemövergripande program. Implementering av lagkrav eller aktiviteter vid en hälso- och sjukvårdsadministration för ökad patientsäkerhet finns däremot föga beskrivet. Lagars upp-rinnelse, funktion och effekter beskrivs främst i artiklar från USA och berör ofta skadestånds-krav.

Satsningar och initiativ för ökad patientsäkerhet

Två studier av Benning, Dixon-Woods, Nwulu, Ghaleb, Dawson, Barber et al. respektive Benning, Ghaleb, Suokas, Dixon-Woods, Dawson, Barber et al. [16,17] har utvärderat verk-samhetsövergripande program och program riktade mot specifika kliniker i National Health Services (NHS) i Storbritannien. De mångfacetterade programmen Safer Patient Initiative 1 och 2 (SPI1, SPI2) med initiativ riktade mot högsta ledningen, kulturen, mm, syftade till för-bättrad säkerhet på mikronivå samt till att stärka förmågan till organisatorisk och kulturell förändring. Programmen studerades med stöd av mixad metod före och efter implementering-en och med kontrollsjukhus för jämförelse. Studien av implementering av SPI1 visade att endast två av flertalet studerade faktorer visade en signifikant förbättring jämfört mot kon-trollsjukhus. Den efterföljande studien av SPI2, fas två av implementeringen, visade likaledes få signifikanta förbättringar som kunde knytas till programmet. Konklusionen var att förbät-tringsarbete redan pågick eller att de studerade faktorerna redan hade goda resultat på vissa kontrollsjukhus och jämförelse därför inte visade på skillnader.

En studie av Benn, Burnett, Parand, Pinto, Iskander och Vincent [18] som analyserade de två ovan nämnda studierna, beskriver komplexiteten och metodproblem i forskning av dylika interventioner och varför utvärderingarna kan visa på en obefintlig skillnad eller försämring jämfört med kontrollgrupper. De menar att hur insatserna faktiskt implementeras är kontextberoende och att den faktiska mätning av resultaten varierar vilket försvårar jämförelse av resultaten. De menar vidare att organisationer som är omogna ur ett patientsäkerhetsperspektiv kan ha större nytta av interventioner än de som redan arbetar med frågan.

Dessutom ser man i en etnografisk fältstudie av Dixon-Woods, Leslie, Bion och Tarrant [19] att ett förbättringsinitiativ ger ”ringar på vattnet” även hos verksamheter som inte deltar, liksom att en lag eller reglering av verksamheten kan få vårdgivaren att agera och därmed få lika goda eller bättre resultat än de som deltar i förbättringsinitiativet.

Dixon-Woods, Bosk, Aveling, Goessel och Provonost [20] lyfter fram i sin studie av två likadana satsningar, en i USA, den andra en ”kopia” i Storbritannien, en karismatisk ledares positiva inverkan. Denna inverkan fanns i satsningen i USA genom ledare för Johns Hopkins sjukhus till skillnad från satsningen i Storbritannien där tjänstemän stod i främsta ledet.

I en intervjustudie med platsbesök, inklusive litteraturstudium av >300 peer-reviewed artiklar har Taylor, Ridgely, Greenberg, Sorbero, Teliki, Damberg et al. [21] utvärderat tre satsningar, finansierade av Agency for Healthcare research and Quality (AHQ) i USA, med totalt 63 projekt för ökad patientsäkerhet i mikrosystem. Studien visade att få av förbättringsprojekten utnyttjade basal kunskap om hur man driver systematiskt förbättringsarbete framgångsrikt. Med sådan basal kunskap avsågs framgångsfaktorer och hinder som t.ex. tidigare erfarenhet, engagemang och stödjande organisation, att allokera tid för projektmedlemmar samt att enkla projekt var att föredra framför komplicerade.

Kaplan, Provost, Froehle och Margolis [22] har med stöd av 10 experter och litteraturstudier av förbättringsarbete identifierat, testat och definierat 25 faktorer i kontexten som påverkar och påverkas av förbättringsgrupper och därmed påverkar huruvida en satsning är framgångsrik. I modellen de kallar ”Model for Understanding Success in Quality” (MUSIQ) har man även samlat kunskap från andra liknande studier och den kan även tillämpas vid vetenskapligt studium och utvärdering av förbättringsprogram/satsningar. Faktorer av särskilt intresse för denna uppsats är t.ex. befintligt kvalitetsarbete eller modeller/program för det, nationella kampanjer och pågående satsningar, ledarskap och förbättringskunskap. Se bilaga 1 för urval av SLL:s arbete.

I en deskriptiv tvärsnittsstudie har Roback, Nygren, Rahmqvist, Öhrn, Rutberg och Nilsen [23] frågat personer i Sverige med särskilt ansvar för patientsäkerhet om vad som haft eller kommer att ha betydelse för att uppnå god patientsäkerhet i dag och i framtiden. Bland de fem viktigaste faktorerna av 36 föreslagna för dagens patientsäkerhetsnivå låg patientsäkerhetslagen som nummer tre. Författarna var något förvånade över detta men resonerar att lagen kan uppfattas som stöd för respondenterna i sina strävanden. De två mer viktiga faktorerna var händelse- och riskanalys samt rapportering av avvikelser. För att uppnå ökad patientsäkerhet framledes ansågs organisationskultur som uppmuntrar rapportering och är icke-skuldbeläggande viktigast.

I en rapport över patientsäkerhet av Shojanian et al (red) har Pizzi, Goldfarb och Nash [24] beskrivit säkerhet och kultur i olika branscher, däribland hälso- och sjukvården, och beskriver bland andra Veterans Health Administrations angreppssätt i form av ett program för säker

vård i USA. Programmet bestod av satsning i flera dimensioner i syfte att påverka organisationskulturen. Detta skulle ske genom att visa på ledningens engagemang för patientsäkerhet, skapa en organisation för styrning av patientsäkerhetsarbete och förbättrade rapporteringssystem med möjlighet till anonym avvikelserapportering. Dessutom infördes incitament i form av ekonomisk belöning till individer eller grupper som utvecklat patientsäkerhetsarbetet samt krav på höga ledare att visa engagemang och målpuppfyllelse med risk för avsked vid uteblivna sådana. Trots framgång i implementeringen konstaterar forskarna att det är svårt att mäta kulturens betydelse för säkerheten.

Inte bara kulturens betydelse är svårt att mäta utan även att mäta ökad patientsäkerhet i sig är en komplex uppgift. Nilsen, Nygren, Örn och Roback [25] säger i sin granskning av 19 patientsäkerhetsberättelser på landstingsnivå i Sverige 2010 att operationalisera utfall av patientsäkerhetsarbetet som förekomst av vårdskador är svårt och resurskrävande. Studien formade en modell där kontext, struktur, process och resultat, de tre senare begreppen formulerade av Donabedian, kompletterad med Argyris och Schöns modell om double-loop lärande, utgjorde grunden för utvärdering av patientsäkerhetsarbete [25]. Med stöd av modellen granskade man PSB skrivna på landstingsövergripande nivå 2010 och konstaterar också att det krävs metodologisk pluralism för detta då det är svårt att kvantifiera alla aspekter av patientsäkerhet.

Styrning för ökad patientsäkerhet

En reviewstudie över regleringen av patientsäkerhet av Mello, Kelly och Brennan [26] beskriver förhållanden i USA vilka inte är jämförbara med svenska förhållanden. Det är dock värt att notera fenomenet att regleringen emanerar ur en pluralistisk miljö där både top-down lagar, marknaden, privata initiativ och lokal reglering bidrar till okoordinerad styrning av hälso- och sjukvård. För att ändra på detta efterlyser man reglering som stöder patientsäkerhetsinitiativ som är riktade mot säkerhet hellre än effektivitet, reglering som bidrar till lärande och som är kostnadseffektiv.

Axelsson [27] har i sin avhandling genom traditionell rättsdogmatisk metod³ kartlagt och studerat den svenska regleringen och ansvarsfördelning av kvalitetssäkring och patientsäkerhet. Axelsson konstaterar att kvalitetskrav i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) rör alla vårdgivare, både landstingets och privata och att krav om att fortlöpande och systematiskt utveckla vården har funnits sedan 1997. Axelsson menar vidare att det är viktigt då huvudmannen dvs. landstinget, överlåter till privat aktör att bedriva vård, att kvalitetskrav ställs i avtalen och att huvudmannen följer upp om kraven uppnås. Vårdgivarens ansvar regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, patientsäkerhetslagen 2010:659 och patientdatalagen 2008:355 samt i Socialstyrelsens föreskrifter.

Vårdgivaren kan inom lagramen själv avgöra hur man bedriver och styr sin verksamhet och är ytterst ansvarig för kvaliteten. Ett lagkrav finns dock om befattningen *verksamhetschef* som

³ "Rättsdogmatikens kunskapsintresse är att rekonstruera innehållet i gällande rätt inom en viss fragmentarisk del av ett rättssystem. Kunskap om gällande rätt kan enligt en traditionell rättsdogmatisk metodlära nås via studier av inom varje rättsordning etablerade rättskällor såsom lag och andra föreskrifter, rättsprinciper, rättspraxis, förarbeten och doktrin. Gemensamt för dessa kunskapskällor är att de utgör vad man brukar kalla rättssystemintern kunskap." Om interaktiv rättsdogmatik av Minna Gräns i Interaktiv rättsvetenskap red. Gräns M, Westerlund S. Tillgänglig: <http://scholar.google.se/scholar?hl=sv&q=traditionell+r%C3%A4ttsdogmatisk+metod&btnG=> 2013-05-04

vårdgivarens ledning ska inrätta med specificerade skyldigheter. Förarbetena till lagkravet pekar på bland annat ansvar för hög patientsäkerhet men också ett samlat administrativt, ekonomiskt och medicinska ledningsansvar och att verksamhetschefen är ansvarig även om denna överlåtit en del av arbetsuppgifterna till annan. Axelsson [27] refererar till Socialstyrelsens rapport "Verksamhetschef i hälso- och sjukvård – en nyckelroll för patientsäkerheten?" från 2005 där fem av tio verksamhetschefer uppger tidsbrist för att fullgöra uppdraget och att de tvingas prioritera sjukvårdsproduktion och budgetbalans framför patientsäkerhetsarbete och utveckling av vården. Axelsson menar att reglering kring god kvalitet och patientsäkerhet har funnits länge. Axelsson menar också att det krävs kunskap om ansvaret och innebörden och en lagefterlevnad för att de ska bidra till patientsäkerhet och att det inte går att lagstifta bort en bristande efterlevnad med flera lagar så som patientsäkerhetslagen 2010:659. Axelsson [27] föreslår att ett motsvarande tillståndsförfarande kopplat till en medicinträttslig utbildning och ackreditering inför start av hälso- och sjukvårdsverksamhet övervägs, istället för som idag en anmälan till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens tillsynsrapport 2013 [28] som bygger på statistik, beslut, anmälningar och klagomål ger en bild av nuläget. Tillsynen av Lex Mariaärenden visar att de har fördubblats de senaste 10 år och att klagomål som avseende patientsäkerhetsrisker ökade med 400 stycken mellan 2011 och 2012. Både Lex Mariaärenden och klagomål var vanligast inom somatisk specialistvård. Brister i kunskap och förståelse för att bedriva sin verksamhet systematiskt och kunskap och förståelse för lagkrav och lagefterlevnad upptäcktes. Socialstyrelsens slutsatser var bland annat att vårdgivare bör ta större ansvar för kvalitetsarbete enligt föreskriften om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9.

Det lokala problemet

Det saknas en översikt över förekomst av vårdskador i SLL, men extrapolerat Socialstyrelsens journalgranskning 2008 till att avse 21 % av Sverige dvs. SLL skulle det kunna innebära att 1-2 personer i landstinget dör av vårdskador dagligen och att den förlängda vårdtiden håller 15 vårdavdelningar sysselsatta med att hantera personer med vårdskador (personlig kommunikation Ann Fjellner 2013-05-18).

Patientsäkerhetslagen 2010:659 [6], Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 [7] och den statliga ersättningsrelaterade satsningen [30] syftar till att styra landsting och vårdgivare att öka säkerheten. Ett av grundkraven i satsningen för att få ta del av ersättningen 2011, 2012 och 2013 var att vårdgivare har skrivit den lagstadgande patientsäkerhetsberättelsen (PSB) enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 (se bilaga 2). Landsting och regioner fick i uppdrag att förmedla kraven och försäkra genom självdeklaration att vårdgivare uppfyllde kraven. I SLL fick Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och dess medicinska stab och beställaravdelningar i uppdrag att implementera den ersättningsrelaterade satsningens obligatoriska krav hos berörda vårdgivare, bland annat den om PSB [35].

HSF:s beställaravdelningar har i uppdrag att avtala, finansiera och följa upp hälso- och sjukvård för invånare i Stockholms län och har därmed en nära kontakt med vårdgivare. Vårdgivare har genom avtal med SLL bundit sig att följa lagar, SLL:s policyer och åtaganden som t.ex. de ersättningsrelaterade satsningarna⁴.

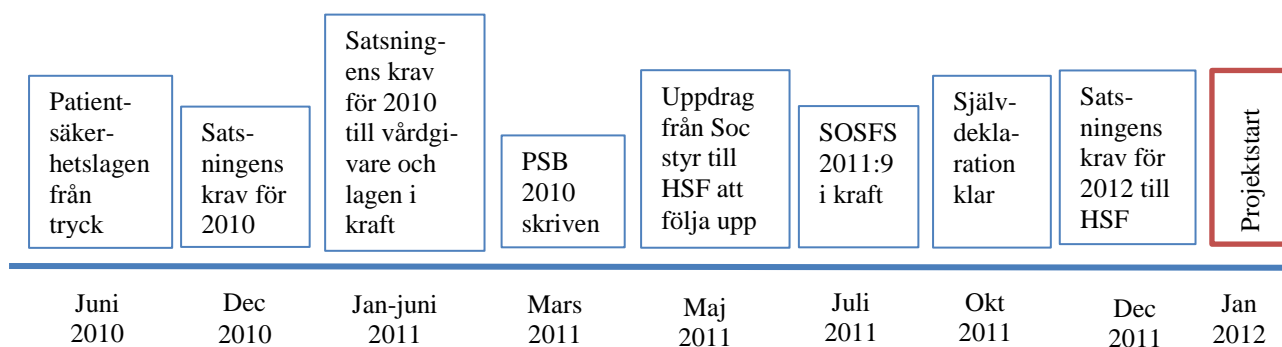
⁴ Denna form av styrning kallas avtalsstyrning

En PSB är en årlig sammanfattning där vårdgivaren redogör för sin patientsäkerhet. Patientsäkerhetslagen § 10 om patientsäkerhetsberättelse ger dock liten vägledning om hur den ska utformas. Däremot framgår att den ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits och så att olika intressenter kan ta till sig innehållet. Paragraf 10 säger vidare att *vårdgivaren* ska ha upprättat sin PSB senast den 1 mars varje år och att det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
 2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
 3. vilka resultat som har uppnåtts.
- Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.[6]*

Implementeringsarbetet av PSB bestod initialt, med vissa förtydliganden, i att vidarebefordra kraven till vårdgivarna så som de formulerades i lagen och satsningen, vilket ledde till en flod av motfrågor som t.ex. hur en PSB ska skrivas, vilket HSF:s medarbetare hade svårt att besvara. En analys av 76 stycken PSB skrivna avseende 2010 [36] visade också att, framför allt små vårdgivare hade en mager beskrivning av sitt patientsäkerhetsarbete, vilket indikerade att det rådde en osäkerhet om hur en PSB ska skrivas samtidigt som den i vissa fall blottade en ringa kunskap om, och erfarenhet, av att arbeta med patientsäkerhet.

Tidplanen för implementeringen var snäv och tiden mellan publicering av lagen och föreskriften som tydliggör lagen, var ett halvår vilket bidrog till oklarhet i implementeringen (se figur 3). Dessutom hade flera vårdgivare initialt inte kännedom om patientsäkerhetslagen, trots att den är central, inte bara för patientsäkerhet, utan för att den ersätter LYHS, lagen om yrkesverksamhet i hälso- och sjukvården.



Figur 3 Tidslinje för den ersättningsrelaterad satsning för ökad patientsäkerhet, tillkomst av patientsäkerhetslagen 2010:659, Socialstyrelsens föreskrift SOSF 2011:9 och aktiviteter på HSF.

Det rådde också oklarhet hos både vårdgivare och HSF kring vem som ska skriva en PSB. Frågan adresserades implementeringsgruppen och krävde en utredning av begreppet ”vårdgivare” med anledning av SLLs styrmodell. SLL styrs med stöd av den s.k. Stockholmsmodellen som skiljer på rollerna mellan de som producerar vård och de som beställer vård. Modellen utformades 1992 och syftade till att införa intäktsfinansiering, öka produktiviteten, påverka väntetider samt öka mångfalden av entreprenörer [37]. Vid en utvärdering 1993 komplettera-

des modellen med kvalitetsuppföljning samt en kvalitetspolicy [38]. SLL benämner sig huvudman och definierar enligt utredningen vårdproducenter som vårdgivare⁵.

I implementeringen av satsningens krav om PSB restes även frågan om vad man ska göra med sin PSB när den väl är skriven. Det fanns ingen plan från HSF:s sida och vårdgivarna undrade om de skulle skicka in dem till HSF och till vem i så fall.

Här fanns ett gyllene tillfälle att nyttiggöra en årlig, obligatorisk PSB i uppföljning av vårdgivares status i patientsäkerhetsarbete. Uppföljning är en del av kärnverksamheten för HSF. Enligt hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 kan SLL som huvudman överlåta sitt ansvar att förmedla god och säker vård till annan, men ska då också följa upp avtalet och avtalet ska uttrycka lagkrav [27]. Inom området somatisk specialistvård sker företrädesvis avtalsuppföljning vilket innebär kontroll och avstämning av parametrar så som volymer producerad vård, ersättning och tillgänglighet, kvalitetsindikatorer och den nationella patientenkäten.

Parametern *patientsäkerhet*, uttryckt som t.ex. allvarliga läkemedelhändelser, förekomst av vårdskador eller MRSA-odlingar bland riskpatienter följs årsvis i akutsjukhusens avtal [39]. En till två frågor som berör *patientsäkerhet och läkemedel* i den nationella patientenkäten följs upp hos flera vårdgivare. Uppföljning av patientsäkerhet i övriga ca 300 avtal inom somatisk specialistvård sker i ytterst liten skala. Uppföljning i dialog kring patientsäkerhet inom somatisk specialistvård sker inte i dag, varför en sådan insats välkomnades av implementeringsgruppen och av intresserade avtalshandläggare inom beställaravdelningen Somatisk specialistvård.

Patientsäkerhetsarbete har bedrivits i SLL redan innan den ersättningsrelaterade satsningen och patientsäkerhetslagen tillkom. SLL har inget särskilt program för sitt patientsäkerhetsarbete utan det sker som lokala initiativ och ibland som implementering av nationella eller regionala insatser, med eller utan stöd av SLLs Patientsäkerhetskommitté som är ett kunskaps- och rådgivande organ (se bilaga 1). Frågan var hur den ersättningsrelaterade satsningens krav om en PSB kunde integreras och implementeras för att skapa nytta. En intern undersökning bland vårdgivare avseende den ersättningsrelaterade satsningen och HSF:s arbete med den visade att det fanns en viss risk att tappa fokus på pågående aktiviteter, men att satsningens koppling till ekonomisk ersättning tyder på att patientsäkerhet är en prioriterad fråga hos regeringen [40].

Mot bakgrund av att patientsäkerhet är en essentiell, men komplex, karaktäristika av hälso- och sjukvårdssystem och för att ett antal initiativ för ökad patientsäkerhet prövas, kan man konstatera att det är oklart hur styrinitiativen kring patientsäkerhet på nationell nivå hanteras i praktiken på landstingsregional nivå och vilka lärdomar som kan kopplas till sådana initiativ.

Vårdgivare, som befinner sig närmast patienten i hälso- och sjukvårdssystemet, är den part som kan förbättra sina arbetssätt så att vården blir säkrare [41, 42]. Kunskap och förståelse för patientsäkerhet hos vårdgivare är en grundförutsättning för arbete mot ökad patientsäkerhet [43], ett arbete som ska komma i uttryck i en patientsäkerhetsberättelse. Hälso- och sjukvårdens makronivå kan bidra till säkerheten genom att ta initiativ på systemnivå, stimulera genomgripande lokala förbättringsprojekt och ständigt uppmuntra och säkra kompetens och förmåga att leda och uppnå goda resultat på systemnivå [43].

⁵ vårdgivare = alla med unikt organisationsnummer samt enligt Hälso- och sjukvårdsnämnden i SLL (HSN) beslut även sjukhusen i egen drift, även om de har samma organisationsnummer som landstinget i helhet (personlig kommunikation Ann Fjellner, HSF 2012-07-08)

Erfarenheten av att kommunicera den ersättningsrelaterade satsningens, tillika lagens, krav om PSB tillsammans med analysen av PSB [36] tydde på att det behövdes stöd till såväl vårdgivare som avtalshandläggare för att närma sig lagens intentioner om ökad patientsäkerhet samt satsningens intention att detta patientsäkerhetsarbete ska bli en integrerad del av landstingets ordinarie verksamhet. Framför allt små och en-personsvårdgivare efterfrågade och visade behov av stöd.

Den svenska studien av 19 landstingsövergripande patientsäkerhetsberättelser [25] konstaterar att patientsäkerhetsberättelsen har goda förutsättningar som ett instrument för utveckling av patientsäkerhet, men att ytterligare utveckling av den behövs.

Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete har huvudsakligen beskrivits ur ett mikrosystemperspektiv samtidigt som man inom teorier om patientsäkerhet omfamnar tanken om att hela systemet på såväl makro-, meso- som mikronivån är involverat. Denna studie avser bidra till kunskap genom att belysa patientsäkerhetsarbete på makronivån.

Praktikprojektets syfte

Praktikprojektets syfte var att bereda lättillgängligt stöd för att skriva, tolka och genomföra en uppföljning i dialog med en PSB samt lärseminarier kring detta. Dessutom syftade praktikprojektet till att införa dialogen som en del av avtalsuppföljningsprocessen.

Projektmålen var att skapa

- en mall för dokumentation av PSB
- lärseminarium kring PSB-mallen, patientsäkerhetslagen 2010.659 och föreskriften SOSFS 2011:9 riktad till vårdgivare
- en manual bestående av PSB-mallen samt tips och råd till handläggare kring en uppföljningssituation
- lärseminarium kring manualen riktad till avtalshandläggare och andra intresserade inom HSF
- ett pilotprojekt på avdelningen Somatisk specialistvård där PSB eller delar av den användes som underlag vid uppföljningstillfällen i dialog hos en grupp små vårdgivare inom somatisk specialistvård och en dokumenterad del avtalsuppföljningsprocessen

Studien av praktikprojektet, syfte och frågeställningar

Syftet med studien av praktikprojektet var att belysa hur ett statligt styrinitiativ avseende patientsäkerhet hanterades i praktiken och vilka lärdomar som kan knytas till ett sådant projekt.

De specifika frågeställningarna var:

1. Vilka erfarenheter kan knytas till insatser som följer av ett statligt styrinitiativ avseende patientsäkerhet i en hälso- och sjukvårdsadministrativ organisation, hos vårdgivare samt i interaktionen dem emellan?
2. Vilka erfarenheter hos vårdgivare kan knytas till praktikprojektet beträffande skrivstöd och lärseminarier och ledde insatserna till ökad förståelse för innebörden av patientsäkerhet hos dessa?
3. Vilka erfarenheter hos avtalshandläggare kan knytas till praktikprojektet beträffande uppföljningsstöd och ett nytt sätt att följa upp och lärseminarier kring detta? Ledde insatserna till ökad förståelse för innebörden av patientsäkerhet hos avtalshandläggare?

Metod och empiriskt fält

Empiriskt fält

Stockholms läns landsting

SLLs organisation avspeglar beställar-utförarmodellen. Organisationen består av de politiskt beslutande organen Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och dess tjänstemannaorganisation HSF. Denna del ansvarar för beställning, finansiering kunskapsstyrning och uppföljning av hälso- och sjukvård. Landstingsstyrelsen (LS) är den andra politiska organisationen och som med sin tjänstemannaorganisation Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) ansvarar för drift av vård i egen regi inklusive regionutveckling, konst, länstrafik, lokaler, mm. De två organisatoriska delarna knyts samman på övergripande nivå av den ytterst beslutande politiska organet Landstingsfullmäktige.

Den andra parten är utförare dvs. vårdgivare. På utförarsidan finns vårdproduktion i såväl landstingets egen drift som i privatdrift samt läkar- och sjukgymnasttjänster på nationella taxan som finansieras via landstinget. I SLL finns ca 1800 vårdgivare [44]. Relationen mellan beställare och de enskilda utförarna stipuleras av vilken typ av avtal eller överenskommelse⁶ som ingåtts mellan parter (se figur 4). Avtalsformer är bland annat (1993:1651) lagen om läkarvårdsersättning (LOL) alternativt (1993:1652) lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Avtal sluts enligt lagen om vårdval (LOV) eller enligt lagen om upphandling (LOU) eller genom överenskommelse direkt (landstingets egendrift). De två senare är ej markerade i figur 4.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL och dess beställaravdelningar

HSF består av ca 600 tjänstemän och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören, i dag även biträdande landstingsdirektör. Organisationen är indelad i beställaravdelningar, avdelningar för kunskapsstyrning samt stödverksamheter (se bilaga 3).

Beställaravdelningarna och avtalshandläggarna

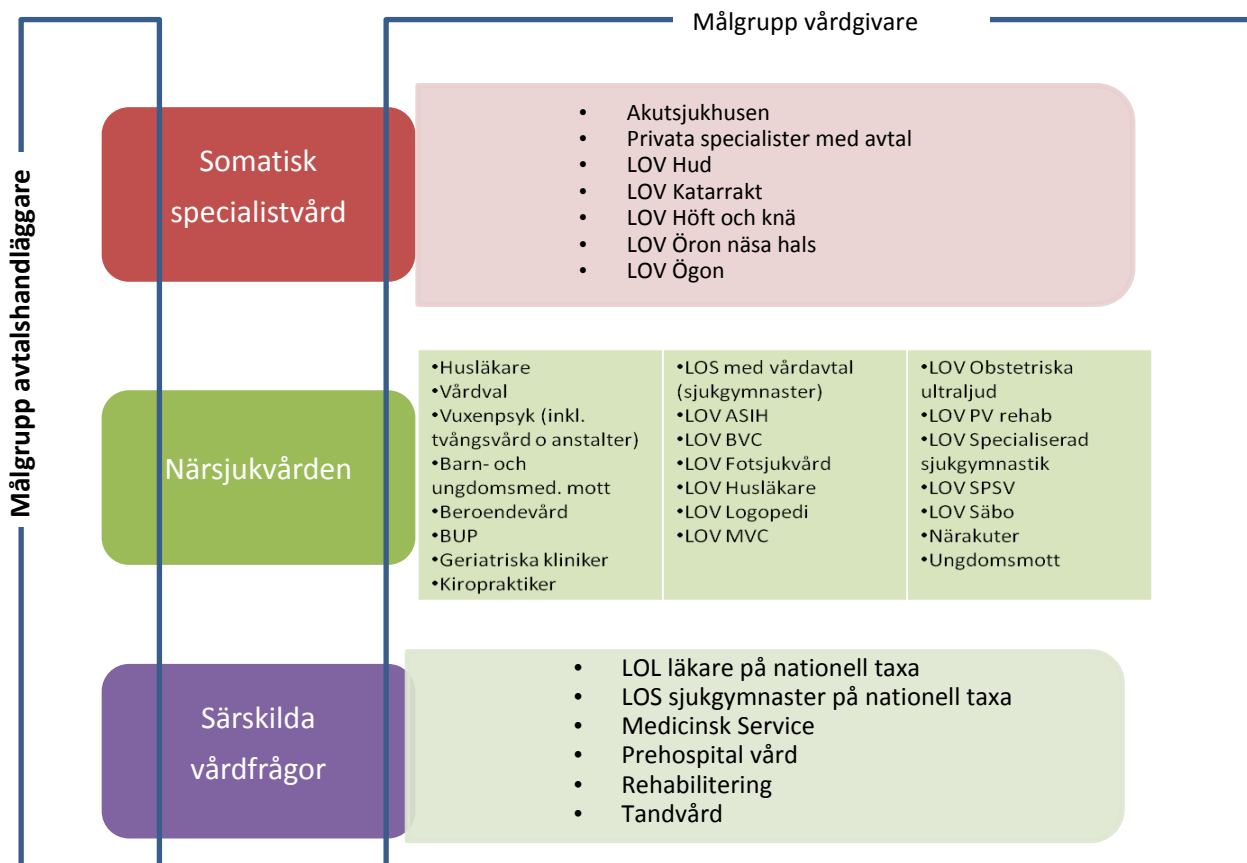
Beställaravdelningen Somatisk specialistvård avtalar och följer upp all somatisk specialistvård, oavsett driftsform, med akutsjukhusen (7 st), mindre sjukhus och enskilda specialister i öppenvård.

Avdelningen Särskilda Vårdfrågor avtalar och följer upp medicinsk service (radiologi och laboratoriemedicin), ambulansvård, mm och ansvarar för utbetalning till de läkare och sjukgymnaster som verkar enligt lagen om den nationella taxan. HSF:s uppdrag är enbart att ombesörja ersättning av statliga medel mot faktura, men inte att avtala eller följa upp dessa vårdgivare.

⁶ Ett ”avtal” inom en organisation tex mellan beställaren och vårdgivare som verkar i landstingets drift, benämns överenskommelse, ej avtal. För enkelhetens skull används dock begreppet ”avtal” i denna text.

Den tredje beställaravdelningen, Närsjukvård, ansvarar för avtal och uppföljning av husläkarverksamhet, ASIH, fotvård, logopedi, rehabilitering, mm (se figur 4).

Avtalshandläggare med varierande yrkesbakgrund har i uppdrag att förhandla, följa upp avtal och att vara kontaktperson mot sina vårdgivare. I HSF finns ca 80 avtalshandläggare.



Figur 4 Beställare per vård/avtalsform samt målgrupper för projektet.

Projektmedlemmar

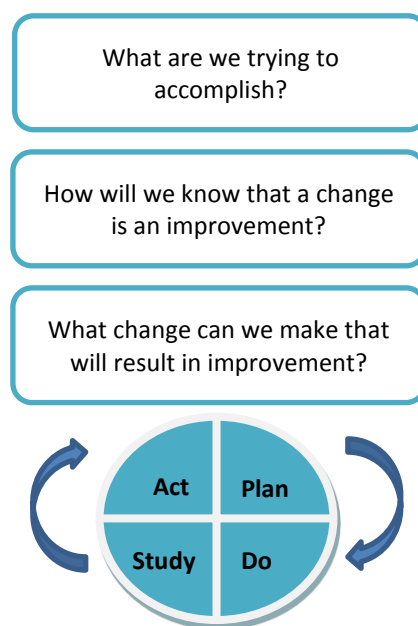
Deltagare i genomförandet av praktikprojekten har successivt anlitats och entledigats och kommer från beställaravdelningar, kommunikationsavdelningen, medicinska staben samt enheten medicinsk fortbildning. Pilotprojektet genomfördes på och av avtalshandläggare på avdelningen Somatisk specialistvård. Målgruppen för resultatet av praktikprojektet var samtliga avtalshandläggare (även andra yrkeskategorier inbjöds) och samtliga vårdgivare, även om utgångspunkten var de små vårdgivarna (se figur 4).

Mitt uppdrag på avdelningen Somatisk specialistvård är verksamhetsutvecklare. Jag är specialistsjuksköterska inom pediatrik omvårdnad, diplomerad marknadsförare, projektledare och facilitator samt mastersstudent i programmet Kvalitetsförbättring och ledarskap i hälsa, vård och omsorg vid högskolan i Jönköping. Jag har sedan mitten av 1990-talet arbetat med förbättringsarbete både praktiskt och strategiskt samt med lednings- och styrningsfrågor. Jag har sedan 1999 fokuserat och förkovrat mig i patientsäkerhet. Tillsammans med mina erfarenheter från både beställar- och utförarsidan bidrar detta till mina värderingar som påverkar denna

uppsats. Mina minnesanteckningar och dagbok från projekttiden är datakälla till lärdomar, både de jag själv och andra gjort.

Metod för praktikprojektet

Plan-Do-Study-Act-modellen (PDSA-modellen) för förbättring av processer eller produkter innehåller principer och värderingar som manar till att tänka efter före, att mäta för att veta och till att testa i liten skala innan man inför ett nytt arbetssätt på bred front. Förutom principer och värderingar innefattar PDSA-modellen vissa verktyg i förbättringsarbetet. Modellen har en sådan enkelhet att den kan appliceras både på förbättring och på nyskapande, varav det senare var aktuellt i praktikprojektet. Modellen består av tre frågor kopplade till en förbättringscykel (se figur 5). De tre frågorna syftar till att rikta och precisera fokus för projektet [45].



Figur 5 The Model for Improvement. Fritt efter Langley et al.[45].

All förändring är inte förbättring, men all förbättring är en förändring [41]. För att säkra att en förändring också är en förbättring behöver problemet som man vill åtgärda beskrivas och mätas.

I praktikprojektet besvarades PDSA-modellens frågor enligt följande:

Vad vill vi uppnå? *Vi vill ha en säker vård i SLL, och utnyttjar krav i lagar och föreskrifter, för att uppmuntra och vägleda vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete.*

Hur vet vi att en förändring är en förbättring? *Vi mäter deltagandet i lärseminarier bland vårdgivare och avtalshandläggare och efterfrågar deltagarnas nöjdhet och vi jämför PSB före och efter lärseminarium.*

Vilka förändringar kan vi göra som leder till förbättring? *Vi kan ge ett hands-on stöd till vårdgivare i att skriva en PSB på ett sätt som gör att de både följer lagen OCH stimuleras till*

ökat patientsäkerhetsarbete. Vi kan använda den lagstadgade PSB i vår uppföljning, men då måste vi själv ha kunskap om hur en PSB ska skrivas och förståelse för vad patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete är – dvs. vi erbjuder våra avtalshandläggare ett lärseminarium i PSB och uppföljning samt skapar manual för det.

Förbättringsrampen lanserades som svar på dessa frågor (se bilaga 4). Förbättringsrampen är en serie förbättringsinitiativ där varje PDSA-cykel är tänkt att stärka den andra. Förbättringsinitiativen är flera, pågår parallellt och sekventiellt och testades ganska omgående. Tillvägagångssättet har funnits effektivt i stora eller komplexa system [45].

PDSA-modellen tillämpades enligt följande per förbättringscykel:

Plan - problemet och lämplig projektgrupp identifierades. En gemensam bild av problemet och en målbild skapades. Mätetal övervägdes. Lämplig mätmetod var intervju, mätning av antal deltagare och nöjdhet med lärseminarier. I denna fas skapades nya sätt att arbeta dvs. dokumenten och lärseminarierna och uppföljning med PSB. Med lärseminarier avses mötes-tillfällen där vårdgivare respektive avtalshandläggare fick möjlighet att lära sig mera om hur och varför en PSB ska skrivas samt för avtalshandläggare dessutom hur de kan initiera en uppföljning i dialog kring den. ”Dialog” betyder utbyte av åsikter, vilket kan leda till förståelse [46] och syftar i detta fall till att uppföljningen inte ska vara en kontrollsituation utan att uppföljningen genom samtalet mellan avtalshandläggare och vårdgivare ska bereda möjlighet till ömsesidig ökad förståelse för patientsäkerhet.

Do – en testfas där de nya lärseminarierna och dokumenten testades. Antal deltagare mättes och enkätundersökning bland deltagare i lärseminarierna genomfördes, liksom en intervju av HSF-medarbetare som arrangerat lärseminarierna med frågan om förbättringspotential inför följande omgång av lärseminarier. Manualen och uppföljningen i dialog testades.

Study – analys av inhämtad data skedde i olika grupper. Lärdomar noterades fortlöpande i dagbok och identifierades genom brainstorming övningar och vävdes in i projektet.

Act – efter eventuella justeringar utifrån lärdomar publicerades mall och manual på intranät. Lärseminarierna upprepades och uppföljningar i dialog genomfördes. Samtliga resultat av praktikprojektet inarbetas för närvarande i HSF:s rutiner.

Denna uppsats författare har i sin roll som initiativtagare och projektledare i praktikprojektet antagit en faciliterande ansats vid interaktion med projektmedlemmar. En facilitator är en stödfunktion eller underlättare, som genom att hantera projekt- och mötesadministration, kan sprida kunskap mellan förbättringsteam, bidra till ökat lärande och vara ett stöd för upptagna chefer och vårdpraktiker [47]. Genom att författaren svarade för mötesplanering, bokning och dokumentation samt ledning av möten kunde projektgruppsmedlemmarna fokusera på att bidra med sin kunskap och på att inhämta kunskap från andra medlemmar.

Författaren har svarat för all kommunikation i syfte att informera och hämta godkännande hos berörda chefer inom HSF. Praktikprojektet genomfördes mellan januari 2012 och mars 2013. Praktikprojektet har presenterats på konferenser regionalt, nationellt och internationellt och har kommunicerats via SKLs nätverk för patientsäkerhet utifrån grundvärdering att ”Delad kunskap växer”⁷.

⁷ Fd Huddinge universitetssjukhus devis.

Studiedesign och datainsamlingsmetoder för studien av praktikprojektet

Studien presenteras i denna uppsats enligt IMRAD-modellen⁸ med inslag av SQUIRE-modellen [48].

Studien är en deskriptiv fallstudie med sex analysenheter [49]. Fallet omfattar hanteringen i SLL av två statliga beslut⁹ ämnade att öka patientsäkerheten och resultat av de åtgärder som vidtagits. Kontexten är SLL:s unika beställar-utförarmodell och analysenheterna är intervjuerna av *vårdgivare* i vårdvalet, *avtalshandläggare som genomfört uppföljning*, *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium* samt *medarbetare på HSF* som deltagit i utformningen av stödmaterial. Ytterligare analysenhet är *vårdgivares PSB* samt *dagbok och minnesanteckningar*.

Studien bygger på empiriska belegg genom observation av skeenden och genom intervjuer av de som deltagit i skeendet samt använder sig av annat empiriskt material så som minnesanteckningar, dagböcker och PSB. Processerna och resultatet studeras i sin kontext. I linje med praxis för fallstudier tillämpas såväl kvalitativa som kvantitativa metoder [49].

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom intervjuer, studium av författarens dagbok och minnesanteckningar samt genom studium av PSB.

I studien användes triangulering genom datainsamling från olika respondenter [50]. Triangulering skedde genom att samma fråga ställdes till både *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* och *vårdgivare*. Två intervjumetoder användes – riktat öppen intervju för *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* samt för *vårdgivare*. Riktat öppen intervju innebär att man eftersöker sammanhangsbestämd kunskap om kvaliteter som intervjuaren definierat. Analysen begränsas till skeendets kvaliteter [51].

Intervjumetoden fokusgruppsintervju användes vid intervju av *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium* samt vid intervju av *medarbetare på HSF*. Fokusgruppsintervju kan användas för kvalitativ datainsamling bland individer som erfarit en specifik konkret situation. I denna studie är inte interaktionen mellan medlemmarna i fokusgruppen av intresse, men däremot att intervjuformen eventuellt kan stimulera individerna att komma på flera tankar och idéer [52].

⁸ IMRAD står för strukturen Inledning-Metod-Resultat-Diskussion.

⁹ Med beslut avses §10 i Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659, krav om PSB och den ersättningsrelaterad satsning i överenskommelse mellan stat och SKL om ökad patientsäkerhet.

Analys av intervjuer

Data bearbetades i fler steg i analysen i turordning 1-6 enligt tabell 1.

Tabell 1 Databearbetningen steg.

1. Transkript av intervju	2. Identifiering av meningsbärande enheter	3. Kondensat av meningsbärande enheter	4. Kodning	5. Gruppering av koder	6. Teman
---------------------------	--	--	------------	------------------------	----------

Analysen av de riktat öppna intervjuerna var en kvalitativ manifest innehållsanalys avseende analysenhet *vårdgivare i vårdvalet*, analysenhet *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* samt analysenheten *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium*. Även analysenhet *medarbetare på HSF* analyserades genom manifest innehållsanalys [53] medan analysen av patientsäkerhetsberättelser var en kvantitativ innehållsanalys genom att räkna antalet beskrivna aspekter av patientsäkerhet av totala antalet möjliga.

De riktat öppna intervjuerna spelades in. Inspelningarna genomlyssnades flera gånger och de essentiella passen i inspelningen transkriberades. Ord, meningar och ljud så som skratt, hälsningsfras eller samtal som berörde annat än intervjun uteslöts. Därefter har ord samt meningar där respondenten uttrycker sin *erfarenhet av insatserna* och ord samt meningar som uttrycker ett *metaperspektiv på skeenden eller företeelser avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete* eller beskriver *samband i ett skeende eller företeelse avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete* noterats som meningsbärande enheter. Författaren har valt uttrycken avseende patientsäkerhet för att de korresponderar till *förståelse* så som uppfattande av vad något är eller hur olika fenomen hänger samman. Att gå från att inte förstå till att förstå innebär att man ser ett sammanhang mellan fenomen som man inte uppfattat tidigare [54,55].

Meningsbärande enheter reducerades eller kondenseras till kortare meningar. De reducerade texterna kodades genom abstraktion. Koderna har sedan kategoriserats. Utifrån kategoriernas inneboende/underliggande innebörd skapades teman som överbryggar kategorierna. Resultatet avseende *patientsäkerhet/patientsäkerhetsarbete* presenteras som kategoriserade koder och teman per analysenhet [53,56]. Resultatet avseende *erfarenheter av insatserna* presenteras uppdelat på rollen skrivare och på rollen läsare, där skrivare är *vårdgivare* som ska skriva en PSB och där läsare är *avtalshandläggare* [56].

Fokusgruppsintervjun av *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium* spelades in och moderatorn samt en dokumenterare förde anteckningar och de essentiella passen i inspelningen transkriberades. Metoden är tillämplig när det för intervjuns syfte räcker med färre nyanser [51].

Ord, meningar och ljud så som skratt, hälsningsfras eller ovidkommande samtal uteslöts. Anteckningarna fungerade som ett hjälpmedel att, vid genomlyssning, identifiera det mest essentiella i intervjun [57]. Inspelningarna genomlyssnades flera gånger och anteckningarna av moderatorn och dokumenteraren genomlästes flera gånger. Dataanalysen genomfördes så som vid de riktat öppna intervjuerna enligt ovan och presenteras som kategoriserade koder och teman avseende *patientsäkerhet* samt som *erfarenheter av insatserna* bland *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium* dvs. läsare.

Fokusgruppsintervjun av gruppen *medarbetare på HSF* spelades in och moderatorn samt en dokumenterare förde anteckningar på de framträdande ämnena. Anteckningarna fungerade

som ett hjälpmedel att, vid genomlyssning, identifiera det mest essentiella i intervjun [57]. Inspelningarna genomlyssnades flera gånger och anteckningarna av moderatorn och dokumenteraren genomlästes flera gånger och de essentiella passen i inspelningen transkriberades.

Ord, meningar och ljud så som skratt, hälsningsfras eller ovidkommande samtal uteslöts. Ord samt meningar som uttrycker respondenternas *erfarenhet av insatserna* noterades. Intervjuns tema för gruppen *medarbetare på HSF* är inte komplex varför analysen och resultatpresentationen är en enklare återgivande beskrivning [52].

Tabell 2 Beskrivning av vilken data analyserades per analysenhet.

	Avtalshandläggare som genomfört uppföljning	Vårdgivare	Avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium	Medarbetare på HSF som deltagit i utformningen av stödmaterial	PSB	Minnesanteckning, dagbok
Erfarenheter av insatser	ja	ja	ja	ja	nej	ja
Förståelse för patientsäkerhet	ja	ja	ja	nej	ja	nej

Analys av patientsäkerhetsberättelser

Analysen av PSB var en kvantitativ innehållsanalys [58] där respektive PSBs innehåll jämfördes med rastret som symboliserar en komplett PSB (se bilaga 5). Den kvantitativa analysen genomfördes i syfte att se om vårdgivarens förståelse och erfarenheter av insatserna manifesteras och/eller kan avläsas i en PSB. Tvingande lagkrav ur patientsäkerhetslagen och föreskriften om ledningssystem har valts ut och bildar ett raster som PSB jämförs med [36]. Analysen av PSB skedde mot en objektiv grund där författarens inverkan minimeras [58] och där resultatet presenteras som "fyllighet" dvs. andel patientsäkerhetsaspekter av totalt antal möjliga.

Analys av dokument

Minnesanteckningar och dagbok studerades för att dra lärdomar. Personliga dagböcker kommer till störst nytta när de kombineras med annan datainsamling så som observation [57]. Minnesanteckningar och dagboken skrevs för eget bruk under januari 2012 - december 2012. Samtliga anteckningar är daterade och de närvarandes namn har noterats, liksom händelsen. Ibland har en lärdom uttryckts explicit. Minnesanteckningarna och dagboken lästes flera gången och lärdomar drogs.

Respondenter och urval

1. En *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* och som medverkat i att ta fram manual/mall, utvecklat uppföljningen och genomfört uppföljning med PSB. Inget urval skedde då respondenten är den enda med dessa karakteristika. Ytterligare en *avtalshandläggare* ingick; *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* och som enbart genomfört uppföljning

med PSB. Inget urval skede då respondenten är den ända med dessa karakteristika. Dessa fick en personlig förfrågan om att delta i studien och information om studien via e-post (se bilaga 6).

2. Två *vårdgivare* som deltagit i lärseminarium och använt mallen och varit med om uppföljning. Urval skedde genom att studera deltagarlistor för lärseminarierna 2012 och där identifiera de som tillhör gruppen vårdvalsentreprenör specialistsjukvård. Dessa fick ett personligt brev. De två första som tackade ja inkluderades i studien (se bilaga 7).

3. En grupp av *avtalshandläggare/annan som deltagit i lärseminarium* från olika avdelningar inom HSF och som deltog i ett lärseminarium. Alla 18 som deltog fick en personlig förfrågan om att delta i studien och information om studien via e-post. Fem anmälde intresse, en person fick förhinder samma dag (se bilaga 8).

4. En grupp *medarbetare på HSF* med varierande yrkes- och organisatorisk bakgrund och som deltagit i utformningen av mall, manual och lärseminarier. Ett urval skedde till denna grupp genom att enbart inkludera dem som har haft direkt inverkan på en stödprodukt, ej personer som bidragit med administration t.ex. bokning till lärseminarier. Dessa fick en personlig förfrågan om att delta i studien och information om studien via e-post (se bilaga 9).

Genomförande av intervjuer

Respondenter för gruppen *avtalshandläggare som genomfört uppföljning* och *vårdgivare* inbjöds till en riktat öppen intervju. Intervjuerna genomfördes på respondentens arbetsplats i ett enskilt rum. Intervjun spelades in. Varje respondent fick samma fråga. Frågan bygger på författarens egen förståelse för patientsäkerhet och kontexten. För att i möjligaste mån fånga respondentens förståelse ställdes en öppen fråga för att tillåta respondenten att minnas och reflektera över sin tidigare syn och tankar på patientsäkerhet jämfört med sin syn och tankar efter deltagandet i något av de vidtagna åtgärderna i SLL. För att leda respondenten in på denna skillnad mellan då och nu valdes frågan "*Gör du, eller har du gjort något nytt eller annorlunda eller tänker du annorlunda utifrån den kunskap om patientsäkerhet du inhämtat?*". Eftersom patientsäkerhet kan ses som en kultur (attityder och värderingar) som följer intimt med agerande (patientsäkerhetsarbete) bestod frågan av orden "*gör, eller har gjort nytt eller annorlunda*" och "*tänker annorlunda*" för att fånga hela registret som kan indikera en ökad förståelse. Stödfrågor av olika slag per respondent kunde tillkomma.

Respondenterna i gruppen *avtalshandläggare/annan* är en grupp avtalshandläggare och administratörer som deltagit i lärseminarium, men inte i utveckling av stödmaterial eller genomfört uppföljning inom ramen för praktikprojektet. Denna grupp intervjuades genom fokusgruppsintervju med samma fråga som vid de riktat öppna intervjuerna i konferenslokal på respondenternas arbetsplats.

Respondenter i gruppen *medarbetare på HSF* är personerna som känner varandra eller känner till varandra. Var och en har bidragit under olika faser i genomförandet av samtliga delprojekt och har en flerårig erfarenhet av att arbeta på HSF och SLL. Intervjun genomfördes med den inledande frågan om *vilka hinder och framgångsfaktorer* man erfarit under projektets gång. Frågan bygger på författarens förståelse för att bedriva omfattande och komplexa projekt och kontexten beställar-utförarmodell. Syftet var att stimulera respondenterna att reflektera över skeendet i sitt sammanhang (kontexten). Intervjun föregicks av en föreläsning om 45

minuter där två av respondenterna, utöver författaren beskrev praktikprojektet för intressenter på HSF i ett s.k. frukostmöte.

Etiska överväganden

Allt deltagande i praktikprojektet, liksom i studien bygger på frivillighet. Praktikprojektet är ett internt förbättringsprojekt och som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Samtliga respondenter var kända för intervjuaren som är samma person som denna uppsats författare. Var och en som var aktuell för intervju blev personligen tillfrågad och informerades om studien samt fick information enligt bilagor 6, 7, 8 och 9. Kontakt skedde per telefon, muntligt eller via e-post och den tilltänkta respondenten gavs möjlighet att svara, antingen per telefon eller per e-post, inom 5 dagar. Informationsbrevet skickades via e-post. Alla resultat presenteras på gruppnivå för att skydda respondentens identitet.

Vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelse är en offentlig handling. Analysen och bedömningen av dessa redovisas inte per vårdgivare utan fungerar som ett kompletterande instrument till intervjun av vårdgivare. Uppsatsens författare har i sitt arbete inte en chefsposition gentemot avtalshandläggare eller andra medarbetare på HSF, ej heller avtalsansvar gentemot någon vårdgivare. Studien är godkänd av Hälsohögskolans forskningsetiska kommitté i Jönköping enligt utdrag ur protokoll fört vid Forskningsetiska kommitténs, Hälsohögskolan, sammanträde den 30 oktober 2012 § 3. Ansökan nr 12-09.

Resultat

Praktikprojektet - resultat och lärdomar

Lärdomar samlades och omsattes under praktikprojektets gång. Här beskrivs lärdomarna och resultatet av praktikprojektets fem delprojekt. Tillvägagångssättet var en tillämpning av PDSA-cykeln logik och systematik. Se bilaga 10 för PDSA-cykel per respektive delprojekt.

Mallen för att dokumentera varje PSB utgick från krav i lagen och föreskriften. När mallen var klar framkom att SKL utarbetade en mall inom sitt nationella nätverk för patientsäkerhet. Detta föranledde smärre justeringar i SLLs mall för att tillmötesgå eventuella krav på följsamhet till SKL:s mall i den ersättningsrelaterade satsningen. SKL:s första mall var inte anpassad för mindre vårdgivare, men ett sådant arbete har påbörjats.

Mall för dokumentation av PSB

Lärdomen från den ersättningsrelaterade satsningen var att innan man kommunicerar behöver sändaren (HSF) vara tydlig med syfte och genomförande av ett krav så att mottagaren (vårdgivare) får en möjlighet att förstå och reflektera. Kontakter med vårdgivare tydliggjorde även att många hade liten datorvana, t.ex. visste man inte hur man kommer in på Internet, laddar ner ett dokument eller skapar ett Word-dokument. Man kände inte heller till att det fanns en patientsäkerhetslag.

När mallen presenterades uttryckte de vårdgivare som representerar små och mycket små verksamheter, så som ensamarbetande läkare, sjukgymnaster och logopedier, att mallen var trots allt för omfattande. De önskade en enklare mall. Dock omfattar mallen patientsäkerhetslagens 2010:659 och föreskriften SOSFS 2011:9 mening och kan inte reduceras av en tjänsteman. Däremot kan exemplen göras mera jordnära för dessa specifika yrkesgrupper eller för en-personsverksamheter.

Delprojektet resulterade i en Word mall med tre instruktionssidor kring patientsäkerhet, lagen, föreskriften och hur mallen kan användas. Instruktionssidorna består av allmän reflektion om vad patientsäkerhet är, definitioner av vårdskador mm, lagparagrafen § 10 ur patientsäkerhetslagen samt länkar till arbetsmaterial och kunskapsunderlag på såväl Socialstyrelsens som SKLs webb. Därpå följer själva mallen med rubriker skapade utifrån patientsäkerhetslagens 2010:659 och föreskriften SOSFS 2011:9 krav. Under respektive rubrik finns lag- eller föreskrift paragrafer och kapitel noterade så att läsaren själv kan bedöma eller granska relevansen i därpå följande beskrivningar av rubrikens innebörd. Efter detta följer ett stycke med flera exempel. Exempelen är skrivna så som om de vore klippta ur en text.

”Vårt mål har varit att öka antalet analyserade vårdskador med 10 %. Vår strategi har varit att utbilda 2 personer i metoden Händelseanalys och uppdra dessa att leda händelseanalyser” [59]

Tabell 3 Rubriker i PSB-mallen

Rubriker i PSB-mallen
Sammanfattning
Övergripande mål och strategier
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet
Struktur för uppföljning/utvärdering
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet
Uppföljning genom egenkontroll
Samverkan för att förebygga vårdskador
Riskanalys
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet samt personalens klagomål och synpunkter på kvaliteten
Hantering av klagomål och synpunkter från andra än personal
Samverkan med patienter och närstående
Resultat
Övergripande mål och strategier för kommande år

[59]

Mallen kan laddas ner, och fritt bearbetas, från SLLs webb för vårdgivare.

Lärandeseminarium riktad till vårdgivare

Totalt fem lärseminarier genomfördes med ca 300 deltagare. En lärdom från seminarierna var att kommunicera en patientsäkerhetsberättelse så som ett *bokslut för föregående år*. Då blev det tydligare för många vårdgivare vad en PSB är. Seminarier bör genomföras i mindre grupper för att ge tillfälle till dialog och möjlighet att ”prova på” att skriva eller analysera en PSB. Lärdomen tillämpades vid lärseminarier för avtalshandläggare. Utvärderingarna som bygger på frågor som denna uppsats författare tog fram, visar att de flesta deltagande vårdgivare lärde sig något nytt. Se bilaga 11 för utvärdering. För många blev det också tydligt huruvida de skulle behöva skriva en PSB då vårdgivarbegreppet beskrevs. SLLs juridiska tolkning av begreppet innebär att alla vårdgivare som verkar under ett eget organisationsnummer ska skriva en PSB. Verkar man inom en vårdkoncern och dess organisationsnummer kan man luta sig

mot dennes PSB. I SLL beslutade HSN att även de verksamheter som verkar under landstingets organisationsnummer ska skriva en egen PSB (personlig kommunikation Ann Fjellner, HSF 2012-07-08).

Manual till avtalshandläggare

Manualen byggde på PSB-mallen. Råd, förtydliganden och tips om frågor till vårdgivare och förberedelser inför möte adderades.

Lärdomar var att manualen bör uppdateras kontinuerligt med gällande lagstiftning samt att manualens (och mallens) uppmaning att beskriva resultat enligt Donabedians [25] sätt att dela in mätetal i *proces-struktur-resultat* inte är allmänt känt och bör tydliggöras. Ytterligare en lärdom var att de personer som ska bidra till utformningen av stöd till avtalshandläggare behöver själva arbeta i den funktionen varför nya medlemmar till skapandet av manualen värvades. Under projektets gång tillfördes ett avsnitt med Socialstyrelsens föreskrift "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9" i en komprimerad version då den upplevdes svår att tolka.

Även controllers var inbjudna till praktikprojektet med en förfrågan om man ville börja utveckla ekonomiska uppföljningsparametrar (vårdskadekostnader, kvalitetsbristkostnader) utifrån PSB, men man tackade nej för tillfället. Lärdomen är att detta ämne/område behöver belysas bättre ur ett controllerperspektiv för att väcka intresse hos controllers och att det är ett stort projekt i sig.

Lärseminarium riktat till avtalshandläggare

Seminarierna blev kända bland flera än avtalshandläggare på HSF varför en öppen inbjudan utgick. Av ca 80 möjliga avtalshandläggare deltog 14 stycken i lärseminarierna. Övriga var kommunikatör, controller, läkare och verksamhetscontroller. Tio av 18 som svarade på utvärderingen hade lärt sig något nytt och uppskattade seminariet. Se bilaga 12 för utvärdering. Lärseminarierna kan med fördel ingå i HSF:s introduktion till nyanställda avtalshandläggare eller i annan, kontinuerlig internutbildning som ett komplement till den webbutbildning till medarbetare och chefsutbildning som upphandlas under våren och hösten 2013.

Pilotprojekt för uppföljning i dialog med PSB

I och med lanseringen av vårdval inom somatiska specialiteter fanns ett behov av en uppföljningsprocess för kontroll av de nyetablerade vårdgivarna. Avtalshandläggare ska granska att de uppfyller auktorisationens¹⁰ krav och att verksamheten kommit i gång enligt överenskommelse och i lokaler som uppfyller kraven. Detta föranleder förberedande kommunikation och ett besök på mottagningen. En avtalshandläggare inom avdelningen Somatisk specialistvård hade lagt grunden för det första uppföljningsbesök för kontroll och två avtalshandläggare ville prova att addera patientsäkerhetsfrågor.

¹⁰ Auktorisation innebär att en vårdgivare får verka inom ramen för uppdraget så länge man uppfyller uppdragets krav. Kraven finns i den s.k. förfrågningsunderlaget och i avtalet.

Tjugotre av 24 vårdvalsentreprenörer för en specialitet och tio av tio vårdvalsentreprenörer för en annan specialitet följdes upp. Författaren deltog vid 6 tillfällen. Lärdomar vävdes in i uppföljningsprocessen som beskrivs i Handbok för uppföljning av vårdval [60]. Ett samarbete inom HSF för att sprida och standardisera arbetssättet som en rutin för uppföljningen har påbörjats.

En lärdom var att det inte är enkelt att beskriva skillnaden mellan avtalsuppföljning och tillsyn som utövas av myndigheten för Inspektion för vård och omsorg (IVO)¹¹ ”Tillsyn” definieras som *övervakning, uppsikt, kontroll* [61]. Tillsyn hos IVO kan beskrivas som kontroll av lagefterlevnad [62]. Avtalsuppföljning avser också, utöver att granska avtalsefterlevnad, att stämna av verksamhetens lagefterlevnad. HSF kan vidta åtgärder så som att säga upp avtalet, medan IVO kan dislegitimera. En viktig lärdom under arbetet var också att uppföljningen av patientsäkerhet inte ska bli ett eget spår frånkopplat från övrig uppföljning.

Resultat av studien av praktikprojektet

Erfarenheter av insatser som medarbetare på HSF som deltagit i utformningen av stödmaterial - en enkel återgivning

Denna grupp medarbetare, från olika avdelningar inom HSF och med olika yrkesbakgrund, deltog i de fem projekten och reflekterade vid en fokusgruppsintervju över hinder och framgångsfaktorer.

En viktig framgångsfaktor, sade en av respondenterna, var att det fanns systematik och en bakomliggande plan för genomförandet av praktikprojektet

”Det är en väsentlig framgångsfaktor”.

Flera respondenter höll med och lade till att en framgångsfaktor var också att det fanns en person som hade huvudansvar för helheten och som hade tid avsatt och tog ansvar för det praktiska handhavandet i praktikprojektet så att resultatet blev något konkret och användbart, ett verktyg. En förutsättning för detta var att personen hade kunskap i sakfrågorna, kontexten och i ledarskap.

Projektgruppens storlek sågs som en framgångsfaktor av en respondent.

”Det måste också vara tillräckligt stor grupp så att när några tappar fart för att man är fångad av annat så är det andra som kan gå vidare så att det inte blir så sårbart, även om man har projektledare så kan man stötta varann för ibland är man i form och ibland inte”.

Uppdragets natur har betydelse. Om uppdraget är sådant att det stimulerar nyfikenhet, eget initiativ eller egna idéer är det mera intressant och framgångsrikt än om uppdraget kommer

¹¹ Socialstyrelsen fram till 1 juli 2013

som en pålaga, sade en respondent och en annan fortsatte med att säga att lagkravet i sig kan ses som en pålaga, varför det var än mera angeläget för avtalshandläggaren som jobbar nära vårdgivaren, att kunna påverka. Respondenten fortsatte med att avtalshandläggare förstår vårdgivarens verklighet och samspelet mellan vårdgivare och beställare. Därför kan en avtalshandläggare bidra till att resultatet av praktikprojektet fungerar i praktiken och inte enbart i teorin.

”Att det blir nåt, för annars ställer det bara till bekymmer både för dem och för oss”.

I genomförandet har det funnits en lyhördhet och förmåga att anpassa arbetet i stället för att strikt följa en modell, vilket har varit en framgångsfaktor.

Gruppen diskuterar framtiden, att arbetet inte får stanna här, att praktikprojektets resultat behöver spridas, standardiseras och att HSF:s chefer och medarbetare kan inhämta patientsäkerhetskunskap i SLLs utbildningar. Det behövs ett stöd från högsta ledningen, för såväl uppföljning i sig och för arbete mot ökad patientsäkerhet. En enskild medarbetare kunde uppleva svårigheter att prioritera sina arbetsuppgifter under praktikprojektet, varför ett annat stöd som bejakade vikten av patientsäkerhet hade varit önskvärt.

Uppföljning har i delar av HSF:s avtalsuppföljning haft fokus på ekonomi säger en respondent och att uppföljningen karaktäriseras av ”kontroll”. En annan konstaterar att i och med avtalstypen vårdval finns nya möjligheter att redan från början införa ett annat angreppssätt genom att till vissa delar ha uppföljning i dialog.

Gruppen diskuterar även sådant som inte berör enkom praktikprojekt, utan tillkomsten av patientsäkerhetslagen 2010:659 och den ersättningsrelaterade satsningen för ökad patientsäkerhet. Ett uppenbart hinder var tidplanen från departementet, menar en respondent. Den ersättningsrelaterade satsningen kom som en överraskning för vårdgivare och det fanns inget stöd i form av föreskrift från myndigheten i det skedet, samtidigt som kraven skulle vara uppfyllda inom en snäv tidsram, erinrar sig en annan. Initialt fanns också en osäkerhet i vem som i juridisk mening är *vårdgivare* enligt Stockholmsmodellen vilket ledde till bristfälliga svar om vem som ska skriva en PSB.

”Hade inte vi gjort detta stödmaterial så hade vi haft problem” säger en respondent. ”Det var en skrämmande upptäckt”, fortsätter respondenten, ”att under de första mötena med vårdgivare att inse hur lite en del verksamhetschefer eller vårdgivare vet om sina skyldigheter”

Respondenterna menar vidare att vårdgivare inte kan lagar, föreskrifter, innehållet och innebörden i sina egna avtal eller att denne har ansvar för att känna till lagar. Det är dock inte en nyhet.

”Så har vi haft det länge i vårt landsting och förlitat oss på att det går bra”.

Egenkontroll hos vårdgivarna har inte skett i den utsträckningen att verksamhetschefen haft god insyn i sin verksamhet, utan det har beställarrevisorer visat säger en respondent.

”Jag tänkte att hur kan vi låta dessa vara verksamhetschefer, att ha ansvaret för hela sin vårdverksamhet för patienternas väl och ve, man hade ingen aning om vad man hade tagit på sig?”

Fokusgruppen konstaterar att vårdgivarens och verksamhetschefens skyldigheter finns beskrivet i övergripande ordalag i avtalen och på webb. Men det verkar, säger en respondent, att de är så allmänt beskrivet att det inte går att förstå vad det betyder, det borde preciseras.

Det är ett problem att koncerner skriver sin PSB och att den inte gäller i den enskilda vårdgivarens/vårdenhetens verklighet. Att enbart skriva på landstingsövergripande- eller koncernnivå är inte lika givande, då den stora nyttan finns hos enskild vårdgivare.

Verksamhetschef är den som ska ha koll och skriva PSB, men i lagen står det *vårdgivare* och det är inte alltid samma sak, konstaterar en respondent.

”Detta är en olycka i lagtexten, för här kan PSB skrivas på koncernnivå av någon annan å mina vägnar, men sedan ska jag som verksamhetschef ha ansvar för den”.

Gruppen konstaterar att lärseminarierna och uppföljningen har gjort verksamhetschefer varse sin skyldighet att skriva PSB, och inte bara det utan även bidragit till en ökad respekt för vad det innebär att vara verksamhetschef.

Det finns en brist i utformningen av lagkravet om PSB, säger en respondent. Det är som att andemeningen av patientsäkerhetslagen inte finns med i PSB. Hela lagen går ju ut på att öka patientinflytande med t.ex. involvering av patienter i händelse- och riskanalys, så varför finns inte en patientrepresentant med i skrivningen?

Samtalet avslutas och en respondent säger att uppdraget var initialt att säkra SLL statsbidraget, inte att sprida kunskap, men, säger en annan, det är mycket trevligare att jobba med att sprida kunskap och att det varit stimulerande att jobba med utveckling.

”Jag säger inte bara för att säga det, att detta har varit roligt, utan det är det här med att utveckla mitt i vardagen som triggas i gång”.

Erfarenheter av insatserna som läsare och skrivare

Erfarenheter som läsare av PSB vid uppföljning

Två avtalshandläggare från avdelningen Somatisk specialistvård som sammantaget genomfört 33 uppföljningar intervjuades var för sig. Tre avtalshandläggare från annan beställaravdelning och en kommunikatör som deltagit i lärseminarium deltog i fokusgruppsintervju. Inte förrän vid fokusgruppsintervjun framgick att även dessa tre avtalshandläggare från annan avdelning hade påbörjat uppföljning med PSB! Erfarenheterna är i stort samstämmiga, dock uttrycker avtalshandläggare från avdelningen Somatisk specialistvård i högre grad att de ändrat sitt angreppssätt i uppföljningen från ”kontroll” till ”dialog” medan en person från den andra avdelningen uttryckte önskan om standardisering av PSB för jämförelse och kontroll, vilket dock inte fick gehör hos de övriga tre avtalshandläggare. Däremot hade man ändrat i PSB-mallen.

Utgångspunkten i dialogen var i respektive vårdgivares nuläge dvs. hur de hade beskrivit sitt patientsäkerhetsarbete i PSB och utifrån deras kunskap om patientsäkerhet. Vårdgivarens kunskaper bedömdes vara allt mellan mycket höga eller mycket låga.

”Sen märker jag också att det blir lite olika nivåer beroende på hur insatt vårdgivaren är. Naturligtvis det märker man det ganska snabbt, och så ibland sjunker ambitionsnivån även under grundkraven och ibland är den högre beroende på vem pratar med också. Det kan vara väldigt olika nivåer på, vissa kan vara väldigt frågande inför det mesta - förvånande frågande skulle jag vilja säga”.

Avtalshandläggaren var lyhörd för detta och matchade samtalet också till sin egen kunskapsnivå genom att bara kort beröra eller undvika att diskutera vissa frågor. Under testperiodens gång har avtalshandläggarna ökat mängden frågor. Den avtalshandläggare som har mest erfarenhet och som jobbat aktivt i praktikprojektet uttrycker också en förändrad ansats i uppföljningsbesök där denna sökt om och om igen en ingång till en dialog med vårdgivaren.

”Det gäller att vända en sådan diskussion när man låter att man inte har några risker, det gäller att hitta en annan infallsvinkel på diskussion så att det inte låter sig, för tanken är ju att jag har tänkt att vi tillsammans behöver komma upp på banan.....”

En erfarenhet var att avtalshandläggaren i samtalet måste framhärda i sin ambition att föra en dialog då den härskande roll- och maktfördelningen mellan beställare och vårdgivare upplevdes av vårdgivare som kontroll.

”Och när man möter beställaren har man haft den här diskussionen om man har gjort rätt eller fel, alltså kontrollfunktionen”.

Avtalshandläggare såg att PSB skrivna på koncernnivå var mindre värdefulla i en uppföljningssituation då den inte beskriver aktuell verksamhet och för att aktuell vårdgivare inte kände till innehållet i den. När PSB däremot var skriven på och av aktuell vårdenhetsrepresentant uppstod i mötet ett lärande hos avtalshandläggaren. PSB-mallen fungerade som stöd.

Avtalshandläggare anser att patientsäkerhetslagen 2010:659 inte ger stöd för att skilja på kvalitetsbokslut och patientsäkerhetsberättelse, att vårdgivare ställde frågor kring detta, som var svåra att besvara.

”Det är en oklar distinktion”.

Manualen gav stöd för dialogen, men om vårdgivaren var ovan vid patientsäkerhet gav PSB-mallen inte den ”röda tråden” från mål till handlingsplaner till resultat, sade en avtalshandläggare.

Avtalshandläggare lärde sig något nytt om sina vårdgivare.

”Leverantörerna jobbar med områden som vi inte kände till, de har jobbat med patientsäkerhet redan innan lagen”.

”Vi lär oss av den [PSB], vi kan ju inte veta vilka risker som finns”.

Avtalshandläggarna säger att de lärt sig patientsäkerhet genom dialogerna med vårdgivare och att patientsäkerhetsarbete kan ta många uttryck.

”Vi får nya idéer om krav i avtal utifrån deras hinder och behov”.

”Jag har lärt mig genom att jobba med patientsäkerhetsfrågor hur vi som förvaltning kan stödja, vi vet ju inte vad de gör redan, vi behöver inte upptäcka hjulet en gång till, vi lär oss vad patientsäkerhet är och kan då förmedla kunskap”.

Avtalshandläggare lyfter vikten av en god förberedelse och stöd till vårdgivare innan uppföljningssituationen och att HSF kan bidra med detta stöd för ökad patientsäkerhet.

Gruppen diskuterar graden av standardisering av en patientsäkerhetsberättelse där någon ser att den ska innehålla vissa indikatorer som är obligatoriska, medan en annan säger att det enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 finns, och behöver finnas möjlighet att beskriva sitt patientsäkerhetsarbete utifrån sin verksamhets logik.

”Det måste finnas en konstnärlig frihet att forma sin PSB som man vill”.

Framför allt, säger en respondent, är detta viktigt eftersom HSF inte alltid följer upp en hel verksamhet per avtalen, utan bara delar för att avtalen inte följer verksamhetsstrukturen.

Praktikprojektet har gett idéer till respondenterna om erfarenhets- och kunskapsspridning samt metodutveckling för uppföljningssituationen. Dessa påtalar också att det behövs fora för att inom HSF och mellan HSF och vårdgivare samt vårdgivare till vårdgivare dela med sig av kunskapen, ur ett helikopterperspektiv, som HSF inhämtar genom läsning av PSB och uppföljningen. Avtalshandläggare vill också förmedla nyttan av att skriva PSB för vårdgivare, som kan vara ett eget lärande och att man kan använda PSB som marknadsföring och framförallt en förklaring till resultat som i dag enbart uttrycks i siffror, t.ex. resultat ur den nationella patientenkäten.

Erfarenheter som skrivare av PSB

Två vårdvalsentreprenörer intervjuades separat i en öppet riktad intervju. Praktikprojektets lärseminarier var väckarklockan om att lagen och föreskriften finns och om att en PSB ska skrivas.

”För det första har man börjat tänka på det. Det gjorde man inte först....”

”Och utan den här kursen hade jag aldrig börjat tänka på det här över huvud taget”.

”För mig är detta nytt, som säkert för många andra, jag tar detta med allra största allvar”.

Lärseminarierna gav in-put till tankar om ansvaret för patientsäkerhetsarbete, men konkurrerande företeelser som ett arbetsgivaransvar och att trygga verksamhetens ekonomi låg i fokus initialt. Båda respondenter uttrycker en tuff arbetsbelastning initialt för att skapa förutsättningarna för vårdvalsentreprenaden.

”Jag har ju bara jobbat jag och en sekreterare och nu nästa uppåt 16 personer, det är liksom en rejäl tillväxt och det ställer väldigt stora krav på, jag tar ansvar för vad jag gör, men jag tar också ansvar för vad dom andra gör”

”Det var så mycket annat som var i huvudet, att genomföra innan vi kunde öppna, tyvärr, det var bara att få allt att fungera mot landstinget tekniskt sett med datorer, det tog oss flera månader, för vi visste absolut inget när vi började”

En av respondenterna deltog i lärseminarium innan verksamhetens startat säger att det varit till större nytta i ett senare skede. Respondenten fortsätter med att frågorna i PSB-mallen går att förstå, men tycker att det är svårt att applicera på den egna verksamheten.

”Ja alltså om jag går efter den här mallen så är det väldigt tydligt, men lite omfattande för vår lilla verksamhet, då har jag lite svårt att sätta mig in i alla frågor, hur ska jag agera i den här frågan”

Den andra respondenten säger att PSB-mallen gett stöd för att tänka, sammanfatta, strukturera och punkta det viktigaste.

Arbete med att skriva en PSB tar mycket tid från annat arbete och även fritid varför ekonomisk kompensation i avtalet vore bra.

Förståelse för patientsäkerhet

Ur intervjuerna med avtalshandläggare och vårdgivare identifierades ord samt meningar som uttrycker ett metaperspektiv på skeenden eller företeelser avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete samt samband i ett skeende eller företeelse avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete (se tabell 4). Dyliga uttryck representerar förståelse.

Avtalshandläggare/annan

Tabell 4 Teman och kategorier avtalshandläggare

Teman	Kategorier
Lärande	<ul style="list-style-type: none">• Ökat antalet frågor till vårdgivare• Intresse av att se nästa steg i uppföljning• Insikt i sin egen bristande kunskap• Egen reflektion över patientsäkerhet• Egen reflektion över hur förbättra patientsäkerhet• Ständig förbättring
Ser vårdgivarens perspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Insyn i vårdgivarens arbetssituation• Ser att vissa vårdgivare satsar på patientsäkerhet
Explicita uttryck kring säkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Skrämmande attityder• Bemöter argument med patientsäkerhetskunskap

Avtalshandläggare säger att patientsäkerhet är mångfacetterat och att det finns många angreppssätt i praktiken att arbeta med patientsäkerhet.

”Det blir ju uppenbart att man kan tänka på många olika sätt”.

”Det finns många olika sätt att öka patientsäkerheten”.

”Det finns risker i hela kedjan, det finns så mycket man kan göra”.

Avtalshandläggarna beskriver flera aspekter av en läroprocess där man successivt ökat sin förståelse för patientsäkerhet och kunskap i patientsäkerhetsfrågor.

”Det är en läroprocess, det blir ju en annan ingång så, till vårdgivare, istället för att checka vad de gjort, det blir en dialog med vårdgivare”.

”Jag märker nu att jag lägger till lite frågor, märker jag...jag får några fler frågor utöver [auktorisationskravsmallen]”.

”Vissa hänvisar felaktigt till att vi är så små och vi har ju jättemånga små verksamheter och i början kunde jag inte argumentera, men nu kan jag i alla fall argumentera och förklara att det spelar ingen roll”.

Lärande har skett i samtalet med vårdgivare och i viss mån i samtal med kollegor med större erfarenhet, men lite eller inte alls ur litteratur. Lärande och ökad förståelse för patientsäkerhet har skett genom att läsa i PSB om och diskutera konkreta fall med vårdgivare.

”Som det här med färdtjänst, man upptäckte att patienten stod utanför och väntar på skjuts, men dörrarna är låsta och patienten kommer inte in igen om det finns behov, jag hade inte tänkt på att detta var en aspekt av patientsäkerhet”.

Förståelsen har stärkts av en förförståelse för vårdgivarens vardag och uppdrag så som problem med landstingets rapporteringssystem, ombyggnationer för att anpassa lokaler och problem med rekrytering. Avtalshandläggarna har genom erfarenheter i praktiken fått ett ökat intresse för patientsäkerhet och identifierat kunskapsluckor i ämnet.

”Jag har lärt mig jättemycket, men det här är bara början... just det att man kan se det här [patientsäkerhet] från många olika perspektiv”.

Man ser att patientsäkerhet är en ständig förbättring och att den startar och pågår utifrån där vårdgivaren befinner sig samt att man visar förståelse för vårdgivarens perspektiv i förändring. En avtalshandläggare hade föreslagit vårdgivaren att involvera patienten i sitt patientsäkerhetsarbete och kommenterade utfallet:

”Att ta en rond med patienten, det har jag lyft några gånger och då, ja just det kan kännas främmande för dom och ja...det har jag respekt för också att det känns främmande”.

Man uttrycker en oro för de fall där man ser att en vårdgivare saknar insikt i att patientsäkerhet berör även denne.

”Många säger också att de inte har avvikelser, vi har inga risker, det bekymrar mig, jag tycker att det är bekymmersamt när man har den attityden”.

Förståelse för patientsäkerhet uttrycks också som en upptäckt av konkurrerande företeelser där start av företag varit primärt fokus för vårdgivaren och att patientsäkerhet inte varit en integrerad del i planeringen av företagets verksamhet och de fall där vårdgivaren tagit sig an patientsäkerhetsfrågan.

”De som varit i gång lite längre så har det lugnare och det kommer att bli jätteintressant att följa upp näst år, så jag tror att många kommer att komma dit, för flera har höga ambitioner”

”Och sen har vi dom här vårdgivare, där det inte kommer att rinna ut i sanden”.

Vårdgivare

Ur intervjuerna med vårdgivare identifierades ord samt meningar som uttrycker ett metaperspektiv på skeenden eller företeelser avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete samt samband i ett skeende eller företeelse avseende patientsäkerhet eller patientsäkerhetsarbete (se tabell 5). Dyliga uttryck representerar förståelse.

Tabell 5 Teman och kategorier vårdgivare

Teman	Kategorier
Att arbeta med patientsäkerhet i sin verksamhet	<ul style="list-style-type: none">• Svårt för icke-vårdutbildad att se patientsäkerhet• En vårdutbildad är behjälplig verksamhetschefen i frågor om patientsäkerhet
Konkurrerande företeelser som riskerar att minska säkerheten	<ul style="list-style-type: none">• Insikt att man har fokus på företaget, chefskapet, ekonomi framför patientsäkerhet• Insikt att man har fokus på tekniska lösningar framför patientsäkerhet• Arbetsledning• Arbetsgivaransvar
Explicita uttryck av säkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Skrämmande att upptäcka att vårdskador inträffar• Allt ska genomsyras av säkerhetstänk• Primum non nocere [latin för ”först av allt, inte skada”]
Lärande	<ul style="list-style-type: none">• Mycket arbete kvarstår• Förbättringsarbete pågår

Vårdgivare, tillika verksamhetschefer, som intervjuades uttrycker också start av företag och dess (snabba) tillväxt under första året som en konkurrerande företeelse till patientsäkerhet och att rollen som arbetsgivare varit i fokus. Den av respondenterna som har vårdbakgrund resonerar kring den etiska koden och sina strävanden kring patientsäkerhetsarbete:

”Vi säger primum non nocere, eller hur”.

Man ser att vårdskador är något som kan uppstå, men att deras förekomst är relaterad till verksamhetens karaktär eller storlek på så sätt att det, enligt respondenten, finns mindre skaderisk i vissa specialiteter och att risken ökar med företags/verksamhetens storlek.

”Kanske den saken inte förekommer hos oss, det finns bara tre personal”.

Liksom avtalshandläggare uttrycker vårdgivarna patientsäkerhetsarbete som en ständig förbättring och man ser att man har mycket kvar att jobba med.

”Ja, men vi implementerar, alla i vården måste vara genomsyrade av den här arbete, det är ingen som är perfekt liksom, förbättringsarbete pågår”.

En respondent, med annan yrkesbakgrund, menar att ha en vårdutbildning i grunden underlättar för förståelse för patientsäkerhet och påpekar:

”Man får tänka på att alla som öppnar verksamheter inte har vårdutbildning”.

Respondenten menar vidare att entreprenören och verksamhetschefen kan ha en annan bas och anlitar vårdutbildade som kan vara behjälpliga med att förstå innebörden av patientsäkerhet och lagkrav så som PSB kring detta.

Analys av PSB

De intervjuade vårdgivarens PSB lästes i syfte att se om vårdgivarens förståelse och erfarenheter av insatserna manifesteras och/eller kan avläsas i en PSB. En av vårdgivarna/verksamhetscheferna hade inte till intervjun skrivit sin PSB. Verksamheten hade varit i gång mindre än ett halvår. Den andra respondenten hade skrivit sin PSB och uppfyllde 8 av 12 aspekter av patientsäkerhet varav 6 stycken delvis, vilket är en väsentlig skillnad till den PSB som respondenten gav innan praktikprojektet. I den tidigare PSB:n framgick en, möjligen två aspekter.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien av praktikprojektet har visat en mångfald av erfarenheter relaterade till ett försök att hantera och nyttiggöra ett statligt styrinitiativ. Erfarenheterna visar att det behövs en konkretisering av lagkravet om patientsäkerhetsberättelse så att den som ska skriva en sådan ska fånga samtliga aspekter av lagkravet och den kompletterande föreskriften SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Studien visar också att det är möjligt att inkludera innovativa element i samband med konkretiseringen, så som en ny typ av uppföljning. Vidare visar studien att det finns en god potential för praktikprojektets resultat ”uppföljning i dialog” att bli en integrerad del av landstingets ordinarie verksamhet i kongruens med den ersättningsrelaterade satsningens mål. Främsta motivatorn för avtalshandläggare att bidra i projektet uttrycktes som delaktighet i utformningen av sitt arbete. Den nya uppföljningen med PSB har främjat ömsesidigt lärande kring patientsäkerhet och förståelsen för patientsäkerhet har ökat i viss mån. Studien visar också att konkurrerande företeelser som fokus på att starta företag, tung arbetsbelastning och ekonomiska spörsmål har gjort att de intervjuade vårdgivarna nedprioriterat patientsäkerhetsfrågor även om de tycker att frågorna är viktiga.

Flera vårdgivares kännedom om lagar, avtal och patientsäkerhet var bristfällig och behöver adresseras av flera aktörer. Ett fortsatt arbete med att sprida kunskap och ömsesidigt lärande önskas av såväl medarbetare på HSF som vårdgivare. Även en satsning på ökad kompetens i förbättringskunskap för medarbetare på HSF rekommenderas av författaren.

Praktikprojektets genomförande på landstingsregionnivå

Genom att införa uppföljning av vårdgivarens patientsäkerhet i dialog med ett gemensamt lärande som ett mål skedde en påverkan på uppföljningsprocessen och på värderingar förknippade med den. Förändringen är fundamental och kallas *second-order-change*, en förändring som syftar till att skapa en fundamental förbättring och därmed ett nytt system. Genom att göra en sådan förändring uppnåddes den önskade effekten av den ersättningsrelaterade satsningen; att satsningens del PSB ska bli en del av landstingets ordinarie verksamhet [45].

Utmaningen var att skapa något substantiellt, varaktigt och en faktisk förbättring. För att uppnå det kan man ha nytta av särskilda kunskapsdomäner [63]. Praktikprojektet genomfördes i kontexten beställar-utförarmodell som är specifik för SLL. Förståelse för den lokala kontexten var viktig, liksom kunskap i patientsäkerhet och förbättringsarbete, vilket var säkrat i praktikprojektet. Figur 6 illustrerar fem kunskapsdomäner där + tecknet står för förmågan att anpassa generell vetenskap/kunskap som t.ex. lagar, styrmodeller och patientsäkerhet, till den lokala kontexten och där pil-symbolen står för förmågan att beakta detta och verkställa det så att mätbara förbättringar kan utläsas.

Kunskapsdomän	Generalisable scientific evidence	+	Particular context	→	Measured performance improvement
nr	1	4	2	5	3

Figur 6 Kunskapsdomäner för förbättringsarbete. Fritt efter Batalden och Davidoff

I projektgrupperna fanns sammantaget mycket av basal kunskap för förbättringsarbete så som kunskap i projektledning, beställarverksamhet, hälso-och sjukvård, patientsäkerhet, kommunikation, facilitering och systematikens betydelse [21].

Framgångsfaktor, utöver de ovan nämnda, var att engagera den funktion som är närmast berörd, det vill säga avtalshandläggare. Att som den person som befinner sig i mikrosystemet för uppföljning själv får påverka och utveckla sitt arbete motiverade till fortsatta ansträngningar för att uppnå projektmålen [64] vilket ledde till ett accepterat och användbart resultat.

Inte förrän vid fokusgruppsintervjun framgick att tre avtalshandläggare på eget initiativ hade påbörjat uppföljning med PSB efter att ha deltagit i ett lärseminarium. Detta är ett fenomen som beskrivs som ”ringar på vattnet” och som ökar svårighetsgraden i utvärdering av förbättringsprojekt [19]. Detta konstaterande exemplifieras av att någon av de tre hade modifierat mallen och en ville införa obligatoriska mått eller indikatorer för att kunna jämföra olika vårdgivare, vilket inte är i linje med ansatsen för uppföljning. Det uppstod en diskussion bland avtalshandläggarna vid intervjun och man enades om att idén med obligatoriska mått inte var genomtänkt. Diskussionen styrker författarens erfarenheter att samverkan och gruppdynamik, gärna i tvärfunktionella och tvärprofessionella grupper, är berikande.

Resultat av praktikprojektet

Patientsäkerhetsberättelsen och mallen

En PSB har ett större värde om den är skriven av och för den verksamhet som är föremål för uppföljning, till skillnad från om den är skriven på koncernnivå. Syftet med lagkravet om PSB är bland annat att PSB ska användas för eget förbättringsarbete [6], vilket inte är görligt om PSB och dess innehåll är okänt och avlägset som det visade sig vara i några fall.

Vårdgivare tyckte att en PSB tar lång tid att skriva. Tidsåtgången ska inte underskattas men den kan också variera från år till år och minskar med ökad erfarenhet av att skriva. Vid granskning av PSB-mallen [59] framgår att alla rubriker inte nödvändigtvis behöver få nytt innehåll varje år, t.ex. den om organisation för patientsäkerhet. Används PSB som en del av eget förbättringsarbete blir den en naturlig del av kommunikationen av verksamhetens förbättringsarbete, istället för en extra börda. I samband med intervjuer och sökningar på internet, visar det sig att vårdgivare har publicerat sin PSB på sin webbsida i syfte att marknadsföra sin verksamhet, vilket ökar nyttan av PSB ytterligare.

PSB-mallen fungerade även som ett underlag när en verksamhetschef började orientera sig i det mångfacetterade ämnet patientsäkerhet. Att det i mallen finns hänvisningar och länkar till metoder, verktyg och kunskapsunderlag [65] är ett stöd för patientsäkerhetsarbete [22].

Uppföljning i dialog

Manualen har varit ett stöd för avtalshandläggaren vid uppföljning. Erfarenheterna är till stora delar samstämmiga bland avtalshandläggare som genomfört uppföljningar, dock lägger de avtalshandläggare som utgått från Somatisk specialistvård större emphasis på att de ändrat sitt angreppssätt i uppföljningen från ”kontroll” till ”dialog” vilket kan bero på att man var en medskapare av manualen.

Traditionell kontroll av kvalitets- och säkerhetsmått, särskilt utfallsmått, är behäftade med problem så som mätmetoder, reliabilitet, validitet, datainsamling, urval, patientvolym [66] och kan föranleda många och långa diskussioner om måttens och resultatets trovärdighet bland vårdgivare och avtalshandläggare. Att uppföljningen inte hade ansatsen ”kontroll” och att inga ekonomiska incitament fanns, ledde till att både vårdgivare och avtalshandläggare upplevde en möjlighet att vidta korrigerande åtgärder (förkovra sig, initiera nya arbetssätt) utan ett fördömande eller sanktioner och till att man såg fram emot nästa möte.

Organisation av hälso- och sjukvården påverkar hur uppföljning sker. En PSB, som det tolkas av författaren, är avsedd att beskriva en verksamhet och dess patientsäkerhetssträvande i sin helhet. Uppföljning med PSB som underlag blev dock haltande ibland eftersom uppföljning sker per avtal och avtalen inte alltid följer verksamhetslogiken, utan beställarverksamhetens, och eventuellt annan, logik. Detta är en fråga som berör lagstiftaren och HSF.

Lärande

Lärseminarierna

Målgrupper och svårighetsgraden/ansatsen i lärseminarierna sammanföll väl. Verksamheter med liten vana av patientsäkerhet har större nytta av insatserna än de som redan fokuserar på patientsäkerhet [18]. Verksamheter som redan fokuserar på området hade också fylligare PSB [36]. Inom HSF finns patientsäkerhetskunnande centralt i stab, men inte hos avtalshandläggare, varför insatserna i praktikprojektet föll i god jord. Att få diskutera och studera exempel och själv erfara för att lära [67] ledde till lärande vid lärseminarierna, framför allt hos avtalshandläggarna. En vårdgivare beskriver lärseminariet som en väckarklocka som fick denne att börja planera för sitt patientsäkerhetsarbete. I dennes PSB kunde detta också avläsas.

Uppföljning

Ordet lärande, läroprocess återkommer avseende uppföljningssituationerna. Ett lärande innebär en process där kunskap och förståelse uppstår genom transformation av erfarenhet [67]. Att föra en dialog där vårdgivare och avtalshandläggare utbyter erfarenheter i stället för att kontrollera rätt/fel upplevdes som lärorikt.

Både vårdgivare och avtalshandläggare uttrycker att de ser fram mot möjligheten att förbättra sin PSB och sin uppföljning i dialog till nästa år och de säger att det är en fråga om ständig förbättring vilket kan tolkas som lärande då lärande kan definieras som en ständig transformationsprocess där anpassning till omgivningen är en del [67]. Uppföljningarna i dialog och det gemensamma lärandet bidrar till att flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet påverkar säkerheten [10].

Praktikprojektet

Lärande och genomförande av en förbättring är närliggande begrepp (personlig kommunikation SKL seminarium om patientsäkerhetsberättelse med P-E Ellström 2013-01-16) När en grupp får, och tar, ansvar för tolkning av ett uppdrags innebörd, sker ett utvecklingsinriktat lärande [68]. När författaren och HSF:s medarbetare beslöt sig för att inte enbart, som syftet var initialt, vidarebefordra lagkrav och säkra SLL ersättning, utan göra något mera av det, lades grunden för utvecklingsinriktat lärande. Ett s.k. double-loop lärande, där man inte enbart löser problemet för handen (singelloop-lärande), uppstod för att vi reflekterade, ifrågasatte och lärde oss av de första aktiviteterna kring den ersättningsrelaterade satsningen [69].

Interaktionen mellan vårdgivare och avtalshandläggare

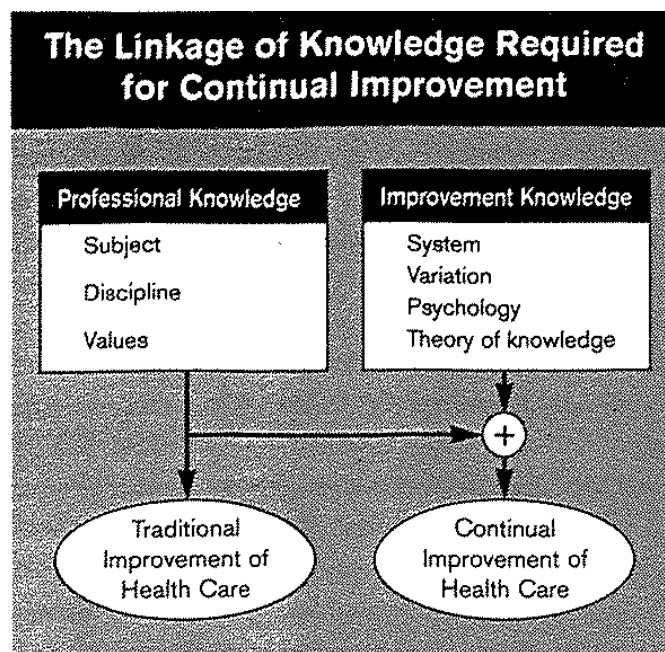
HSF styr vården bland annat genom avtalsstyrning¹² det vill säga avtal, finansiering och uppföljning av avtalsefterlevnad [37]. Avtalshandläggarna ansåg att ”föra en dialog” i stället för ”kontrollera” var lärorikt, men kände sig tvungna att framhärda i att föra dialog med vårdgivaren. Uppföljning har ett inslag av rätt/fel vilket påverkar hur man uppfattar varandra, något

¹² Delar av HSF styr genom att bereda kunskapsunderlag s.k. kunskapsstyrning.

som blev tydligt då ett antal vårdgivare undrade om de har fått en inbjudan till lärseminarier för att deras PSB var dålig. Ett annat exempel på den rådande interaktionen var att många vårdgivare uppfattade att det var landstinget eller t.o.m. enskild tjänsteman som hittat på patientsäkerhetslagen. Detta är en kulturfråga vid sidan av praktikprojektets omedelbara syfte, men som behöver adresseras om en annan inriktning på styrning, uppföljning och ansvarstagande är önskvärd. Dialog i styrningssammanhang är viktigare än ”objektiva” mätningar för att den skapar uppmärksamhet och iscensätter handling genom förståelse [70].

Lagen och den ersättningsrelaterade satsningen

Genom att införliva uppföljning med PSB i avtalsuppföljningsprocessen, har lagstiftarens intention om ökad patientsäkerhet och myndigheters målsättning om att satsningen ska bli en integrerad del av landstingets ordinarie verksamhet blivit en möjlighet. En förutsättning för detta är ett fortsatt arbete inom HSF och ett engagemang bland dess chefer [43]. För att ytterligare stärka patientsäkerhetsarbetet i landstinget behövs en tydlig strategisk plan där kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet integreras i framtidens hälso- och sjukvård i SLL [43]. För detta behövs att flera aktörer i HSF förenar sin professionella kunskap med förbättringskunskap, där den senare innefattar kunskap om system, variation, förändringspsykologi och lärandestyrt förbättringsarbete [71,72]. Kopplingen mellan professionell och förbättringskunskap beskrivs i figur 7.



Figur 7 Koppling mellan kompetenser för ständig förbättring. Källa: Batalden P, Stoltz P [71].

En intressant och viktig notering var att en verksamhetschef med vårdutbildning som yrkesbakgrund upplevs ha bättre förutsättning att förstå patientsäkerhet än en verksamhetschef med annan yrkesbakgrund. Den som önskar bli vårdgivare får bli det efter anmälan till Socialstyrelsen [27] och om denne uppfyller HSF:s krav för auktorisation får han eller hon ett vårdavtal [73].

Allt är i sin ordning om kraven uppfylls enligt gällande reglering, men det är dock bekymmersamt att så många vårdgivare/verksamhetschefer har visat okunskap och till och med oförståelse för sina skyldigheter, vilket framgår både i denna uppsats och i andra studier [27]. På denna punkt har såväl tillsynsmyndigheten som HSF en utmaning. För HSF, med den snabba utvecklingen av nya vårdvalsområden, innebär det att säkra att presumtiva vårdgivare är införstådda med sitt uppdrag, med lagkrav och avtalet i sin helhet.

För lagstiftaren, och för dem som berörs av lagar och reglering kring patientsäkerhet, är det av intresse med en utvärdering av effekterna av lagen. Bidrog den till ökad patientsäkerhet? En annan fråga att reflektera över är den svenska regleringens karaktär; om regleringen som stöder patientsäkerhetsinitiativ också är riktade mot just säkerhet hellre än mot effektivitet och om regleringen bidrar till lärande och om den är kostnadseffektiva [26].

Om patientsäkerhetslagen 2010:659 kan sägas att den givit ett argument och stöd för medarbetare i HSF inför olika initiativ [23].

Det ekonomiska incitamentet i den ersättningsrelaterade satsningen för ökad patientsäkerhet kom att spela en underordnad roll för praktikprojektet. Ersättning utgick inte till vårdgivare och ersättningens storlek var inte avgörande för SLL. När satsningarna formades på Socialdepartementet fanns en medvetenhet om att ersättningens storlek inte var avgörande för alla landsting. Däremot sågs att publiciteten som departementet och socialministern bidrog till i media skulle fungera som en sporre för landstingen att uppnå god resultat (personlig kommunikation Tobias Nilsson, HSF 2012-10-26)

Ett antal vårdgivare efterlyste ersättning för att skriva en PSB, men i SLL ska enligt Landstingsfullmäktiges beslut om statsbidrag sådana tillföras landstingets budget och fördelas genom finansavdelningen till hela landstingets verksamhet och därmed inte fördelas mellan vårdgivare inom landstinget (personlig kommunikation Ann Fjellner, HSF 2012-10-26). Det föreligger en hypotetisk, omvänd ekonomisk drivkraft i att skulle landstinget inte erhålla ersättning uppstår en minuspost i landstingets budget. Drivkraften torde, om denna uppsats författare förstått det korrekt, ligga närmare andra än vårdgivaren, t.ex. landstingets tjänstemän. Alltså utgick ingen ersättning för att skriva PSB. Effekt av utebliven ekonomiskt incitament kan inte bedömas inom tidsramen för denna uppsats.

Ökad förståelse för innebörden av patientsäkerhet

Avtalshandläggare och vårdgivare gav uttryck för en ökande förståelse för patientsäkerhet. Man beskrev en läroprocess och ständig förbättring samt visade insikt i ämnets mångfacetterade karaktär [5]. Att allt i mallen inte berör just min verksamhet, eller att patientsäkerheten är automatiskt högre i små verksamheter är dock ett tecken på att man inte uppfattar patientsäkerhet som något inkrementellt i sitt system [8,15].

Konkurrerande företeelser

Båda vårdgivare som intervjuades beskrev en tung arbetsbelastning med nytt ansvar som arbetsgivare och arbetsledare. Dessa företeelser (oacceptabel arbetsbelastning) tillsammans med en stark och påtaglig oro för vårdverksamhetens ekonomi (ekonomiskt misslyckande) utgör tillsammans ett märkbart tryck på hur personen verkar eller genomför sitt uppdrag (operating

point) och var denna befinner i förhållande till riskzonen. Tung arbetsbelastning och oro för ett ekonomiskt misslyckande leder till att personen hela tiden verkar bortom marginalen för risker (varningsmarginal) och kan lätt överträda ramen där en olycka sker [9]. Denna situation är uppenbar i de mycket små och en-personsverksamheterna.

Metoddiskussion

Studien är en deskriptiv fallstudie med sex analysenheter [49]. Fallet omfattar hanteringen i SLL av två statliga beslut och resultat av de åtgärder som vidtogs. Fallstudiemetoden medger en blandning av metoder [49]. Datainsamlingen och -analysen var både kvantitativ och kvalitativ. Kännetecknande för mixad metod i fallstudier är även att författaren under praktikprojektets och studiens gång väver in framväxande lärdomar i studien [74].

En utmaning var att avgränsa fallet. Den ersättningsrelaterade satsningen i sin helhet, dess upprinnelse, hantering nationellt och/eller i SLL och styreffekter i SLL var en alternativ avgränsning av fallet. Till slut föll valet på att avgränsa den till att avse styrinitiativet PSB och dess hantering i SLL för att det med denna avgränsning fanns en större möjlighet att påverka skeenden i praktiken.

Fallet belystes och analyserades ur flera aktörers perspektiv och ur olika dokument som PSB, dagbok och minnesanteckningar (bredd av analysenheter) i syfte att fånga komplexiteten i praktikprojektets fem leveranser i förhållande till kontexten. Ett alternativ hade varit att studera fallet på djupet vilket hade inneburit färre analysenheter, men flera respondenter inom t.ex. analysenheten ”vårdgivare” och ”PSB” före och efter insatserna. Detta var dock inte möjligt inom ramen för mastersexamen av tidsskäl.

Datainsamling genom intervjuerna skedde huvudsakligen med ett hermeneutiskt/anti-positivistiskt angreppssätt då respondentens upplevelser i ett sammanhang eftersöks dvs. respondentens erfarenhet av insatserna och insatsernas resultat utifrån dennes funktion och position i SLL och för att författaren som studerar företeelsen själv är en del av den och har påverkat skeendet [51]. Intervjuarens, tillika författarens förförståelse för SLLs hälso- och sjukvårdssystem från både beställar- och utförarperspektiv, intresse för patientsäkerhet, den pågående mastersutbildningen beaktades i datainsamlingen genom att använda öppna frågor och minimera följdfrågor. Intervjuaren är inte objektiv och kan inte distansera sig från kontext eller företeelse som studeras, utan har en förförståelse, övertygelser och är en del av kontextens kultur [51,53,56].

Kontexten i en hierarkisk organisation som hälso- och sjukvård, påverkar fynden, varför kontexten beskrivits noggrant. Det fanns en risk att respondenterna svarade i kongruens med intervjuaren och dennes utvecklarroll i HSF, men denna risk uppvägs av den access till det empiriska fältet som författaren haft. Ur ett forskningsetiskt perspektiv har det yttersta gjorts för att skydda respondenterna genom att avidentifiera data och författaren har varit självkritisk och reflekterat över respondenternas utsatta position [50].

Generaliserbarheten i form av empirisk generaliserbarhet betraktas som låg vid deltagande observation. För att öka tillförlitligheten (validitet och reliabilitet) i data har datainsamlingen triangulerats avseende analysenheter och insamlingsmetoder [50]. Data insamlades genom

öppet riktad intervju och fokusgruppsintervju. Ett alternativ hade varit att strukturera frågorna, med den följd att reliabiliteten hade ökat, dock på bekostnad av validiteten [58].

Däremot finns det en teoretisk generaliserbarhet [50] då alla landsting och myndigheter står inför utmaningen att hantera lagkravet om PSB, satsningen och utmaningar så som vårdgivares kunskapsnivå och lagefterlevnad, varför lärdomar kring arbetssättet att hantera, och idéer om nyttan av PSB kan hämtas ur denna studie. Dock bör observeras att de analyserade enheterna är små, framför allt för tolkning av förståelse av patientsäkerhet.

Val av PDSA-modellen som en gammal beprövad metod för praktikprojektet och den faciliterande ansatsen föll väl ut. Nya modeller skapas och omskapas och populariteten bland dem varierar med tiden, men grundbulten i dem är i stort sett den samma. Detta är en viktig aspekt att reflektera över vid val av koncept [41,75].

Det hade varit naturligt att engagera vårdgivare i praktikprojektet om inte HSF vid kommunikation kring den ersättningsrelaterade satsningen och lagkravet om PSB hade mött ett stort motstånd och klagomål, framför allt på tidsåtgång från vårdgivarnas sida. Detta gjorde att projektet genomfördes utan representation från vårdgivare och att det inte utgick påminnelse för utvärdering av lärseminarierna.

En grundbult i förbättringskunskap är att mäta för att veta att förändringar också är förbättringar [41, 42 45, 71,72]. Att mäta ökad patientsäkerhet som ett utfallsmått hade varit ett alternativ, men lät sig inte göras av mättekniska, av tidsskäl och för att patientsäkerhet i sig är så mångfacetterat att det knappt låter sig mätas [14, 24,25] varför sekundärmått i form av utfall (nöjdhet med lärseminarier, utfall PSB efter insatser), process (utvärdering av första lärseminarierna, se bilaga 12) och struktur (antal deltagare) användes som mått på förbättring.

En viktig del i förbättringsprocessen är att förbättringen ska bli varaktig och att nya arbetssätt efterlevs [45]. Modellen Standardize-Do-Study-Act (SDSA) hjälper i detta [42]. I syfte att skapa varaktighet dokumenterades de nya arbetssätten i mall, manual samt handbok. Arbete med övrig standardisering pågår.

"Nothing's constant but change"
Okänd

Med anledning av ovanstående faktum kan en återgång till förbättring enligt PDSA-modellen av standardiserade arbetssätt enligt SDSA-modellen bli aktuellt.

Fortsatt forskning

Fortsatt forskning inom området styrningseffekter av patientsäkerhetsinitiativ på nationell och landstingsregional nivå är viktig för att generera och återkoppla kunskap för bästa möjliga initiativ och sätt att hantera dem regionalt och lokalt i såväl SLL som andra kontexter. Ytterligare skäl att studera styrningens effekter, är att utifrån ett top-down versus bottom-up eller både och perspektiv svara på frågan om styrningen är stöd eller störning dvs. den nationella och regionala styrningens inverkan på lokala initiativ. Effekter av lagkravet om PSB bör studeras på längre sikt för att bland annat svara på frågan om en PSB är en börda eller ett bidrag.

Slutsatser

En grupp medarbetare vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL uppmärksammade formella krav och incitament på nationell nivå och att dessa inte var kända hos vårdgivare i landstinget i Stockholm. Trots litet inflytande över händelser på nationell och lokal nivå, påbörjades ett arbete med att kommunicera patientsäkerhetslagen 2010:659 och forskriften SOSFS 2011:9 om systematiskt kvalitetsarbete samt nyttiggörandet av lagkravet om PSB. Genom att vara proaktiv och bereda stöd för vårdgivare att fullfölja sitt lagreglerade åtagande avseende PSB kunde flera vårdgivare bli varse sitt ansvar och få stöd att skriva en bättre PSB. Alternativet hade varit, utan insatserna, ett färre antal PSB och flera ofullständiga PSB bland små vårdgivare i SLL.

Kunskap i patientsäkerhet och förbättringskunskap är två områden som berörs i studien. Bristande kunskap i patientsäkerhet fanns hos vårdgivare i framförallt små och en-persons verksamheter, samt hos avtalshandläggare i HSF. Praktikprojektet har inte adresserat kunskapsbristen i patientsäkerhet mera än indirekt genom att mallar och manualer länkar till nationella kunskapsunderlag, eftersom en satsning på webb och lärarledd utbildning upphandlas för närvarande i SLL.

Kunskap om patientsäkerhet berör inte mikronivån enbart, utan meso- och makronivån i allra högsta grad. Studien har ämnat lyfta detta genom den teoretiska förankringen i systemsyn på patientsäkerhet. Studien visar också att små vårdgivare vid start av vårdval verkar i riskzonen för olyckor på grund av tung arbetsbelastning och oro för ekonomiskt misslyckande. Detta är en fråga för landstinget att hantera, förslagsvis med förberedande utbildningar, kvalitetssäkrade IT-system för fakturering och rapportering av produktion samt en principiell översyn av utformningen och auktorisationsvillkor för vårdval.

Studien och genomförandet av praktikprojektet har visat på ett möjligt och framgångsrikt sätt att bedriva utvecklingsarbete på en hälso- och sjukvårdsadministration. Det kan vid första anblicken tyckas att arbetssättet är omständligt och resurskrävande. Vid närmare granskning visar det sig att projekt som drivs systematiskt, med stöd av förbättringskunskap, som utvärderas och har hög delaktighet av närmast berörda medarbetare, leder till att resultatet i högre grad uppfyller förväntade effekter och därmed blir mera kostnadseffektivt och varaktiga. SLL och särskilt HSF rekommenderas att anamma arbetssättet samt att främja medarbetarnas kompetensutveckling inom området förbättringskunskap.

Tack

Jag vill tacka alla medarbetare på HSF, särskilt på avdelningen Somatisk specialistvård, som bidragit med sina specifika kunskaper och som med stort engagemang deltagit i en utvecklingsresa som vi inte visste var den skulle sluta. Jag vill också tacka cheferna som gjort detta möjligt.

Ett stort tack till min familj och alla vänner för stöd och ständig uppmuntran.

Jag vill rikta ett särskilt tack till Henry Nyhlin för allt stöd, oändligt tålamod och de ständigt pågående dialogerna som lett till ökad förståelse för studierna, vetenskapligt arbete och mycket mer.

Jag vill också tacka Synnöve Ödegård för våra lärorika diskussioner om patientsäkerhet.

Johan Sanne vill jag tacka för inspirerande samtal om hur man översätter lag till handling.

Sist men inte minst vill jag tacka Johan Thor, min handledare och lärare som alltid, och generöst delat med sig av sin stora kunskap.

Referenser

1. Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete. Kunskapsöversikt artikel nr 2003-110-14. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M red. To err is human: building a safer health care. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. Vårdskador på sjukhus är vanliga: majoriteten går att undvika, visar journalstudie. Läkartidningen. 2008;105(23):1748-52.
4. Dekker S. The field guide to understanding human error. Aldershot: Ashgate Publishing Limited; 2006.
5. Emanuel L, Berwick. D, Conway J, Combes J, Hatile, M., Leape, L et al. What Exactly Is Patient Safety? Rockville: Agency for healthcare research and quality; 2008. [läst 2013-02-02] Tillgänglig: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol1/Advances-Emanuel-Berwick_110.pdf.
6. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.
7. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
8. Hollnagel E. The changing nature of risks. France: Ecole des Mines de Paris, Sophia Antipolis; 2010. [läst 2013-02-05] Tillgänglig: <http://hal-ensmp.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/88/58/PDF/Changingnatureofrisks.pdf>.
9. Cook R, Rasmussen J. Going solid: a model of system dynamics and consequences for patient safety. Quality and safety in health care. 2005;14(2): 130-134.
10. Reason J. Human error: models and management. British medical journal. 2000;320:768-770.
11. Ödegård S. Säker vård: patientskador, rapportering och prevention. Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap;2006.
12. Rollhagen C. Systemtänkande och säkerhet. I Ödegård S, red. Patientsäkerhet: teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013 (I tryck 2013-05-26).
13. Senge P. Den femte disciplinen: den lärande organisationens konst. Stockholm: Info Fakta Direkt Sweden AB; 1995.
14. Hollnagel E. Att känna sig säker eller att vara säker: övergången från säkerhet I till säkerhet II. I Ödegård S, red. Patientsäkerhet: teori och praktik. Stockholm: Liber; 2013 (I tryck 2013-05-26).
15. Rasmussen J. Risk management in a dynamic society: a modeling problem. Safety Science. 1997; 27(2):183-213.
16. Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N et al. Multiple component patient safety intervention in english hospitals: controlled evaluation of second phase. British medical journal. 2011;342:d199. doi: 10.1136/bmj.d199.
17. Benning A, Ghaleb M, Suokas A, Dixon-Woods M, Dawson J, Barber N et al. Large scale organisational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. British medical journal. 2011;342:d195. doi: 10.1136/bmj.d195.
18. Benn J, Burnett S, Parand A, Pinto A, Iskander S, Vincent C. Studying large-scale programmes to improve patient safety in whole care systems: challenges for research. Social Science & Medicine. 2009;69:1767-1776.doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.051.

19. Dixon-Woods M, Leslie M, Bion J, Tarrant C. What counts? an ethnographic study on infection data reported to patient safety program. *The milbank quarterly*. 2012;90(3):548-591.
20. Dixon-Woods M, Bosk C, Aveling E, Goeschel C, Provonost P. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *The milbank quarterly*. 2011;89(2):167-205.
21. Taylor S, Ridgely M, Greenberg M, Sorbero M, Teliki S, Damberg C et al. Experience of agency for healthcare research and quality-funded projects that implement practice for safer patient care. *Health research and educational trust*; 2009. Patient safety evaluation special issue, 44 Part II.
22. Kaplan H, Provost L, Froehle C, Margolis P. The model for understanding success in quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement *Quality and safety*. 2012;21:13e20. doi:10.1136/bmjqs-2011-000010.
23. Roback K, Nygren M, Rahmqvist M, Öhrn A, Rutberg H, Nilsen P. Strategier för säker och ännu säkrare vård. *Läkartidningen*. 2012;109(45):2024-2027.
24. Pizzi L, Goldfarb N, Nash D. Promoting a culture of safety. I: Shojania K, Duncan B, McDonald K, Wachter R, red. *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*, AHRQ Publication; 2001. Evidence Report/Technology Assessment No.43. [läst 2013-02-12] Tillgänglig: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>.
25. Nilsen P, Nygren M, Örn A, Roback K. Patientsäkerhet, svårt att uppnå, svårt att värdera: landstingens patientsäkerhetsberättelser granskas och diskuteras. *Läkartidningen*. 2012;109:1028-1031.
26. Mello M, Kelly C, Brennan T. Fostering rational regulation of patient safety. *Journal of health politics, policy and law*. 2005;30 (3):376-426.
27. Axelsson E. Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård: en medicinrättslig studie. Uppsala: Iustus Förlag AB; 2011.
28. Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen; 2013 [läst 2013-05-1] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19045/2013-4-10.pdf>.
29. Dagmaröverenskommelsen mellan stat och SKL. Protokoll 1:5 vid regeringssammanträde 2012-03-08 S2011/1708/FS, S2012/1972/FS (delvis) Socialdepartementet; 2012.
30. Godkännande av en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet 2012. Protokoll I:6 vid regeringssammanträde 2011-12-15 S2011/11008/FS. [läst 2011-12-15] Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/18/32/67/69885d2d.pdf>. Socialdepartementet; 2011.
31. Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Protokoll I:28 vid regeringssammanträde 2010-12-22 S2010/9125/HS. Socialdepartementet; 2010 [läst 2012-12-12] Tillgänglig 2013-05-17 <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/183451>.
32. Vårdgarantiprojektet. Tjänsteutlåtandet HSN 2008-04-01. Stockholms län landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden; 2008.
33. Överenskommelse om tillgänglighet 2012. Sveriges kommuner och landsting; 2012. [läst 2012-10-30] Tillgängligt: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/tillganglighet-i-varden/komiljarden1.
34. Kortare väntetid för nya patienter i vården. Socialstyrelsen pressmeddelande. Socialstyrelsen; 2012 [läst 2012-10-23] Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012maj/kortarevantetidfornyapatienterivarden>
35. Slutgiltig budget 2012 och planering 2013-2014 HSN 1101-0048 Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämnden; 2013.

36. Moberg A. Patientsäkerhetsberättelser: en analys av ett urval i SLL. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2011.
37. Rapport till landstingsstyrelsen om utveckling av Stockholmsmodellen. Tjänsteutlåtande HSN1992-12-15 p27. Stockholms läns landsting. HSNstaben / Finansförvaltningen; 1992.
38. Förslag till kvalitetspolicy för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting. Tjänsteutlåtande HSN 9205-0546. Stockholms läns landsting. HSNstaben;1992.
39. Ny avtalsmodell för akutsjukhusen. Tjänsteutlåtande LS 0808-0774. Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsen; 2008.
40. Patientsäkerhetsarbete inom Stockholms läns landsting: undersökning bland vårdgivare. Gullers Grupp på uppdrag av Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2012.
41. Berwick D. A primer on leading the improvement of systems. *British medical journal*.1996;312:619-622.
42. Nelson E, Batalden P, Godfrey, M. *Quality by design: a clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
43. Nolan T. *Execution of strategic improvement initiatives to produce system-level results*. Cambridge: Institute for healthcare improvement; 2007. IHI innovation series white paper.
44. Organisation. Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: 2012 Tillgänglig: <http://www.intranat.sll.se/hsf/>.
45. Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
46. *Bonniers Svenska Ordbok*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2002. Dialog s.106.
47. Thor J, Wittlöv K, Herrlin B, Brommels M, Svensson O, Skår J et al. Learning helpers: how they facilitated improvement and improved facilitation – lessons from a hospital-wide quality improvement initiative. *Quality management in health care*. 2004;13(1):60-74.
48. SQUIRE: Standards for Quality Improvement Reporting Excellence guidelines. [läst 2012-07-12] Tillgänglig: <http://squire-statement.org/>
49. Yin R. *Case study research: design and methods*. 4th ed. Sage Publications: Thousand Oaks; 2009.
50. Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N, red. *Studying the organisation and delivery of health services: research methods*. Oxon: Routledge; 2001.
51. Lantz A. *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
52. Stewart D, Shamadasani P, Rook D. *Focus groups theory and practice*. 2:a upplagan. London: Sage Publications; 2007
53. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24:105–112.
54. Egidius H, red. *Psykologi lexikon*. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
55. Follesdal D, Walloe L, Elster, J. *Argumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi*. 5:e upplagan. Stockholm: Thales; 1993.
56. Miles M, Huberman A. *Qualitative data analysis: an expanded source book*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
57. Taylor S, Bogdan R. *Introduction to qualitative research methods: a guide book and resource*. New York: John Wiley & sons, Inc; 1998.
58. Carlsson B. *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Nordstedts förlag; 1990

59. Moberg A. Mall till stöd för dig som ska skriva en patientsäkerhetsberättelse. [läst 2012-05-01] Tillgänglig: 2013-04-05 www.uppdragsguiden.sll.se
60. Moberg A, Fälth B. Handbok för dig som ska följa upp i dialog. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2012.
61. Bonniers Svenska Ordbok. Stockholm: Albert Bonniers Förlag; 2002. Tillsyn s.610.
62. Socialutskottets betänkande 2012/13:SoU5 Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialdepartementet; 2012. [läst 2013-04-28] Tillgänglig: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottensdokument/Betankanden/Arenden/201213/SoU5/>.
63. Batalden P, Davidoff F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and safety in health care*. 2007;16:2-3
64. Pink DH. *Drive: the surprising truth what motivates us*. Edinburgh: Canongate Books Ltd; 2009.
65. Kunskapsunderlag. [läst 2012-05-22] Tillgängligt: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet.Sveriges_kommuner_och_landsting; 2012.
66. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The milbank quarterly*. 2005;83(4):691-729.
67. Kolb D. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood: Prentice Hall; 1984.
68. Ellström P-E. *Kompetens, utbildning och lärande i arbetsliv: problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: CE Fritzes AB;1992
69. Argyris C. Double loop learning in organizations. *Harvard business review*. 1977;55(5):115-125.
70. Almqvist R, Holmgren Caicedo M, Johansson U, Mårtensson, M. *Ansvarsfull verksamhetsstyrning*. Malmö: Liber; 2012.
71. Batalden P, Stoltz P. A framework for continual improvement in health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Journal on quality improvement*. 1993;19(10):424-449.
72. Thor J. *Läkartidningen*. Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbete inom vården. 2002;99(34):3312-3314.
73. Uppdragsguiden. Auktorisationsvillkor. Stockholms läns landsting.Hälso-och sjukvårdsförvaltningen; 2013 [citerad 2012-02-21] Tillgänglig: www.uppdragsguiden.se..
74. Doyle L, Brady A-M, Byrne G. An overview of mixed methods research. *Journal of research in nursing*. 2009; 14:175.
75. Walshe K. Pseudo innovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International journal for quality in health care* 2009; 21(3):153–159.

Bilagor

Bilaga 1 Patientsäkerhetsarbete i SLL, ett urval

Sedan början av 2000-talet pågår statliga, regionala och lokala insatser för att öka patientsäkerheten. År 2008 lanserade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en satsning med åtta kunskapsunderlag för åtgärder bland de mest frekventa vårdskadeområdena [1]. I SLL har vårdgivare omsatt dessa kunskapsunderlag, bland annat med stöd från landstingets tjänstemän. Val av åtgärder för ökad patientsäkerhet har byggts på frivillighet och bedrivs inom flera fokusområden och med stöd av verktyg och modeller för datainsamling, analys och förbättring. Alla verksamheter tillämpar inte allt.

Tabell 1 Fokusområde och metod för datainsamling och analys

Fokusområde	Metod /verktyg för datainsamling och analys
Avvikelser	<ul style="list-style-type: none">• SLLs Avvikelsehanteringssystem HändelseVis• Systematisk journalgranskning Global Trigger Tool• Manuell datainsamling i mappar
Händelser	<ul style="list-style-type: none">• Handbok i Händelsanalys, Socialstyrelsen m.fl.
Risker	<ul style="list-style-type: none">• Handbok i Riskanalys, Socialstyrelsen m.fl.
Kultur	<ul style="list-style-type: none">• Patientsäkerhetskulturmätning bland medarbetare och chefer

[1,2,3]

Antalet avvikelser som fångas genom avvikelsehanteringssystem bygger på rapporteringsbenägenheten och motsvarar inte givet den faktiska förekomsten. För att ytterligare främja upptäckt av vårdskador översattes och anpassades metoden för strukturerad journalgranskning, utvecklad av Institute for Health Care Improvement (IHI) för identifiering av kriterier som indikerar på vårdskador, till svenska förhållanden. Metoden kallas Global trigger Tool [1,4]

Att få rapportera anonymt är av betydelse då en icke-skuldbeläggande kultur är en viktig dimension av patientsäkerhetsarbete. Ett syndabocksletande kan medföra att färre personer rapporterar avvikelser, vilket leder till att avvikelser och orsaker till dem förblir dolda. I Danmark infördes 2004 lagstiftning med krav på rapporteringssystem där man anonymt och utan att riskera bestraffning kan rapportera [5]. I Sverige medförde patientsäkerhetslagen 2010 krav på rapportering, dock ej anonymt, som i Danmark. I SLLs avvikelsehanteringssystem HändelseVis kan man inte rapportera anonymt.

För att identifiera åtgärder för att förhindra att en avvikelse eller vårdskada upprepas kan metoden Händelseanalys, ett verktyg för systematisk genomgång av en incident eller händelse användas för att hitta bakomliggande orsaker [2].

Ytterligare en komponent i patientsäkerhetsarbetet är riskanalyser, dvs. det förebyggande arbete som, enligt patientsäkerhetslagen ska ske kontinuerligt och systematiskt. I Sverige har bland andra Ödegård redan 1999 rekommenderat att riskanalys och prevention skulle få en mera dominerande plats i sjukvårdens säkerhetsarbete i stället för bestraffning. [6].

Metoderna enligt tabell 1 omfattar oftast även en komponent för handlingsplaner eller hantering.

Transparens, icke-skuldbeläggande och lärande är delar av en verksamhets patientsäkerhetskultur. Insikten att avvikelser kan vara en källa till kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet och att denna kunskap bör spridas är en del av transparensbegreppet [7].

Organisationskultur definieras på olika sätt men refererar oftast till gemensamma värderingar, attityder och socialisering av medarbetare för ökad och gemensam strävan mot organisationens mål. Till begreppet patientsäkerhetskultur adderas aspekter som högsta ledningens engagemang i patientsäkerhetsfrågor som högsta prioritet, medvetenhet att man agerar i en högriskverksamhet, icke-skuldbeläggande, samarbete över gränser och hierarkiska barriärer och viljan att avsätta resurser för patientsäkerhetsarbete [8].

Mätningar av verksamhetens patientsäkerhetskultur pågår bland annat understött av den ersättningsrelaterade patientsäkerhetsstrategin där mätning av kulturen är en indikator. Ett metodstöd som bygger på Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) enkät Hospital Survey on Patient Safety Culture, finns som stöd. Senare har manualen kompletterats med tips och råd [1]. Även om kulturen ses som viktig komponent i patientsäkerheten har man haft svårt att mäta eller påvisa kulturens betydelse för patientsäkerheten [8].

Att enbart mäta vårdskador eller avvikelser ökar inte patientsäkerheten. Genom olika källor och mätningar har man identifierat de vanligaste skadeområdena och SKL lanserade den nationella patientsäkerhetsstrategin i Sverige 2008 där man beredde kunskapsunderlag och åtgärdsprogram till landsting och vårdgivare för att arbeta med de åtta vanligaste skadeområdena. Se tabell 2. Patientens och närståendes medverkan har de senaste åren lyfts fram som viktig del av patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet i Sverige. Patientsäkerhetslagen 2010:659 är tydlig i denna fråga.

Tabell 2 Fokusområden och verktyg/modeller

Fokusområde	Verktyg/modell/projekt
Vårdrelaterade infektioner	Åtgärdsprogram SKL, Vårdrelaterade urinvägsinfektioner Åtgärdsprogram SKL, Infektioner vid centrala venösa infarter Åtgärdsprogram SKL, Postoperativa sårinfektioner SLLs handlingsprogram för vårdrelaterade infektioner
Läkemedelsrelaterade problem	Åtgärdsprogram SKL, Läkemedelsfel i vårdens övergångar Åtgärdsprogram SKL, Läkemedels relaterade problem Modell Läkemedelsavstämningar
Undernäring	Åtgärdsprogram SKL Undernäring SLLs TUFF-projekt
Trycksår	Åtgärdsprogram SKL Trycksår SLLs TUFF-projekt
Fall och fallskador	Åtgärdsprogram SKL, Fall och fallskador SLLs TUFF-projekt*
Teamarbete	Crew Resource Management**
Kommunikation	SBAR-metod för strukturerad kommunikation WHO's checklista för operation
Patientmedverkan	Åtgärdsprogram SKL för patient- och närstående medverkan

[1,2,3] * drivs från HSF, ** på Karolinska universitetssjukhuset

Mikrosystemet, där vårdgivare och patienter möts kan utformas på ett sätt så att säkerhet blir en inkrementell del av systemet. För detta krävs att man beaktar principer så som att medarbetare kan utbildas och tränas i säkerhetsfrågor och att man vid utformning av vården ser att människan är felbar och att miljön där vården bedrivs påverkar. [9]

Tabell 3 Utbildningar i HSF:s regi

Utbildning	Målgrupp
Webbaserad utbildning i patientsäkerhet och förbättringskunskap med kunskapstest	Alla medarbetare i vården, i SLL
Chefsutbildning i patientsäkerhet och hur leda förbättringsarbete inkl. ett eget projektarbete	Alla chefer i SLL
Vårdhygien	Alla medarbetare i vården

*Utbildningar skapas och sker även i vårdverksamheterna

Utbildning i och tillämpning av processororienterat systematiskt förbättringsarbete och metoder pågår i vissa vårdverksamheter. SLLs vårdgivare utvecklar metoder som t.ex. att man involverar patienter i händelseanalyser eller för dialog med patientorganisationer.

SLLs centrala organisation för patientsäkerhet finns i HSF inom den medicinska staben och består av en handfull personer. Patientsäkerhetsarbetet sker främst inom ramen för Patientsäkerhetskommittén som är ett råd med representanter från vårdverksamheterna och HSF. Man arbetar med patientsäkerhet genom att sprida information och nyheter från patientsäkerhetsnätverk i SKLs regi, genom samverkan patient- och handikapporganisationer, m.fl. samt genom omvärldsspaning och andra aktiviteter som t.ex. upphandling av utbildning. Beställaravdelningarna på HSF arbetar med patientsäkerhet genom standardiserade avtalskrav och i vissa fall patientsäkerhetsindikatorer i avtal.

Referenser till bilaga 1

1. Kunskapsunderlag. [läst 2012-05-22] Tillgängligt: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet. Sveriges kommuner och landsting; 2012
2. Publikationer. [läst 2012 -02- 5] Tillgängligt: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet> Stockholm: Socialstyrelsen; 2013
3. Händelse Vis: avvikelserapporteringssystem. Stockholm: Stockholms läns landsting 2013
4. Nilsson L, Juhlin C, Krook H, Sjödal R, Rutberg H. Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten. *Läkartidningen*. 2009(35);106:2125-2128
5. Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete. Kunskapsöversikt artikel nr 2003-110-14. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003
6. Ödegård S. Säkerheten i vården bör fokusera på prevention. *Läkartidningen*. 1999;(25) 96:3069-3073
7. Emanuel L, Berwick. D, Conway J, Combes J, Hatile, M., Leape, L et al. What Exactly Is Patient Safety? Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [Läst 2013-02-02] Tillgänglig: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol1/Advances-Emanuel-Berwick_110.pdf
8. Pizzi L, Goldfarb N, Nash D. Promoting a culture of safety. In: Shojania K, Duncan B, McDonald K, Wachter R, red. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, Making HealthCare Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, AHRQ Publication;2001.[Läst:2013-02-12] Tillgänglig: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>
9. Mohr J, Barach P, Carver J, Bilke G, Godfrey M, Batalden P et al. Microsystems in Health Care: Part 6. Designing patient safety into the microsystem. *Journal on Quality and Safety*. 2003; 29(8).

Bilaga 2 Patientsäkerhetslagen, föreskriften och den ersättningsrelaterade satsningen

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvård. I 3 kap Allmänna bestämmelser framgår vårdgivarens skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete i syfte att utreda, åtgärda och förebygga. Lagens krav under rubriken dokumentation, §10 om PSB beskriver dokumentationen som syftar till att ge tillsynsmyndigheten ett underlag, ett underlag för kommunikation till intresserade och underlag för eget förbättringsarbetet [1].

Patientsäkerhetslagen ersätter lagen om yrkesverksamhet i hälso- och sjukvården och innehåller därför långt flera krav så som behörighetsfrågor, prøvotid och återkallelse av legitimation, skyldighet att anmäla händelser till Socialstyrelsen, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, mm, än PSB. Patientsäkerhetslagen utkom den 28 juni 2010.

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 ska tillämpas vid arbetet med att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i vården. *Föreskrifter* är bindande regler och *allmänna råd* är rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas, men utesluter inte andra sätt att uppnå det som avses med författningen [2]. På detta sätt kommer SOSFS 2011:9 att vara ett stöd vid tolkning patientsäkerhetslagen. SOSFS 2011:9 utkom den 20 juni 2011, ca ett år efter patientsäkerhetslagen.

Den ersättningsrelaterade patientsäkerhetsatsningen har ett statligt bidrag om 500-675 mkr per år att fördelas mellan de 21 deltagande landsting och regioner och pågår under åren 2011-2014 med successivt uppgraderade och justerade krav. Ersättning utgår i fall att landstinget uppfyllt samtliga grundkrav, och ersättningens storlek relateras till måluppfyllelse för respektive indikator.

Tabell 1a Krav i den ersättningsrelaterade satsningen

Grundläggande krav 2011

Att landstinget har upprättat en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med den nya Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659

Att landstinget inrättat lokala Stramagrupper (Strategigrupp för rationell antibiotika användning)

Att landstinget deltar i den nationella patientenkäten för primärvården

Att landstinget tagit väsentliga steg i införandet av Nationell Patientöversikt (NPÖ)

[3]

Tabell 1 b Prestationskrav

Prestationskrav 2011

Landstinget ska mäta patientsäkerhetskulturen på minst 25 % av sin hälso- och sjukvårdspersonal svarsfrekvensen ska uppgå till minst 50 %.

Langstinget ska mäta följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 75 % på alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården.

Langstinget mäter trycksårsförekomsten på minst 50 % på alla avdelningar på alla sjukhus inom slutenvården.

Landstinget ska verka för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer samt minska sin överförskrivning av antibiotika med 10 %

[3]

Tabell 2a Krav i den ersättningsrelaterade satsningen

Grundläggande krav 2012

Att samtliga vårdgivare i landstinget upprättat en patientsäkerhetsberättelse

Att landstinget för införande av NPÖ (Nationell patientöversikt) infört och använder SITHS-kort (säker IT i hälso- och sjukvård), NPÖs säkerhetstjänster samt HSA (hälso- och sjukvårdens adressregister), anslutit sig till NPÖ och visar på bred användning av tjänsten

Att landstinget påbörjat införandet av infektionsverktyget genom att ha tagit väsentliga steg – organisation för införande på samtliga sjukhus (ansvariga, budget och tidplan)

Att landstinget arbetat systematiskt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhusen, minst 20 slumpvis utvalda journaler per månad, januari - mars ska ha granskats

[4]

Tabell 2b Prestationskrav

Prestationskrav 2012

Landsting som upprättat handlingsplan eller planer med mål för patientsäkerhetskulturen och utifrån dessa påbörjat ett förbättringsarbete

Landsting som mäter följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler på minst 80% av alla slutenvårdsavdelningar vid sjukhusen samt uppnår minst föregående års genomsnittliga resultat (64%)

Landsting som upprättat handlingsplan eller planer med mål för och utifrån dessa påbörjat ett förbättringsarbete avseende förekomst av trycksår

Landsting som verkar för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer samt minskar sin överförskrivning av antibiotika för luftvägsinfektioner inom öppenvården med 10%

[4]

SLL uppfyllde samtliga grundkrav och tre av fyra indikatorer 2011 och erhöll 65 miljoner i ersättning.

Referenser till bilaga 2

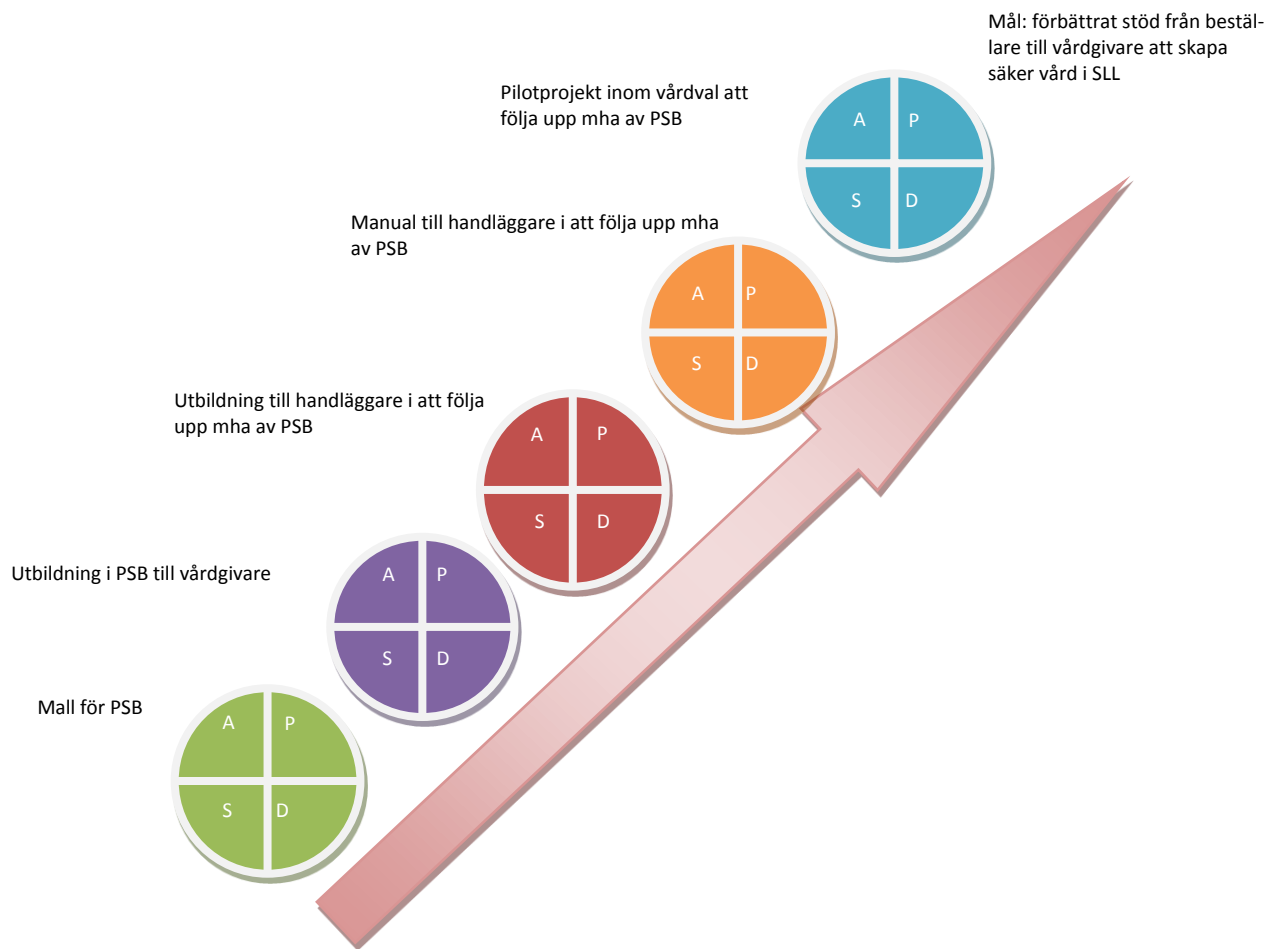
1. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Socialdepartementet; 2010.
2. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2011.
3. Bemyndigande om att underteckna överenskommelse om patientsäkerhetssatsning 2011. Utdrag. Protokoll 1:14 vid regeringssammanträde 2010-12-16. 201/9054/HS. Socialdepartementet; 2010.
4. Patientsäkerhetssatsning 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet. Sveriges kommuner och landsting; 2012.

Bilaga 3 Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens organisation

Avdelningar och avdel-



Bilaga 4 Förbättringsramp



Bilaga 5 Raster för bedömning av en PSBs ”fyllighet”

Hur ansvaret varit fördelat 2010:659 kap 3, §9	Hur arbetet bedrivits 2010:659 kap 3, §10, 1
Vilka åtgärder vidtagits 2010:659 kap 3, §10, 2	Vilka resultat uppnåtts 2010:659 kap 3, §10, 3
Samverkan SOSFS 2011:9 kap 4, §6	Risker SOSFS 2011:9 kap 5, §1
Personal rapporterar risk/händelser 2010:659 kap 6, §4	Hantera klagomål 2011:9 kap 5, §3
Antal utredda händelser 2010:659 kap 3, §3	Antal allvariga skador 2011:9 kap 7, §2 ,sista st
Egenkontroll SOSFS 2011:9 kap 5, §2	Patientens delaktig 2010:659 kap 3, §4

Källa: Moberg A. Patientsäkerhetsberättelser: en analys av ett urval i SLL. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen; 2011

Bilaga 6 Information om deltagande i studie att läsa, tolka och följa upp patientsäkerhetsberättelse

Information om deltagande i studie att läsa, tolka och följa upp patientsäkerhetsberättelse

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har genom en rad projekt berett kunskapsunderlag för att läsa, tolka och följa upp en patientsäkerhetsberättelse. Som avtalshandläggare har du deltagit i pilotprojektet att följa upp en vårdgivare i dialog med en patientsäkerhetsberättelse som underlag.

För examen i mastersprogrammet *Kvalitetsförbättring och ledarskap i hälsa, vård och omsorg* vid Hälsohögskolan i Jönköping genomförs en studie av resultatet av projektet.

I syfte att förstå **hur en dylik uppföljning kan gå till** inbjuds du att delta i en intervju. Intervjun genomförs i någon av HSFs lokaler eller av dig utvald plats. Intervjuerna genomförs under februari 2013. Ingen förberedelse.

Intervjun är semi-strukturerad vilket betyder att den som intervjuar ställer två till tre öppna frågor som du besvarar fritt utifrån din egen upplevelse eller synpunkter. Intervjun spelas in. Intervjun beräknas ta ½ timme.

Din identitet kommer inte att framgå i studiens rapport. All data presenteras aggregerat och studien är godkänd i Etiska prövningsnämnden vid Hälsohögskolan i Jönköping. Enbart intervjuaren, tillika studiens författare, Anne-May Moberg, verksamhetsutvecklare Avd Somatisk specialistvård, kommer att känna till din identitet.

Du är välkommen att avbryta ditt deltagande och intervjun närhelst.

Vid frågor och för intresseanmälan, vänligen skriv till:

Anne-May Moberg, anne-may.moberg@sll.se

Du kan även ringa på telefon nummer 073 699 44 44

Bilaga 7 Information om deltagande i studie att skriva patientsäkerhetsberättelse

Information om deltagande i studie att skriva patientsäkerhetsberättelse

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har genom en rad projekt berett kunskapsunderlag för att skriva en patientsäkerhetsberättelse i form av en mall och lärseminarier.

Lärseminarierna behandlade hur en vårdgivare kan skriva en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens författning SOSFS 2011:9.

För examen i mastersprogrammet *Kvalitetsförbättring och ledarskap i hälsa, vård och omsorg* vid Hälsohögskolan i Jönköping genomförs en studie av resultatet av projekten.

I syfte att förstå **inverkan av kunskapsunderlaget** inbjuds du att delta i en intervju. Du ska ha använt HSFs mall eller deltagit i något av lärseminarierna 1-2 oktober 2012 eller RLPVmöte den 11 december 2012.

Intervjun genomförs i någon av HSFs lokaler eller av dig utvald plats. Intervjuerna genomförs under februari 2013. Före eller i samband med intervjun önskar jag få din patientsäkerhetsberättelse för år 2012.

Som kompensation för ditt deltagande får du valfri dag/kväll en återkoppling av din patientsäkerhetsberättelse och/eller en föreläsning i din verksamhet.

Intervjun är semi-strukturerad vilket betyder att den som intervjuar ställer två till tre öppna frågor som du besvarar fritt utifrån din egen upplevelse eller synpunkter. Intervjun spelas in. Intervjun beräknas ta ½ timme.

Din identitet kommer inte att framgå i studiens rapport. All data presenteras aggregerat och studien är godkänd i Etiska prövningsnämnden vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Enbart intervjuaren, tillika studiens författare, Anne-May Moberg, verksamhetsutvecklare Avd Somatisk specialistvård, kommer att känna till din identitet.

Du är välkommen att avbryta ditt deltagande och intervjun närhelst.

Vid frågor och för intresseanmälan, vänligen skriv till:

Anne-May Moberg, anne-may.moberg@sll.se

Du kan även ringa på telefon nummer 073 699 44 44

Bilaga 8 Information om deltagande i studie till deltagit lärseminarium kring patientsäkerhetsberättelse

Information om deltagande i studie till dig deltagit i lärseminarium kring patientsäkerhetsberättelse

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genom en rad projekt berett **kunskapsunderlag** i form av en mall, manual samt lärseminarier där vårdgivare och medarbetare på HSF haft en möjlighet att delta. Mallen och manualen ger stöd för att skriva och tolka patientsäkerhetsberättelsen enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens författning 2011:9.*

Lärseminariet du deltog i behandlade hur medarbetare på HSF skulle kunna använda en sådan skrift som underlag för en dialog kring vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

För examen i mastersprogrammet *Kvalitetsförbättring och ledarskap i hälsa, vård och omsorg* vid Hälsohögskolan i Jönköping genomförs en studie av resultatet av projekten.

I syfte att förstå **upplevelsen av kunskapsunderlaget** inbjuds du till en fokusgruppsintervju. En fokusgruppsintervju har karaktären av ett samtal mellan deltagare. Anne-May Moberg agerar moderator och startar intervjun med en fråga. Vars och ens synpunkter är viktiga, men ingen enskild persons synpunkter blottas i rapporten, utan de sammanfattas på en övergripande nivå.

Frågan berör din upplevelse och/eller erfarenhet av att läsa en PSB. Intervjun kan komma att spelas in. Intervjun beräknas ta ½ timme – 45 min.

Din identitet kommer inte att framgå i studiens rapport. All data presenteras aggregerat och studien är godkänd i Etiska prövningsnämnden vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Du är välkommen att avbryta ditt deltagande och intervjun närhelst.

Vid frågor kan du vända dig till

Anne-May Moberg, anne-may.moberg@sll.se eller på telefon nummer 073 699 44 44 fr.om. januari 2013

Bilaga 9 Information om deltagande i studie till dig som medarbetare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting

Information om deltagande i studie till dig som medarbetare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genom en rad projekt berett **kunskapsunderlag** i form av en mall, manual samt lärseminarier där vårdgivare och medarbetare på HSF haft en möjlighet att delta. Mallen och manualen ger stöd för att skriva och tolka patientsäkerhetsberättelsen enligt patientsäkerhetslagen 2010:659 och Socialstyrelsens författning 2011:9.*

Du har i ett eller flera delprojekt deltagit i utvecklingen av kunskapsunderlag.

För examen i mastersprogrammet *Kvalitetsförbättring och ledarskap i hälsa, vård och omsorg* vid Hälsohögskolan i Jönköping genomförs en studie av resultatet av projekten.

I syfte att fånga **erfarenheter från ett projekt i SLL** inbjuds du till en fokusgruppsintervju. En fokusgruppsintervju har karaktären av ett samtal mellan deltagare. Anne-May Moberg agerar moderator och startar intervjun med en fråga. Vars och ens synpunkter är viktiga, men ingen enskild persons synpunkter blottas i rapporten, utan de sammanfattas på en övergripande nivå.

Frågan berör dina erfarenheter av att jobba i projektet. Intervjun kan komma att spelas in. Intervjun beräknas ta ½ timme – 45 min.

Din identitet kommer inte att framgå i studiens rapport. All data presenteras aggregerat och studien är godkänd i Etiska prövningsnämnden vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Du är välkommen att avbryta ditt deltagande och intervjun närhelst.

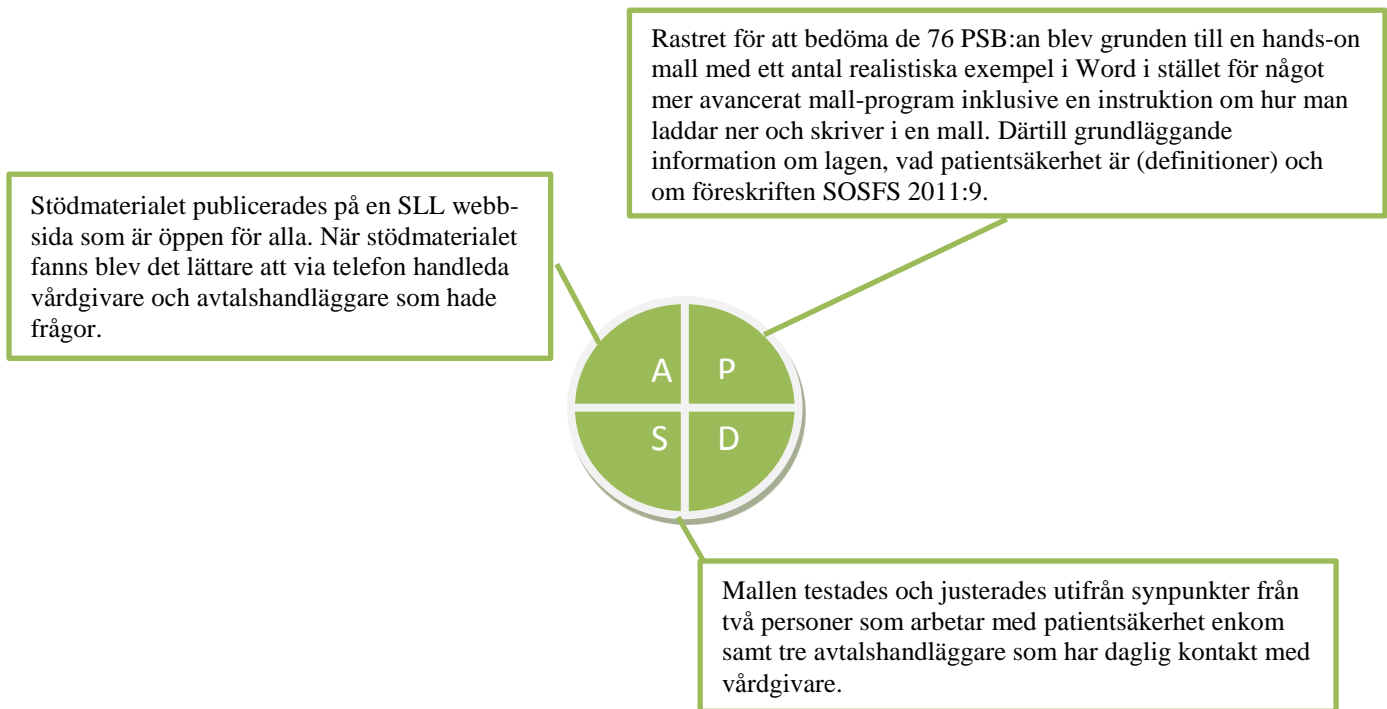
Vid frågor kan du vända dig till

Anne-May Moberg, anne-may.moberg@sll.se eller på telefon nummer 073 699 44 44 fr.om. januari 2013

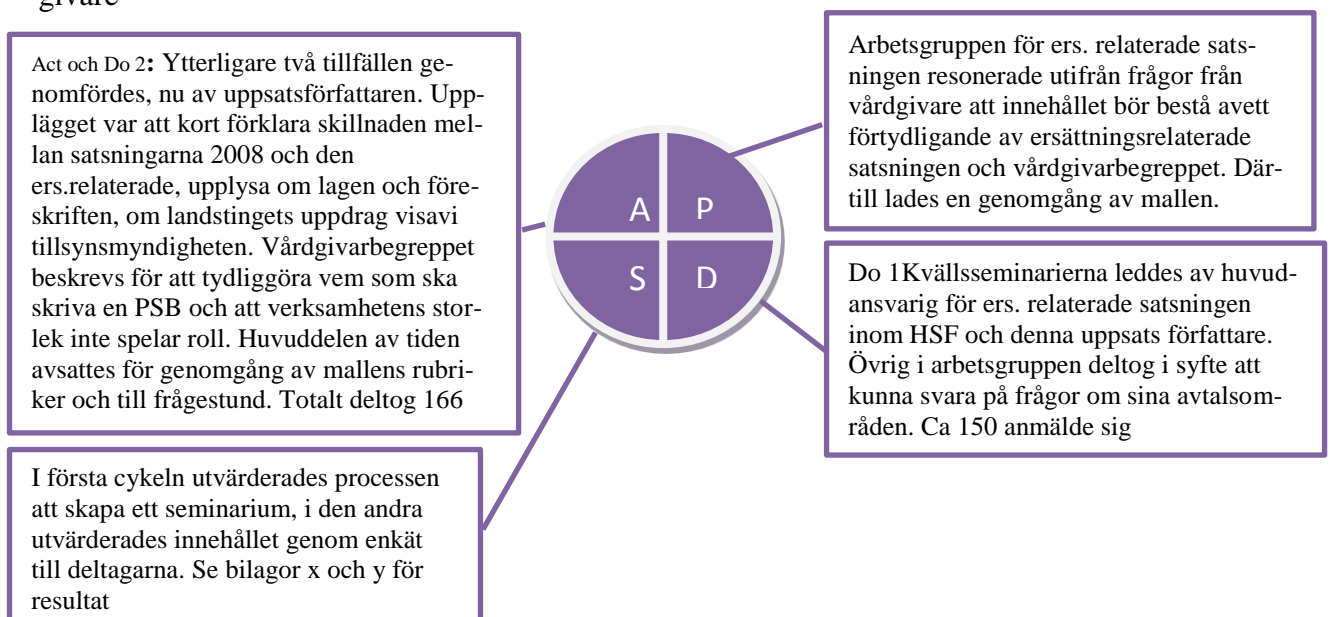
Bilaga 10 Praktikprojektets fem PDSA cykler för beskrivning av genomförande av respektive delprojekt.

Varje cykel läses från P till D till S till A.

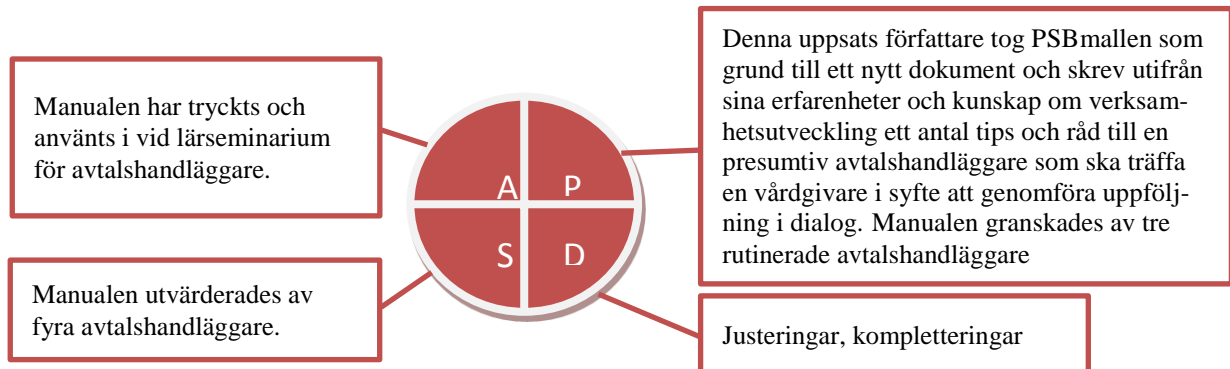
Delprojekt 1 En mall för dokumentation av PSB



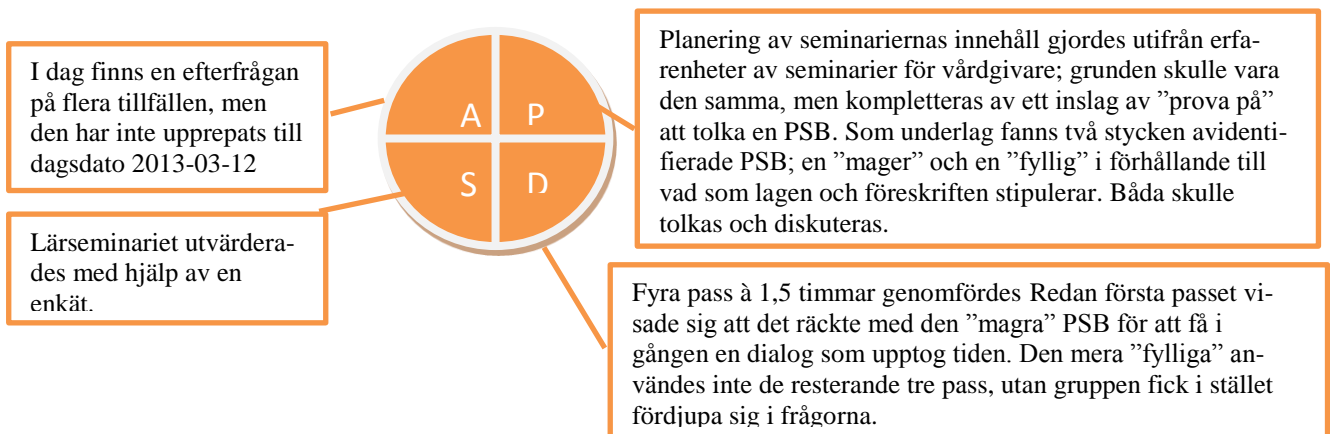
Delprojekt 2 Ett lärandeseminarium kring PSBmallen, lagen och föreskriften riktad till vårdgivare



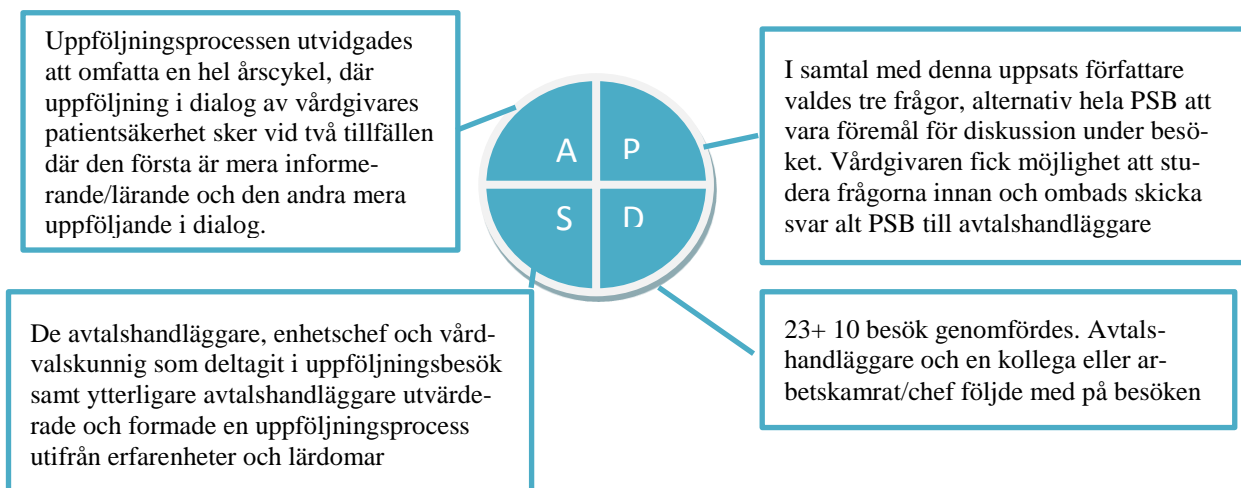
Delprojekt 3 En manual bestående av PSBmallen samt tips och råd till handläggare kring en uppföljningssituation



Delprojekt 4 Ett lärseminarium kring manualen riktat till avtalshandläggare och andra intresserade inom HSF



Delprojekt 5 Ett pilotprojekt där PSB eller delar av den, användes som underlag vid uppföljningstillfällen i dialog hos en grupp små vårdgivare



Bilaga 11 Utvärdering av lärseminarium för vårdgivare i oktober 2012

En utvärdering gjordes via e-post till 166 deltagare varav 40 svarade. Alla 40 svarade inte på samtliga frågor. Ingen påminnelse gick ut.

Fråga	Svar	Kommentar
Deltog du i lärseminariet?		
Lärde du dig något nytt?	22st JA, 7st NEJ	Tre svarade att de kunde sedan innan
Vad var bra med seminariet?	Bra med exempel, informativt, avdramatiserande, trevligt bemötande, lätt att förstå	26 st positiva omdömen
Vad var dåligt med seminariet?	Föreläsaren hördes dåligt (2 st), dålig lokal (2st), mallen ej anpassad till små verksamheter eller specifik yrkesgrupp tex sjugymnast(6st), blandad publik med missnöjesfrågor (2st), folk kom för sent, för kort seminarium , seminariet gav i för tidigt skede, missnöje med att behöva skriva en PSB	19 st negativa omdömen
Skulle du rekommendera en kollega eller annan vårdgivare att delta i ett liknande seminarium?	15 st JA , 5st NEJ	

Bilaga 12 Utvärdering av lärseminarium för avtalshandläggare mfl september 2012

Lärseminariet utvärderades med hjälp av en enkät till samtliga 18 stycken deltagare per via e-post efter genomförandet. 10 svarade. Ingen påminnelse utgick.

Fråga	Svar	Kommentar
Deltog du i lärseminariet?		
Lärde du dig något nytt?	10 st JA	
Vad var bra med seminariet?	Konkreta exempel, bra att få testa, väckte tankar om hur följa upp, manualen och få diskutera hur föra dialog ur ett avtalshandläggarperspektiv	10 st positiva omdömen
Vad var dåligt med seminariet?	Vad var dåligt med seminariet? Svar: 8 av 10 svarade.	7 svarade inget negativt .Ett negativt omdöme : seminariet var kort
Skulle du rekommendera en kollega eller annan vårdgivare att delta i ett liknande seminarium?	9 st JA	

Bilaga 13 Utvärdering av planering och genomförande av första lärseminarierna i januari 2012 för vårdgivare.

Utvärderingen skedde genom intervju av en sekreterare, en IT-samordnare, en projektledare och en kommunikatör som deltagit i planering av och genomförande med frågan om vad som fungerat bra och vad som behöver ändras. Här under finns de viktigaste uttalandena punktade

- Stort intresse och behov hos vårdgivarna som vi kunde tillmötesgå.
- Bra att vårdgivare får läsa mallen innan.
- Vi ska ha en komprimerad session där man får tillfälle att ställa frågor
- Bokningssystemet måste vara användarvänligt
- Vi som arrangörer behöver ha kunskap om bokningssystemet
- Man ska kunna avboka sig själv i bokningssystemet
- Vi (administratörer) behöver access till systemet när vi hjälper vårdgivare att anmäla sig
- De bör finnas en köfunktion i systemet
- I inbjudan behöver framgå vem som stiftat lagen och ingått överenskommelsen
- Vi behöver säkra att vi vänder oss till rätt målgrupp –dvs dem som ska skriva PSB och som inte har eget stöd i sin verksamhet
- Tydliggöra att SLL gör detta som ett stöd eftersom vi ingår i den statliga satsningen
- Vi behöver ha entydiga svar på frågor om lagen
- Kontaktperson för kursen och kontaktperson för bokning ska vara olika personer. Den som är kontakt för bokning ska bara nämnas där och den för kursen ska bara finnas med på inbjudan
- Vi ska vara tydliga VAR kursen går – landstingshuset
- Det blev uppenbart under utbildningarna att vårdgivare behöver lära sig vilka lagar och föreskrifter som gäller, att de inte har kunskap.
- HSFs jurist bör ta fram en lista med aktuella lagar inför nästa seminarium
- Att det fanns personer som kunde svara på vårdgivarens specifika frågor avseende sin verksamhet/PSB var viktigt. Dylik help-desk funktion behövs före och efter kurs.
- Målgruppen för kurs ska vara små och medelstora vårdgivare
- Kursen ska innehålla både information och ett praktiskt inslag
- Erfarna administratörer /arrangörer av kurser, mm finns inom HSF
- Det är viktigt att vi har god framförhållning och aviserar kurserna i god tid och ger förhandsinformation.

