

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



LÖF

Välkomna!

Nationellt samverkansmöte i patientsäkerhet

12 mars 2025

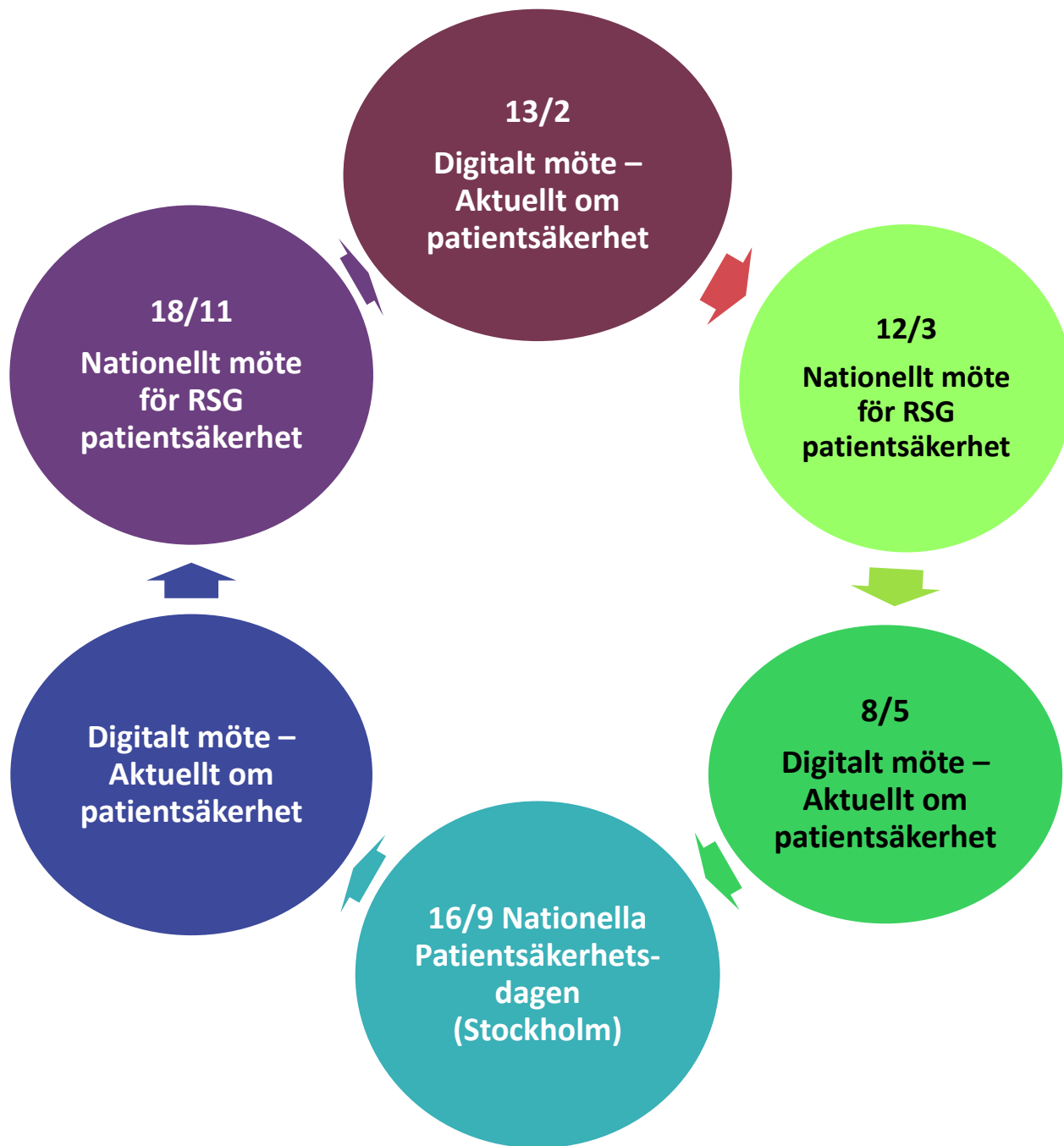


Bakgrund



- Behov av samordning för att
 - ✓ kraftsamla
 - ✓ fördela uppgifter klokt i förhållande till respektive aktörs uppdrag och
 - ✓ synkronisera aktiviteter och initiativ som riktar sig från den nationella nivån ut till regionerna och kommunerna

Det här
sker
under
2025



Här är vi idag

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

- 46 svar (utskickat till 63 personer)
- Två tredjedelar hade deltagit 6/11, en tredjedel var inte med
- Majoriteten som inte deltog gjorde det för att det inte kunde avsätta tiden – det var inte reserestriktioner som var avgörande
- Bara hälften av de som deltog digitalt var med hela dagen
- Nätverkande är en viktig del vid dessa möten
- Gruppdiskussioner och nätverkande fungerar dåligt digitalt
- Knappt hälften av de som svarat önskar 2 fysiska möten år 2025, en fjärdedel önskar 1 fysiskt och 1 digitalt möte

Förslag på tema/område för nästkommande möte

indikatorer

Har aldrig varit med så lite svårt att föreslå

Vilka nationella patientsäkerhets indikatorer ska alla regioner arbeta med i sina handlingsplaner?

Kanske någon uppföljning av Läkartidningens Tema patientsäkerhet? Bemötande

Lågvärdesvård, medicinska prioriteringar

samverkan över organisationsgränser- den sk sömlösa vården. Utbildning

om patientsäkerhet på olika nivåer.

vårdens övergångar ex. från specialistvård till primärvård från barnsjukvård till vuxen sjukvård

Införande av nytt journalsystem - patientsäkerhetsrisker/möjligheter

Socialstyrelsens arbete med vårdplatser samt kris- och beredskap, Uppdaterade handlingsplanen, Kompetensmålen och kompetensförsörjning, **Nationella arbetet med indikatorer och uppföljning**, Patientsäkerhet och Nära-vårdflyttningen. "Horizon scanning" i patientsäkerhetsområdet

Säkerhetskultur och patient/närstående medverkan i patientsäkerhetsarbete Viktigt med ämnen som är aktuella och berör.

Om det finns forskning på arbetssätt (engagerad ledning och tydlig styrning) som leder till att medarbetare väljer att stanna i verksamheten, finns något gott exempel?

Vikten av omvårdnad ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Hur bygga säkra patientövergångar mellan vårdgivare och olika vårdnivåer.

iakttagelser från patientklagomål till patientnämnden, på vilket sätt kan RSG patientsäkerhet ha nytta av de och hur tar man del av de

Kompetens och kunskap - hur värderar vi vilken kompetens som behövs för att säkerställa en god vård i en allt mer pressad hälso- och sjukvård där färre ska göra mer för fler.

Säkerhetskultur och hantering och rapportering av risker i centrala ledningsstrukturer - hur agerar vi på rapporterade risker? Avvikelse system används i vår region på verksamhetsnivå, vi "saknar" eller kanske inte har den kulturen och strukturen för att rapportera och prata risker, det är ofta ett letande efter vem som ska hantera frågan.

Indikatorer (vilka, hur mäta, hur automatisera osv..) Patientsäkerhetstrappa Hur genomföra utbildning (innehåll) för att möta upp den nya nationella kompetensmålen Metoder för att involvera patient/anhörig i patientsäkerhetsarbetet Avseende anmälningar och synpunkter som vi hanterar tillsammans m IVO, hur kan vi utveckla denna process i syfte att åstadkomma mer aggregerad information som beslutsunderlag, kunskap, lärande? (De återkopplingar vi får från IVO uppfattas tendera att bli allt kortare och tillintetsägande).

Digitalisering och patientsäkerhet - Hur kan vi arbeta smartare, effektivare och säkrare med hjälp av digitala verktyg

Säkerhetskultur

PONMIPS vore kanske inte så dumt

Agenda

- 10.15 Dagen börjar- Välkomna
- Aktuellt från NSG, Löf och SoS
 - Kort rörelsepaus
- 11.00 Healthcare, quality and safety- can we get it right by 2030? Implications for patient safety leaders in Sweden. Jeffrey Braithwaite
 - Diskussioner vid borden
- 12.30-13.30 Lunch plan 12
- 13.30 Indikatorer lägesbild från alla tre aktörer.
- 14.00 Region Dalarna- deltar digitalt och delar praktiska erfarenheter indikatorarbete
- 14.20- 14.40 Vad är på gång vad gäller MJG och PPM, efter att SKR avvecklat dessa områden, SoS
- 14.45- 15.15 kaffe och kaka
- 15.15- 15.45 Panel- diskussioner
- 15.45- Vilka typer av stöd från nationell nivå behöver RSG för att sprida budskapet om uppdaterad handlingsplan?
- 16.00 Dagen avslutas

Informationspunkter

LÖF



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

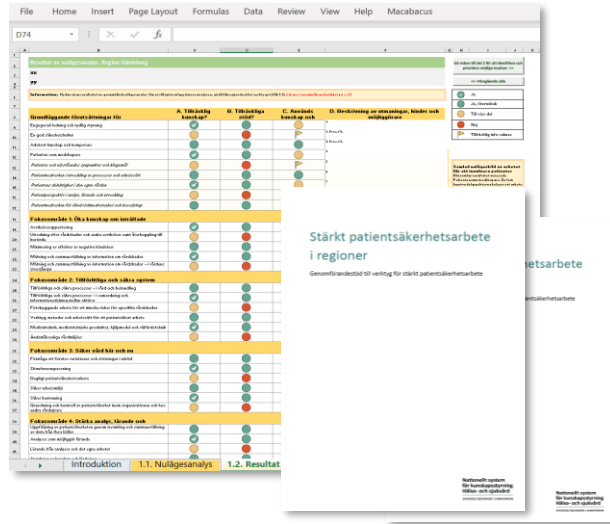
NSG patientsäkerhet – aktuellt och på gång



NSG patientsäkerhet – ledamöter

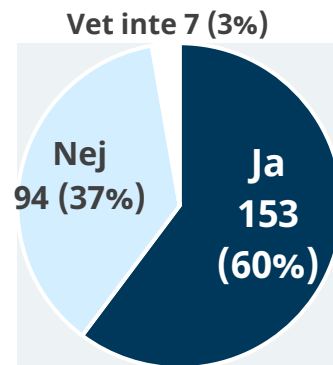
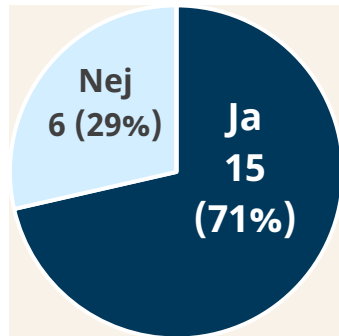
- **Charlotta Nelsson**, Mellansverige. Ordförande. Ledamot sedan 2018. Avgår 30/6, kvar som ledamot hösten 2025
- **Elda Sparrelid**, Stockholm-Gotland. Ledamot sedan 2018. Avgår 30/6, ersätts av **Åsa Hammar**
- **Axel Ros**, Sydöstra. Ledamot sedan 2018. Ersätts 1/7 av **Erik Stenqvist**, kvar början av hösten
- **Pär Lindgren**, Södra. Ledamot sedan 2018. Mandatperioden slut 31/12 2025.
- **Jacob Wulfsberg**, Västra. Ledamot sedan hösten 2024.
- **Monica Eriksson**, Norra. Ledamot sedan våren 2023.
- **David Lidin**, MAS Stockholm. Ledamot sedan hösten 2024.
- Kommunal representant nr 2 vakant
- **Siv Björn**. Nytt processtöd från 1/3 2025.

NSG patientsäkerhet – aktuellt och på gång



Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

- Används i många regioner och kommuner
- Behov av utveckling, både tekniskt och innehållsmässigt
 - Teknisk plattform, förvaltning, kostnader
 - Användarvänlighet, sammanslagning till 1 verktyg, screeningversion, "modul" för vårdens övergångar
- Förstudie tillsammans med Socialstyrelsen
- NAG Verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete



NSG patientsäkerhet – aktuellt och på gång



- VP 2025-2026
 - Uppdaterad nationell handlingsplan
 - Indikatorarbete
 - Riskläkemedel
 - Vårdrelaterade pneumonier
 - Vårdrelaterade urinvägsinfektioner
 - Säkerhetskultur – hösten 2025

Aktuellt och på gång

- Patientsäkerhet, Socialstyrelsen

Christian Danielsson, medicinskt sakkunnig

12 mars 2025

Uppdaterad handlingsplan 2025-2030

- **Samma vision och målsättning**
 - Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada
 - God och säker vård, överallt och alltid
- **Samma övergripande struktur** med grundläggande förutsättningar och fokusområden bidrar till långsiktighet och stabilitet i målgruppernas patientsäkerhetsarbete
- **Tar avstamp i den förflyttning som skett fram till idag**
- **Lanseras under våren 2025.** Till dess gäller nuvarande handlingsplan



Handlingsplanen som stöd och vägledning

Aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet som är berörda av handlingsplanen

Riksdag och regering

Myndigheter

Nationella organisationer

Huvudmän

Vårdgivare

Personer som arbetar inom hälso- och sjukvård

Patienter och närstående

Målgrupper för handlingsplanens stöd och vägledning

Nationella kompetensmål för patientsäkerhet

Stöd när utbildning och fortbildning i patientsäkerhet tas fram

Arbetet fortsätter för att sprida de nationella kompetensmålen och att stödja målgruppsanpassning och implementering

Som del i det arbetet har NSG, Löf och Socialstyrelsen inlett ett gemensamt arbete för att ta fram nationella utbildningsinsatser riktat till chefer och ledare på strategisk nivå.

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

Nationella kompetensmål för patientsäkerhet: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/nationella-kompetensmal/>

Vårdhygien

- RU om basala hygienkrav och rutiner inom vård och omsorg för äldre - rapport 30 november 2025
- RU om hur vårdhygieniska rutiner, riskfaktorer och VRI ska dokumenteras, sammanställas och tillgängliggöras lokalt, regionalt och nationellt. Förslag på insatser samt beräkning av kostnader - delredovisad 3 mars 2025, slutrapport 30 juni 2025

RU = regeringsuppdrag



Referensgrupp: Patienters och närståendes involvering i arbetet för en säker vård



Syfte:

Stärka patienters och närståendes involvering i Socialstyrelsens arbete med säker vård på nationell nivå.

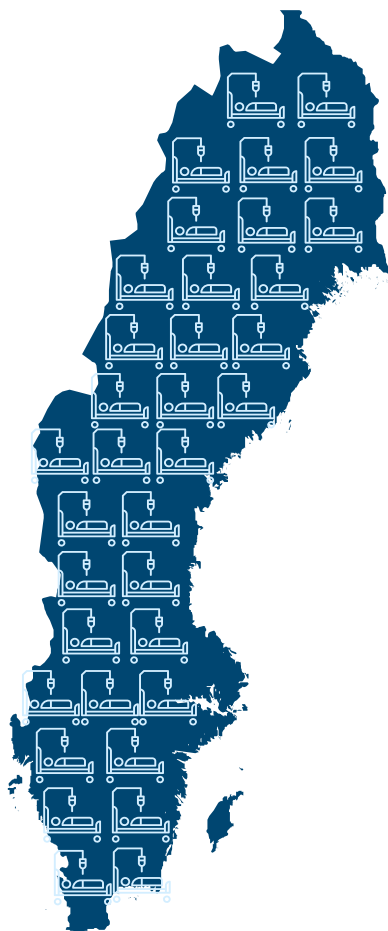
Mål:

Patienters och närståendes perspektiv och synpunkter integreras i Socialstyrelsens strategiska arbete med säker vård.

Arbetsätt:

- 16 nationella patient- och närståendeorganisationer
- NSG och Löf deltar med var sin representant
- 2 digitala och 2 fysiska möten under 2025.
- Årets första möte 11 mars. På agendan: informationsmaterial riktat till patient/närstående, SBAR för patienter, med mera.

Myndighetens arbete med kapacitet och vårdplatser



- Fortsatt brist på
 - 2 230 disponibla vårdplatser i somatisk vård
 - 50 IVA platser
- Socialstyrelsen uppdaterar årligen riktvärden för antalet vårdplatser- nästa gång juni 2025
- Patientsäkerhetsarbete en central del för att minska vårdplatsbehovet
 - Potential att minska behovet av **460 vårdplatser** – om alla regioner minskar vårdskador till samma nivå som 4:e lägsta region
- Socialstyrelsen fortsätter stödja utifrån planen *Plats för vård* och arbetet med produktions och kapacitetsstyrning

Socialstyrelsen bedriver två parallella regeringsuppdrag inom nationell vårdförmedling tillsammans med E-hälsomyndigheten



Specifikation för uppdraget nationell plan:

- I uppdraget ska myndigheterna **analysera och lämna förslag på statliga insatser** som bidrar till att stödja, effektivisera och förenkla regionernas och vårdgivarnas processer och arbetssätt för nationell vårdförmedling
- Insatserna ska vara **på olika ambitionsnivåer på både kort och lång sikt**

Slutredovisning:
31 mars 2025



Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling



Slutredovisning:
30 juni 2025



Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider



Save the date!

Nästa nationella patientsäkerhetsdag
blir den 16 september 2025 på
Münchenbryggeriet.



Samlat stöd för patientsäkerhet



Webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet

- Beskriver hur du som chef, ledare och medarbetare inom hälso- och sjukvården kan arbeta för en god och säker vård
- Bidrar till ökad kunskap
- Uppdateras och utvecklas kontinuerligt
- Länk till webbplatsen:
 - [Startsida - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet

- Vänder sig till chefer och medarbetare i alla delar av hälso- och sjukvården
- E-utbildning
- 7 delar som kan göras separat t.ex.
 - Riskområden och vårdskador
 - Systematiskt patientsäkerhetsarbete
 - Ledarskap och god säkerhetskultur
- Totalt ca 2 timmar lång utbildning
- Läs mer om och länk till utbildningen här: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/saker-varld--nationell-utbildning-i-patientsakerhet/>



LinkedIn Agera för säker vård

- följ oss och delta i samtalet om patientsäkerhet



Följ oss gärna här: <https://www.linkedin.com/showcase/71272394/admin/feed/posts/>

Aktuellt och på gång

- 13 mars - [Webbinarium](#)
 - Tema: Visualisering av indikatorer inom patientsäkerhetsområdet
 - Ingen föransmälning
- 8 maj - [Digitalt forum](#) *Aktuellt om patientsäkerhet*
 - Tema: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2030
 - Ingen föransmälning
- 16 september - [Save the date](#) *Nationell patientsäkerhetsdag*
 - Årets nationella patientsäkerhetsdag blir den 16 september 2025 på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Indikator	Mått	Måttvärde	Måttvärde	Måttvärde	Måttvärde
Sjukvårdens säkerhetsindex	10	10000	10000	10000	10000
Patientensäkerhetsindex	10	10000	10000	10000	10000





PÅ GÅNG FRÅN LÖF

LöF

—

SBAR PÅ LÖF:S HEMSIDA

SBAR – akut situation		
S	Situation Vad är problemet / anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn, ålder, personnummer Jag kontaktar dig för att ____
B	Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam bild av patientens tillstånd fram tills nu.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu. Eventuell allergi och /eller smittorisk
A	Aktuellt tillstånd Status Bedömning	Rapportera A – luftväg B – andning C – puls, blodtryck, saturation D – medvetandegrad, smärta E – temp, hud, färg, etc. Senaste värde enligt NEWS/Swe-PEWS Jag bedömer att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ____
R	Rekommendation Åtgärd Tidsram Bekräftelse på kommunikation	... och därför föreslår jag: Omedelbar handläggning Övervakning/överflyttning Utredning/behandling Hur ofta ska jag __? Hur länge ska jag __? När ska jag __? Finns fler frågor? Är vi överens?

SBAR – icke-akut situation		
S	Situation Vad är problemet / anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn, ålder, personnummer Jag kontaktar dig för att ____
B	Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam bild av patientens tillstånd fram tills nu.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu.
A	Aktuellt tillstånd Status Bedömning	Rapportera Vitalparametrar enligt NEWS/Swe-PEWS Jag bedömer att ____
R	Rekommendation Åtgärd Tidsram Bekräftelse på kommunikation	... och därför föreslår jag: Övervakning Utredning/behandling Vårdplanering/hjälpbehov Överflyttning Uppföljning Hur ofta? Hur länge? När? Finns fler frågor? Är vi överens?

VAD ÄR NYTT?

- A = Aktuellt tillstånd och Analys
- R = Rekommendation och Risk
- NEWS2 / SwePEWS
- Exempel i manual uppdaterade
- Saturation ligger nu under B i A – E

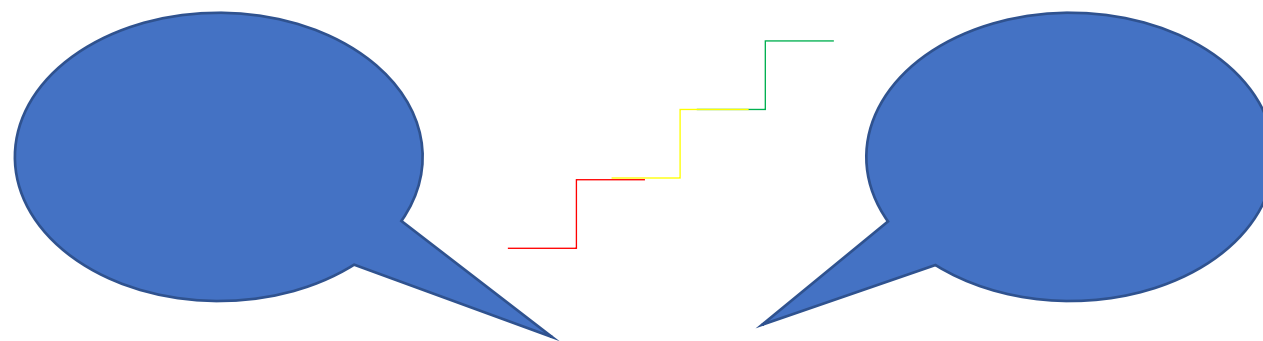
- Fortsatt mycket stor efterfrågan



SBAR FÖR PATIENT / NÄRSTÅENDE

	Frågor som ska besvaras/information du vill föra fram	Hur du genomför detta	Exempel i ett samtal till 1177
S	<p>Situation</p> <p>Vem är du som kontaktar oss? Varför kontaktar du vården?</p>	<p>Presentera dig</p> <p>Beskriv kort och tydligt den aktuella situationen</p>	<p>"Jag heter XXX och min mamma har haft bröstsmärtor i 2 timmar"</p>
B	<p>Bakgrund</p> <p>Har du varit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allvarligt sjuk? • inlagd på sjukhus? <p>Har du:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nyligen opererats eller fått annan behandling? • andra sjukdomar? 	<p>Sammanfatta kort de sjukdomar som är viktiga för det du/din närstående nu söker för</p>	<p>"Hon har högt blodtryck och har tidigare haft hjärtproblem"</p>
A	<p>Aktuella uppgifter</p> <p>Vilka besvär har du? Hur länge har du haft besvär? Vad tror du själv det kan bero på? Tar du läkemedel/naturläkemedel? Vilka? Har du någon allergi? Mot vad? Röker du?</p>	<p>Förklara nuvarande tillstånd och eventuella förändringar eller symptom</p>	<p>"Hennes smärta ger inte med sig, och hon känner sig yr och svag. Hon äter medicin mot högt blodtryck och någon slags blodförtunnande"</p>
R	<p>Rekommendation – Fråga</p> <p>Vilka <i>förväntningar</i> har jag/vi? Vad är <i>viktigt</i> för mig? Vad är det <i>förväntade förloppet</i>? Vad kan och ska jag <i>göra själv</i>? Vad ska jag <i>vara uppmärksam på</i>? Har jag <i>kontaktuppgifter</i>?</p>	<p>Framför vad du/ni tror behövs eller vad du/ni vill ha hjälp med</p>	<p>"Vad ska vi göra? Ska jag ge henne något läkemedel? Behöver vi åka in till akuten? Ska vi ringa 112?"</p>

VERKTYG FÖR ATT JOBBA MED UPPFATTNINGAR OM RÅDANDE PATIENTSÄKERHETSKULTUR

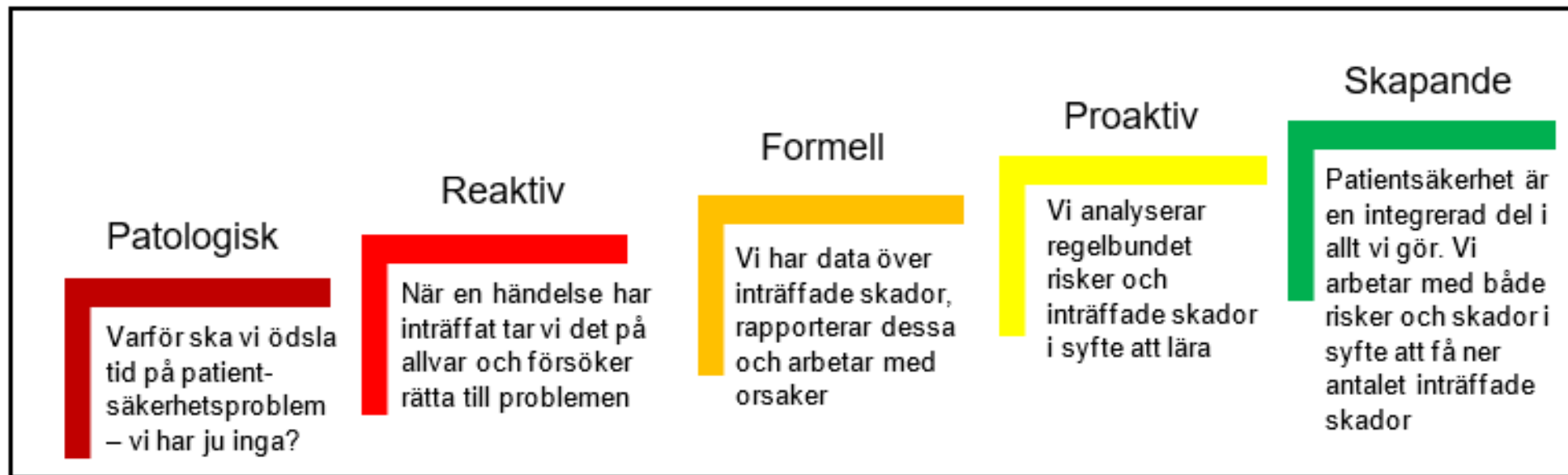


Säkerhetskulturtrappan 2.0

HISTORIK

- Ursprung: Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)
- 2016 pilottest av ett direkt översatt material
- 2017 en anpassning till svenska förhållanden
- SKR ansvarade fram till 2024 för materialet
- 2024 togs materialet över av Löf 2024
- Arbete pågår och produkt klar under våren 2025

TRAPPAN



Inspirerad av Diane Parkers säkerhetskulturtrappa i Manchester Patient Safety Framework

OMRÅDEN

Område	Beskrivning
1. Ledningens engagemang	Ledningens kunskap om patientsäkerhet Ledningens prioritering av patientsäkerhet
2. Organisatoriska förutsättningar	Verksamhetens kapacitet och kompetens i förhållande till behov och krav Koppling mellan arbetsmiljöarbete och patientsäkerhetsarbete
3. Proaktivt arbete vs. reaktivt arbete	Medvetenhet kring både risk för att skada inträffar och att skador har inträffat Patientsäkerhetsarbete innefattar både risk för skada och inträffade skador
4. Systemsyn vs. individsyn	Balans mellan systemperspektiv och individperspektiv System och individ som både möjlighet att förhindra skada och orsak till skada
5. Psykologisk säkerhet/trygghet	Öppenhet, tillit och förtroende mellan individer i verksamheten Öppenhet, tillit och förtroende i teamarbete i verksamheten
6. Lärande organisation	Verksamhetens förmåga att analysera och lära av säkerhetsdata / risker i verksamheten / inträffade skador Verksamhetens förmåga till spridning av kunskap om data/risker/skador till relevanta aktörer
7. Patient- och närståendemedverkan	Verksamhetens förmåga att göra patient/närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet Verksamhetens förmåga till kunskapsspridning och förbättring baserat på patient/närståendes perspektiv

2. Organisatoriska förutsättningar

	Patologisk	Reaktiv	Formell	Proaktiv	Skapande
Verksamhetens kapacitet och kompetens i förhållande till behov och krav	<p>Kvalitetsfokus saknas helt då allt fokuserar kring mängd vård och antal vårdplatser</p> <p>Överbeläggningar är det normala i vardagen och accepterat, liksom utlokaliserade patienter från fler än 3 olika avdelningar</p>	<p>Förekommer riktade insatser då bristande tillgänglighet blir tydligt för vissa patientgrupper</p> <p>Hantering av överbeläggningar är att skriva avvikelser, utlokaliseringar ses som en naturlig del i vardagen även om de försöker undvikas</p>	<p>Resultat av given vård presenteras utifrån kvalitetsregister årligen</p> <p>Finns tydliga dokument som beskriver antal vårdplatser och verksamhetens ansvar och uppdrag, rutiner är framtagna för utlokaliserade patienter</p>	<p>Verksamheten har kända mått och mål både på kvalitet och kvantitet av given vård</p> <p>Medarbetare upplever chefen som stödjande och vid hög belastning sker dialog, arbetsgrupp finns som jobbar aktivt för att hantera utlokalisering på bästa sätt för både personal och patienter</p>	<p>Medarbetare efterfrågar resultat. Benchmarking med liknande verksamheter förekommer för att lära nytt och inspireras</p> <p>Chefer och medarbetare värderar kontinuerligt risker både inom patientsäkerhet och arbetsmiljö. Utlokalisering och överbeläggning följs och utvärderas</p>
Koppling mellan arbetsmiljöarbete och patientsäkerhetsarbete	<p>Schemaplanering innebär att rätt antal medarbetare ska finnas på plats för de arbetsuppgifter som ska utföras</p> <p>Stor personalomsättning i verksamheten</p>	<p>När misstag sker görs korrigeringar i schema för att fördela kompetens och erfarenhet</p> <p>Arbetsmiljön upplevs mestadels som stressig, övertid är vardag och slitningar i arbetsgruppen är vanligt förekommande</p>	<p>Schemaplanering viktigt uppdrag i verksamheten och finns struktur för hur planering ska ske utifrån en säker bemanning</p> <p>Processer och rutiner för medarbetarsamtal och kompetensutveckling finns, används ibland</p>	<p>Verksamheten anstränger sig för att anställa medarbetare med lämplig kompetens, erfarenhet och personlighet</p> <p>Det finns en trygghet bland medarbetarna, kunskap efterfrågas både från nya och mer erfarna. Perioder med högt tryck utvärderas för att fånga upp personalens upplevelser</p>	<p>Inskolning och handledning anpassas individuellt med patienternas och medarbetarnas säkerhet i fokus</p> <p>Coachning och mentorskap är naturliga delar och finns för alla professioner, genomförs kontinuerlig utvärdering av samarbete och upplevd belastning</p>

5. Psykologisk säkerhet / trygghet

	Patologisk	Reaktiv	Formell	Proaktiv	Skapande
Öppenhet, tillit och förtroende mellan individer i verksamheten	<p>Verksamheten präglas tydligt av misstroende och brist på tillit mellan individer</p> <p>Tilliten som finns är beroende på vilka som är i tjänst</p>	<p>Enstaka delar av verksamheten präglas av förtroende och tillit mellan individer, men motsatsen finns också och dominerar</p> <p>Tillit finns inom vissa subgrupper i verksamheten</p>	<p>Delar av verksamheten präglas av förtroende och tillit mellan individer, men motsatsen finns också</p> <p>Värdegrund finns som beskriver tillit som en av de viktigaste grundpelarna</p>	<p>Delar av verksamheten präglas av förtroende och tillit mellan individer</p> <p>Tillit finns oavsett vem som är i tjänst och känslan av att alltid få hjälp om det behövs</p>	<p>Verksamheten präglas genomgående och tydligt av förtroende och tillit mellan individer</p> <p>Tillit i teamarbete utvärderas kontinuerligt och en öppen dialog om svårigheter finns</p>
Öppenhet, tillit och förtroende i teamarbete i verksamheten	<p>Verksamhetens teamarbete präglas tydligt av en uppfattning att individen inte kan ta sociala risker* utan att riskera att råka ut för negativa konsekvenser**</p> <p>*Sociala risker: ställa frågor, visa sin okunskap/osäkerhet</p> <p>**Negativa konsekvenser: ryktesspridning, utesluten ur gemenskap, inte accepterad</p>	<p>Enstaka delar av verksamhetens teamarbete präglas av en uppfattning att individen kan ta sociala risker utan att riskera att råka ut för negativa konsekvenser, men motsatsen finns också och dominerar</p>	<p>Delar av verksamhetens teamarbete präglas av en uppfattning att individen kan ta sociala risker utan att riskera att råka ut för negativa konsekvenser, men motsatsen finns också</p>	<p>Delar av verksamhetens teamarbete präglas av en uppfattning att individen kan ta sociala risker utan att riskera att råka ut för negativa konsekvenser</p>	<p>Verksamhetens teamarbete präglas genomgående och tydligt av en uppfattning att individen kan ta sociala risker utan att riskera att råka ut för negativa konsekvenser</p>

UTVÄRDERINGSBLAD

MALL FÖR ÅTGÄRDER OCH UPPFÖLJNING

Områden	Patologisk	Reaktiv	Formell	Proaktiv	Skapande
1. Ledningens engagemang					
2. Organisatoriska förutsättningar					
3. Proaktivt arbete vs. reaktivt arbete					
4. Systemsyn vs. individsyn					
5. Psykologisk säkerhet/trygghet					
6. Lärande organisation					
7. Patient och närståendemedverkan					

OMRÅDE	Vad ska göras?	Hur ska det göras?	Vem ska göra det?	När ska det göras?	Hur ska uppföljning ske?
1. Ledningens engagemang					
2. Organisatoriska förutsättningar					
3. Proaktivt arbete vs. reaktivt arbete					
4. Systemsyn vs. individsyn					
5. Psykologisk säkerhet/trygghet					
6. Lärande organisation					
7. Patient och närståendemedverkan					

TACK

—

LÖF

<https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt>

Mita Danielsson

Rörelsepaus







Healthcare, quality and safety – can we get it right by 2030?

Implications for patient safety leaders in Sweden

Jeffrey Braithwaite,

PhD, FIML, FCHSM, FFPHRCP, FAcSS, Hon FRACMA, FAHMS

Professor and Director

Australian Institute of Health Innovation

Director

Centre for Healthcare Resilience and
Implementation Science

Immediate Past President

International Society for Quality in Health Care
(ISQua)

National Meeting

March 12th, 2025

40 minutes

Sweden



Hälsa – och sjukvård, kvalitet och säkerhet – kan vi få det rätt till 2030?

Implikationer för patientsäkerhetsledare i Sverige

Jeffrey Braithwaite,

PhD, FIML, FCHSM, FFPHRCP, FAcSS, Hon FRACMA, FAHMS

Professor and Director

Australian Institute of Health Innovation

Director

Centre for Healthcare Resilience and
Implementation Science

Immediate Past President

International Society for Quality in Health Care
(ISQua)

National Meeting

March 12th, 2025

40 minutes

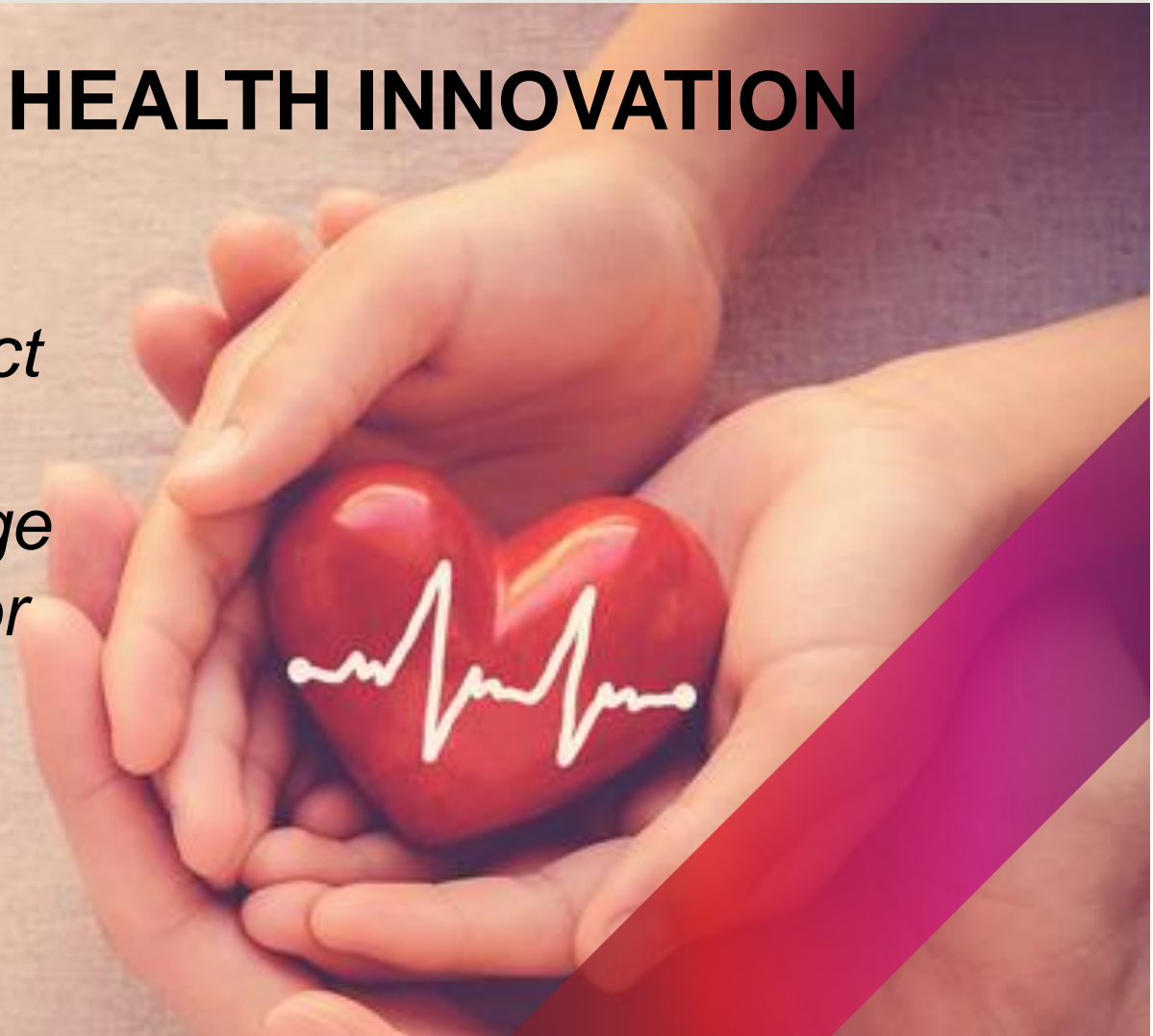
Sweden



AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH INNOVATION

Our goal is to co-create high-impact health services and systems research that drives positive change in policy, practice and behaviour for the benefit of all.

aihi.mq.edu.au



Australian Institute of Health Innovation



AIHI

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION



Professor
**Jeffrey
Braithwaite**

Founding Director,
AIHI

Director, Centre for
Healthcare
Resilience and
Implementation
Science



Professor
**Johanna
Westbrook**

Director, Centre for
Health Systems
and Safety
Research



Professor
**Enrico
Coiera**

Director, Centre for
Health Informatics



Professor
**Henry
Cutler**

Director, Macquarie
University Centre
for the Health
Economy

NHMRC Partnership
Centre for Health
System Sustainability

NHMRC Centre of
Research Excellence
in Implementation
Science in Oncology

NHMRC Centre of
Research Excellence
in Digital Health

Australian Institute of Health Innovation



AIHI

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION



	Sweden	Australia
Population (millions) ¹	10.6	26.8
Life expectancy (years) ¹	83.42 (rank #14)	84.07 (rank #6)
Type of health system	Universal public system and funded by taxation. Private system seen as supplementary	Taxation-based public system with larger private system
GDP per capita, 2023 (USD) ¹	54,373	62,068
Healthcare spending per capita (USD) ²	6,437	6,372
Public expenditure on healthcare as % of total healthcare expenditure ³	85.9	76.0
% of population with private health insurance ^{4,5}	10.0 (2019)	51.0 (2024)



[Worldometer, 2024 <https://www.worldometers.info/> ¹, OECD – Health spending, <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html?oecdcontrol-00b22b2429-var3=2024> ², Our World in Data, 2019 <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-public-expenditure-on-healthcare-by-country> ³, Sweden - Country Health Profile 2019 https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/sweden-country-health-profile-2019_3bbc25d5/2dcb7ca6-en.pdf ⁴, Private health insurance reforms – Australian Government, <https://www.health.gov.au/topics/private-health-insurance/private-health-insurance-reforms> ⁵]



Prologue:

How do you feel about the future of Healthcare?

So let's see what you think...

We will have better, safer health system by 2030:

Strongly agree		Neutral		Strongly disagree
5	4	3	2	1



Agenda:

Part 1: The nature, size and scale of the problem

Part 2: Selected studies

Part 3: The kinds of solutions advanced

Part 4: Newer innovations, patient safety: Safety-I and Safety-II

Part 5: Leadership and culture as a way forward



Part 1:

The nature, size and scale of the problem



MACQUARIE
University

**AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION**

Nature of the problem

60-30-10 Challenge

<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>

BMC Medicine

OPINION

Open Access

The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge



Jeffrey Braithwaite^{1*} , Paul Glasziou²  and Johanna Westbrook³ 

Abstract

Background: Healthcare represents a paradox. While change is everywhere, performance has flatlined: 60% of care on average is in line with evidence- or consensus-based guidelines, 30% is some form of waste or of low value, and 10% is harm. The 60-30-10 Challenge has persisted for three decades.

Main body: Current top-down or chain-logic strategies to address this problem, based essentially on linear models of change and relying on policies, hierarchies, and standardisation, have proven insufficient. Instead, we need to marry ideas drawn from complexity science and continuous improvement with proposals for creating a deep learning health system. This dynamic learning model has the potential to assemble relevant information including patients' histories, and clinical, patient, laboratory, and cost data for improved decision-making in real time, or close to real time. If we get it right, the learning health system will contribute to care being more evidence-based and

[Braithwaite et al., 2020. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Medicine*, doi: 10.1186/s12916-020-01563-4]



60%: Delivery of care in-line
with level one evidence

30%: Wasteful health
expenditure

10%: Rate of adverse events

[Braithwaite et al., 2020. The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Medicine*, doi: 10.1186/s12916-020-01563-4]



These numbers seem to have flatlined

Also ...

It takes an average of **17** years for
only **14%** of new scientific
discoveries to enter day-to-day
clinical practice



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

Size and scale of the problem

Numbers

**WHO: Unsafe medical practices
and errors lead to 3 million deaths**

p.a

**US: 400,000 hospitalized patients
experience preventable harm**

Economic burden



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

**Harm due to patient safety lapses
costs (13% of total healthcare
costs) approximately
US\$606 billion annually**

[OECD, 2022. The economics of patient safety. *OECD Working Papers*, No 145; doi:org/10.1787/761f2da8-en]

Economic burden



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

**Add in indirect costs e.g., lost
productivity – total global
economic impact approximately
US\$1 trillion annually**

Economic burden



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

**And slows economic growth by an
estimated 0.7% globally**

[OECD, 2022. The economics of patient safety. *OECD Working Papers*, No 145; doi:doi.org/10.1787/761f2da8-en]

It's not all doom and gloom

**There is
some reassurance,
however:
We have been
successful e.g. ...**

Better patient care

**Heart bypasses on eighty
year olds, keyhole surgery,
AI, Genomics, treatment for
HIV/AIDS, COVID-19
vaccinations.**



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

Part 2: Selected studies



MACQUARIE
University

AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

**It's very hard to make large-scale
change to fix this**



MACQUARIE
University

**AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION**

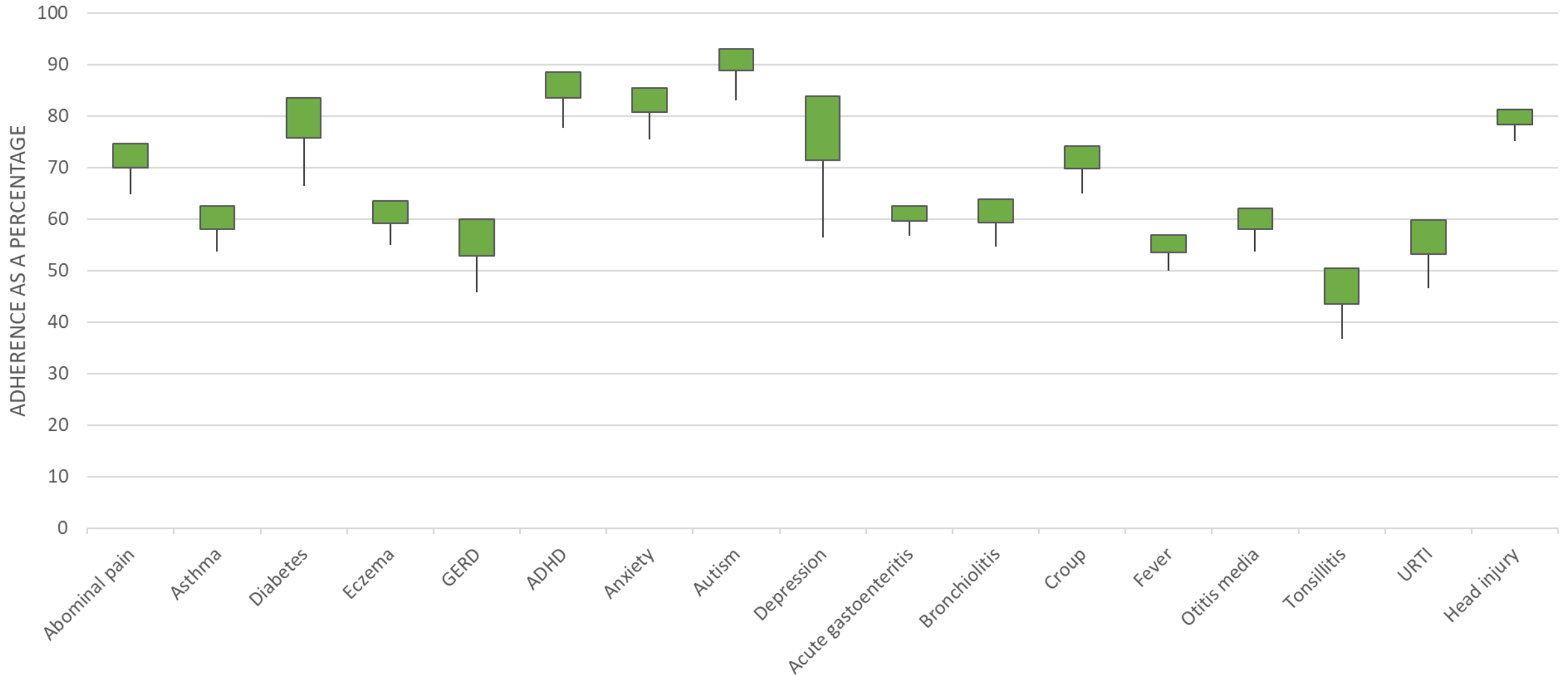
Quality and appropriateness studies

Large-scale Appropriateness studies



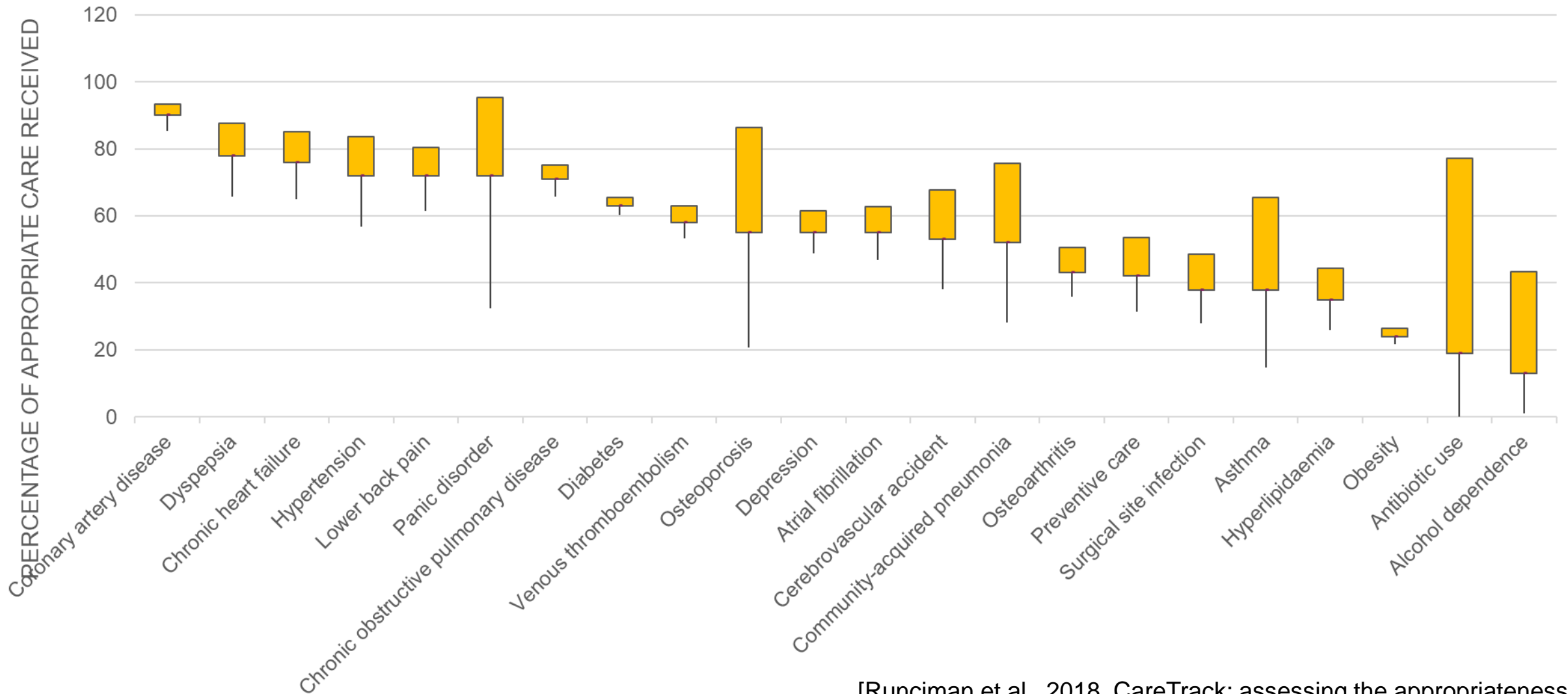
	Adults (Australia 2012)	Adults (UK 2018)	Adults (US 2013)	Children (Australia 2018)	Children (US 2007)
UCI	60	63,2	55,5	62	48,5
LCI	54	61,5	54,3	57,5	44,5
● Mean	57	62,3	54,9	59,8	46,5

CareTrack Kids



[Braithwaite et al., 2018. Quality of Health Care for Children in Australia, 2012-2013. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2018.0162]

CareTrack Adults



[Runciman et al., 2018. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *MJA*. doi: 10.5694/mja12.10510]

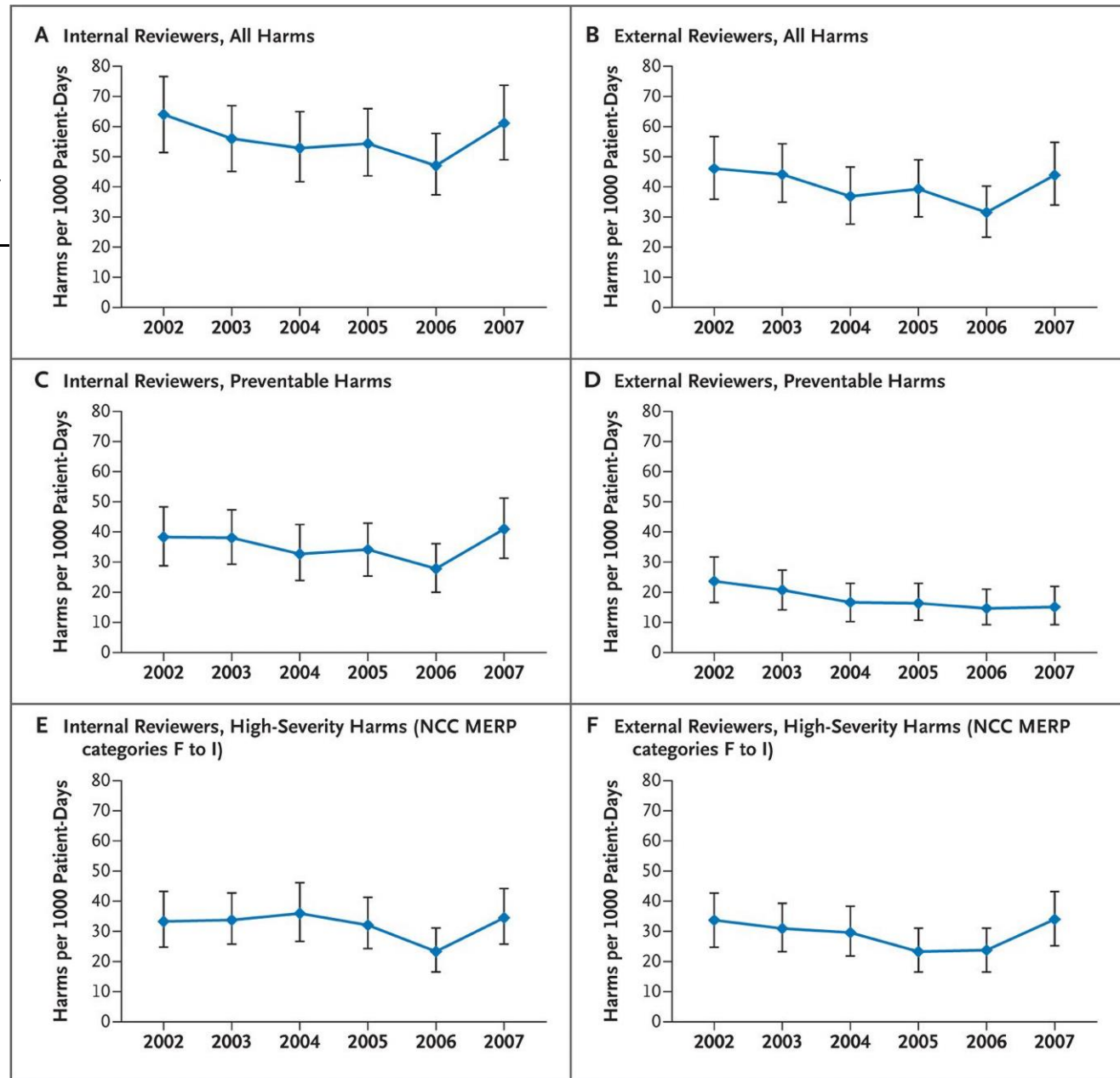


Famous big systems studies

- * North Carolina
- * The UK
- * The Netherlands
- * Matching Michigan

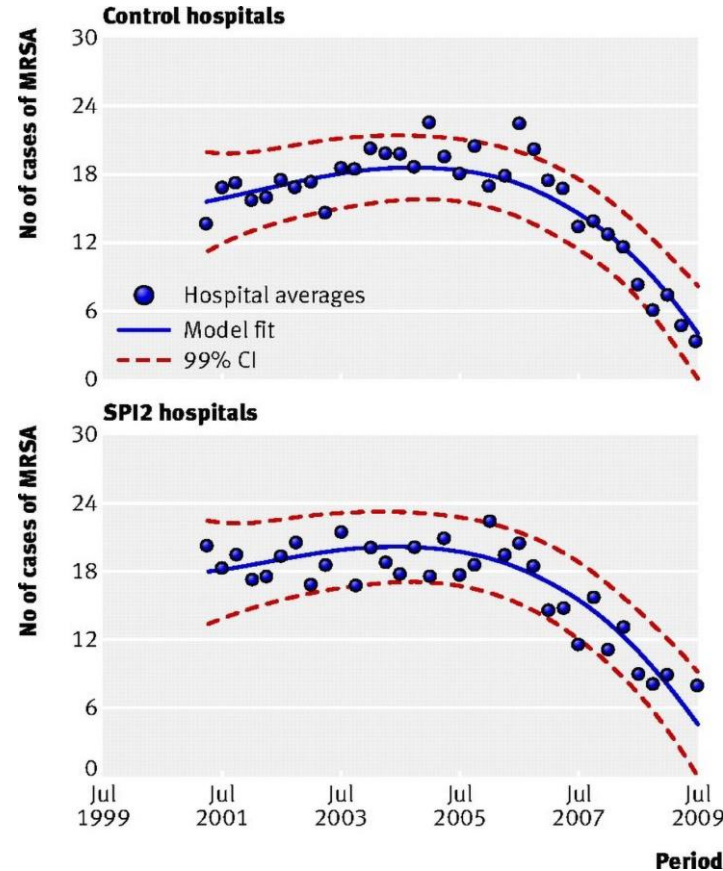
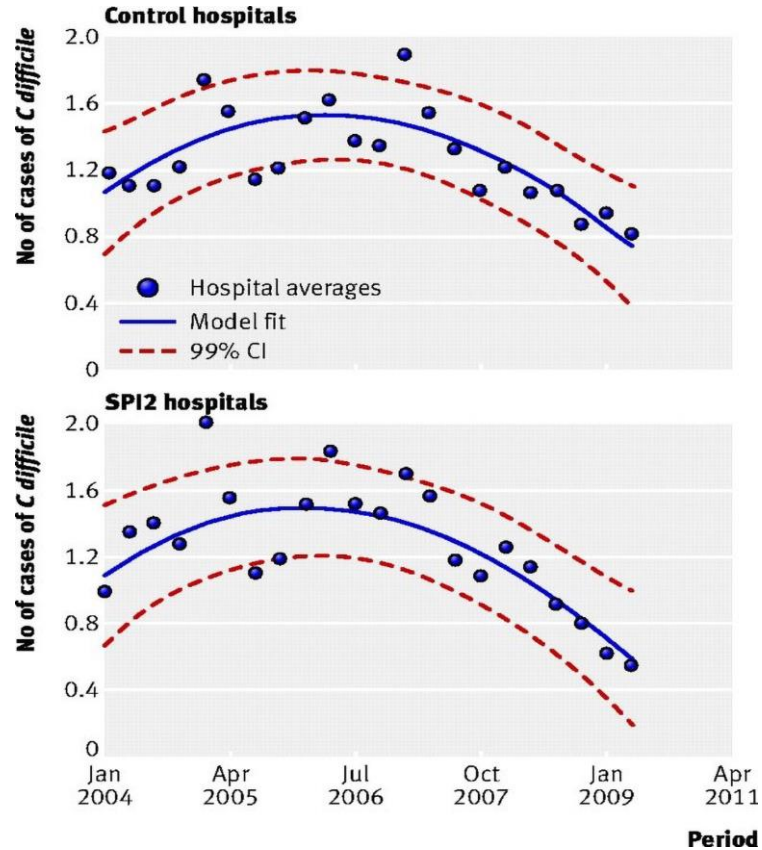
Rates of all harm: North Carolina study

Rates of all harms, preventable harms, and high-severity harms per 1000 patient-days, identified by internal and external reviewers in 10 North Carolina hospitals, 2002-2007



[Landrigan et al., 2010. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. *The New England Journal of Medicine*. doi: 10.1056/NEJMSa1004404]

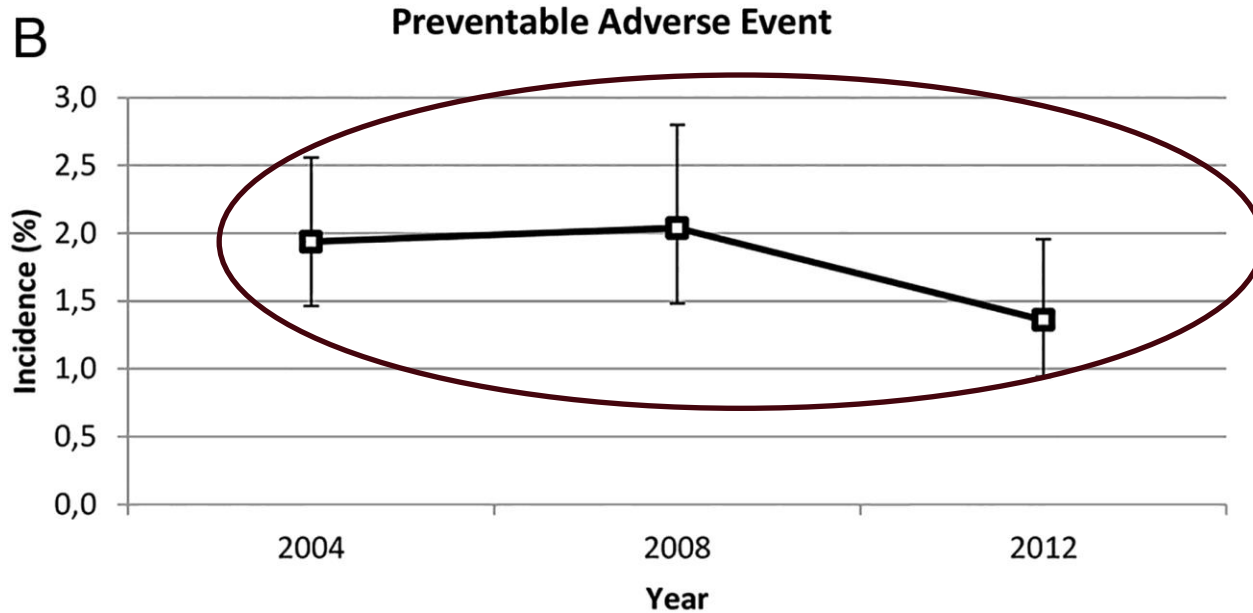
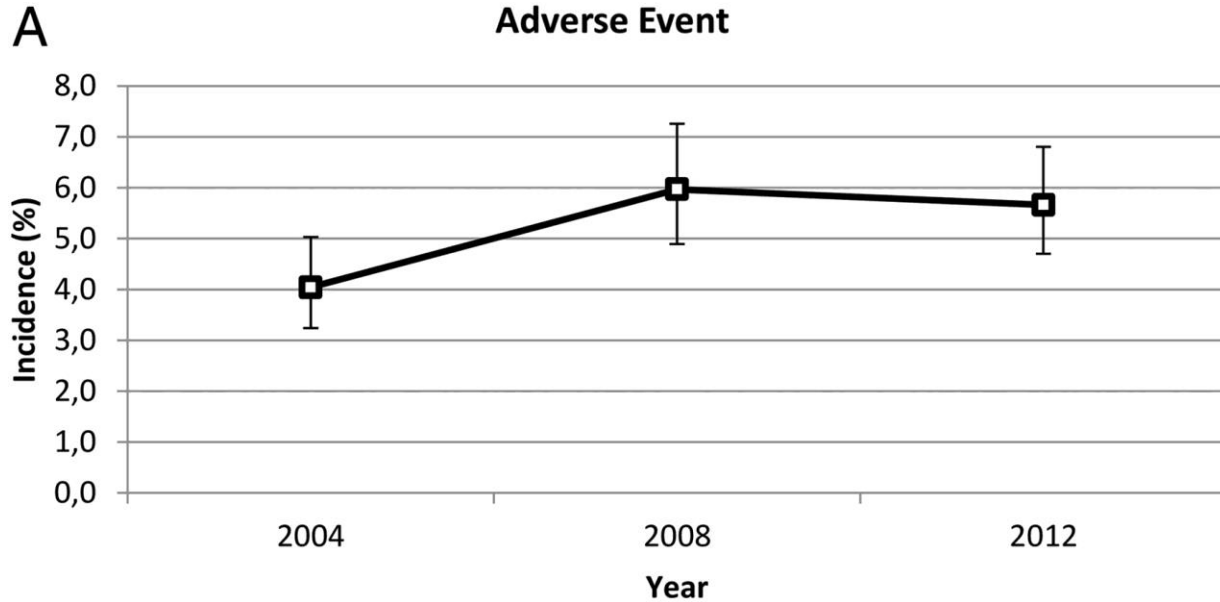
UK Safer Patients Initiative, 2004 - 2011



Rates of *C. difficile* and MRSA, control and intervention hospitals, UK Safer Patients Initiative, 2004 to 2011

[Benning et al., 2011. Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.d199]

Netherlands safety study

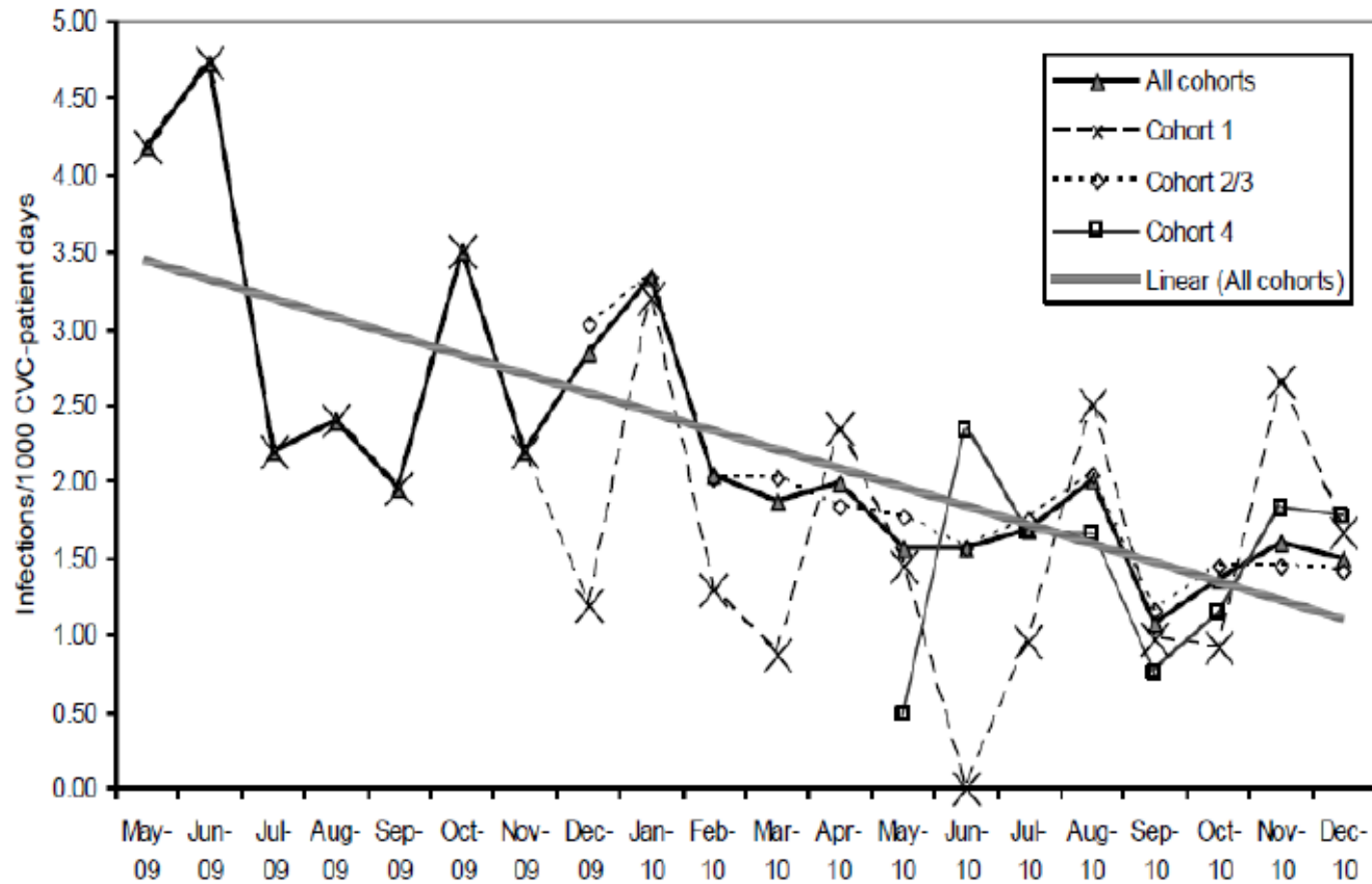


Celebrated example
of patient safety
initiative – adverse
events reduced by
30% across the
Netherlands

[Baines et al., 2015. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Quality & Safety*. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003702]

Matching Michigan

Fig 1d: Adult ICU CVC-BSI rates by Cluster



Reducing central line catheter-associated blood stream infections in 215 adult intensive care units by 60% (2009-2010)

[Bion et al., 2013. 'Matching Michigan': a 2-year stepped interventional programme to minimise central venous catheter-blood stream infections in intensive care units in England. *BMJ Quality & Safety*. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001325]



Part 3: The kinds of solutions advanced

Solutions - examples

- Root cause analysis
- Hand hygiene
- Medication safety
- Accreditation, standards
- Medical Emergency Teams/RRSs
- PDSA
- **[Insert your favorite tool, approach or model here]**



Participants:
what's your
favourite?



**Pre-pandemically,
people were
arguing for a
“systems
approach”**

CROSSING THE GLOBAL QUALITY CHASM

Improving Health Care Worldwide

Committee on Improving the Quality of Health Care Globally
Board on Global Health
Board on Health Care Services
Health and Medicine Division

A Consensus Study Report of
The National Academies of
SCIENCES • ENGINEERING • MEDICINE

THE NATIONAL ACADEMIES PRESS
Washington, DC
www.nap.edu

HQSS
The Lancet Global Health
Commission on
High Quality Health Systems
in the SDG Era

The Lancet Global Health Commission

High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution

Margaret E Kruk, Anna D Gage, Catherine Arseneault, Keely Jordan, Hannah H Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi, Pierre Barker, Bernadette Daelmans, Svetlana V Doubova, Mike English, Ezequiel Garcia Elorrio, Frederico Guanais, Oye Gureje, Lisa R Hirschhorn, Lixin Jiang, Edward Kelley, Ephrem Tekle Lemango, Jerker Liljestrand, Address Malata, Tanya Marchant, Malebona Precious Matsoso, John G Meara, Manoj Mohanan, Youssoupha Ndiaye, Ole F Norheim, K Srinath Reddy, Alexander K Rowe, Joshua A Salomon, Gagan Thapa, Lana A Y Twum-Danso, Muhammad Pate

Executive summary

Although health outcomes have improved in low-income and middle-income countries (LMICs) in the past several decades, a new reality is at hand. Changing health needs, rising public expectations, and ambitious new health systems are raising the bar for health systems to produce better health outcomes and greater social value. But staying on current trajectory will not suffice to meet these

mothers and children receive less than half of recommended clinical actions in a typical preventive or curative visit, less than half of suspected cases of tuberculosis are correctly managed, and fewer than one in ten people diagnosed with major depressive disorder receive minimally adequate treatment. Diagnoses are frequently incorrect for serious conditions, such as pneumonia, myocardial infarction, and



Lancet Glob Health 2018; 6: e1196-252
Published Online: September 5, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30221-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30221-4)
This online publication has been corrected. The version first published is the corrected version.



Three global health-care quality reports in 2018



Photo: iStockphoto.com/Pharmaceuticals

Universal health coverage (UHC) is the central thread of Sustainable Development Goal (SDG) 3. However, without improvements in the quality of the health system, UHC will prove an empty vessel and billions of people will not gain from benefits that could arrive from UHC. Instead, they will be victims of patient safety hazards, underuse of evidence-based care, overuse of inappropriate care, lack of patient-centred care, delays, inefficiency, inequity, financial insecurity, collusion, and corruption. For example, injuries from failures in patient safety are estimated to take as many lives as tuberculosis or malaria globally.¹ Safety failures account for 15%

strategy in national health sector plans, promoting the culture, systems, and practices to improve patient safety, and engaging patients in quality measurement and improvement.

The second initiative is *The Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era (HQSS Commission)*² that is chaired by Margaret Kruk and Muhammad Pate and comprises 30 individuals from 18 countries. The Commission hopes to galvanise new measurement and research on health system quality in LMICs and its report is expected in September, 2018. The aims of the Commission are to

All three reports together: A global call to arms

- Global quality of care needs improvement
- Poor quality of care leads to a detrimental human health and economies, in all countries
- Improvements are possible by 1. redesigning health systems, 2. developing the workforce and with 3. dedicated attention to quality by healthcare leaders
- The public, if engaged, can be a huge resource
- Updated measurements and transparency are key

[Berwick et al., 2018. Crossing the Global Health Care Quality Chasm: A Key Component of Universal Health Coverage. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2018.13696]

So ...

2018 = the year of analysis
and reports

2020s = the decade of
action?





**But still the
question is: what
to do most of, and
how?**

Cost-effective gains in patient safety

- Decreased catheter-related blood stream infections.
- Lower mortality and morbidity attributed to the use of checklists in operating theatres.
- Widespread adoption of Medical Emergency Teams and Rapid Response Systems to deal with deteriorating patients.

OECD “best buys”

- Thrombosis prevention strategies
- Infection control interventions (protocols to improve safety of central line catheters, urinary catheters and managing ventilated patients)
- Procedural checklists
- Medication management and reconciliation (across settings)
- Pressure injury prevention protocols
- Patient hydration and nutrition standards.

[Slawomirski et al., 2017. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*, No. 96, OECD Publishing Paris. doi: 10.1787/5a9858cd-en]

But, the puzzle remains

Most experts agree there has been little measurable, *systems-level* improvement in overall rates of preventable harm (see the famous studies above).

Yet there are many publications ...

Current State of Diagnostic Safety: Implications for Research, Practice, and Policy



GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030

Towards eliminating avoidable harm in health care

ORIGINAL ARTICLE

ORIGINAL RESEARCH

Considering chance in quality and safety performance measures: an analysis of performance reports by boards in English NHS trusts

Kelly Ann Schmidtke,¹ Alan J Poots,² Juan Carpio,¹ Ivo Vlaev,¹ Ngianga-Bakwin Kandala,^{3,4} Richard J Lilford⁵

Validation of a Reduced Set of High-Performance Triggers for Identifying Patient Safety Incidents with Harm in Primary Care: TriggerPrim Project

Gerardo Garzón González, PhD,* Tamara Alonso Safont, MD,† Dolores Conejos Miquel, MD,* Marta Castelo Jurado, MD,‡ Oscar Aguado Arroyo, RN,§ Juan José Jurado Balbuena, RN,|| Cristina Villanueva Sanz, RN,¶ Ester Zamarrón Fraile, PhD,** Arancha Luaces Gayán, MD,†† Asunción Cañada Dorado, RN,* Dolores Martínez Patiño, MD,* Purificación Magán Tapia, PhD,* Aurora Barberá Martín, RN,* María José Toribio Vicente, MD,‡‡ Mercedes Drake Canela, MD §§ and Inmaculada Mediavilla Herrera, MD*

Open access

Original research

BMJ Open Quality

Patient safety culture in South America: a cross-sectional study

SOLUTION FOR LEADERS

Measurement as a Performance Driver: The Case for a National Measurement System to Improve Patient Safety

Thomas R. Krause, PhD,* Kristen J. Bell, MA, MBA,* Peter Pronovost, MD, PhD, FCCM,† and Jason M. Etchegaray, PhD‡

Measuring Patient Safety

Michelle Schreiber, MD; Cindy Van, MHSA; Sarah E. Mossburg, RN, PhD | C

Perspectives



the same auth

Measures and measurement of high-performance work systems in health care settings: Propositions for improvement

Jason M. Etchegaray
Cynthia St. John
Eric J. Thomas



Journal of Palliative Medicine
Vol 0 Iss 0, February 5, 2024
© 2024, Mary Ann Liebert, Inc., publishers
<https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0496>

Mary Ann Liebert, Inc. publishers

Original Article

Influence of Triggers and Patient Harm Identified by Trigger Tool in Specialized Palliative Care

Is S. Fredheim, MD, PhD, MBA 1,2, Espen Klingenberg, BScN¹, and Anne hl, MD, PhD^{2,3}



SYSTEMATIC REVIEW
published: 12 January 2021
doi: 10.3389/fpubh.2020.600216

Comparative Studies on Patient Safety Culture to Strengthen Health Systems Among Southeast Asian Countries

Sunjoo Kang^{1,2}, Trang Thi Thuy Ho³ and Nam-Ju Lee^{1,4*}

Open access

BMJ Open Quality

Governing patient safety in hospitals: lessons for the future

Samantha Machen



QUALITY

Changing how we think about healthcare improvement

Complexity science offers ways to change our collective mindset about healthcare systems, enabling us to improve performance that is otherwise stagnant, argues Jeffrey Braithwaite



Part 4:

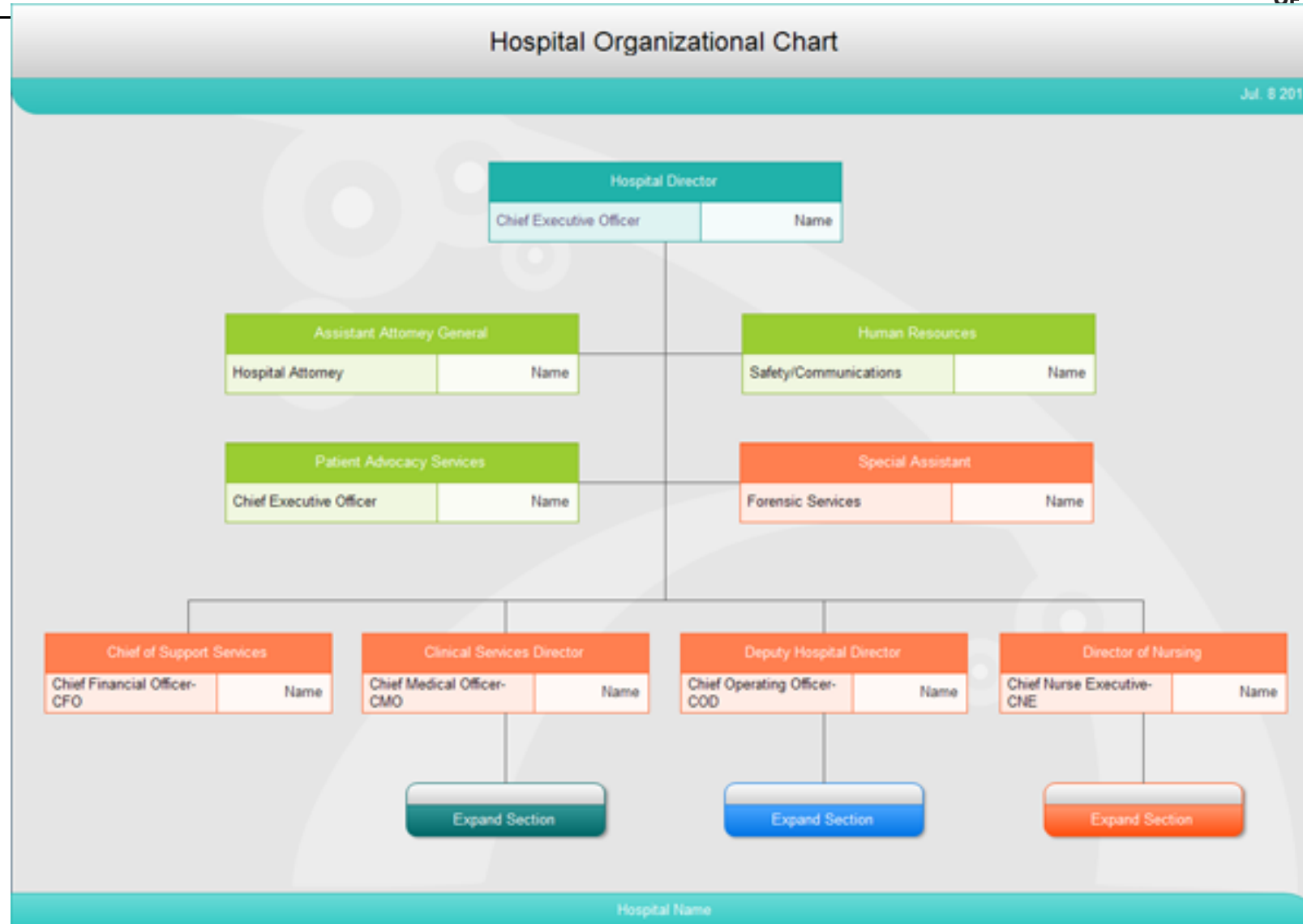
New innovations in patient safety

Safety-I and Safety-II

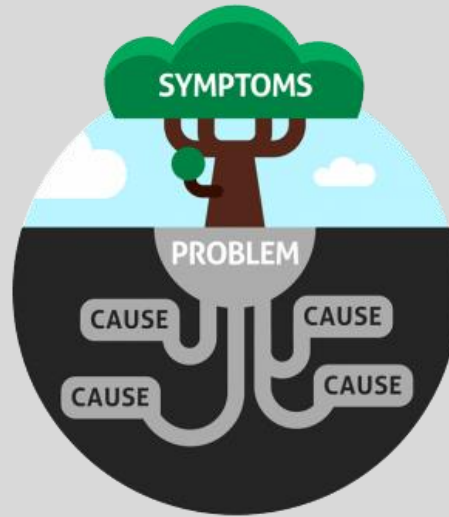
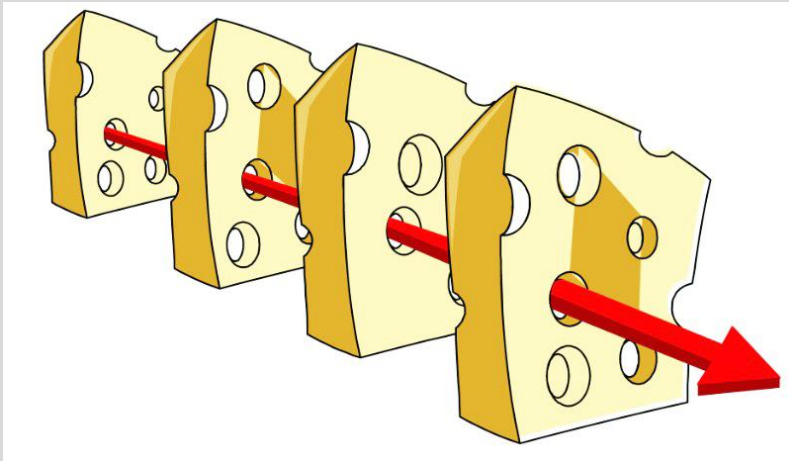


**How do we
typically tackle
things?**

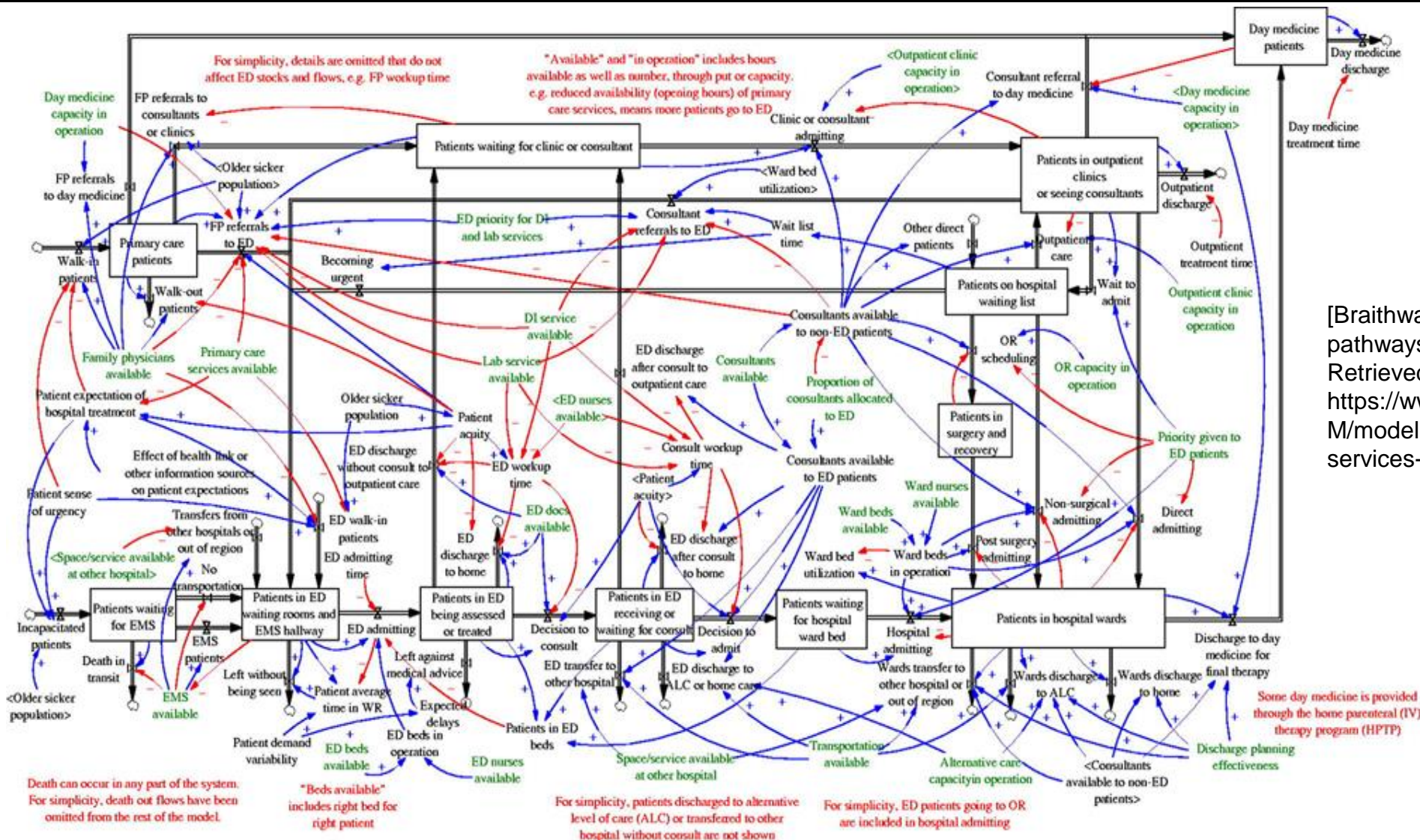
If your mental model looks like ...



This is how you will deal with error ...



But health care really looks like this ...



[Braithwaite, J. 2015. Modelling causal pathways in health services: A critique. Retrieved from https://www.slideshare.net/CLAHRC_WM/modelling-causal-pathways-in-health-services-critique-jeffreymbraithwaite]

Safety-I and Safety-II

the essence

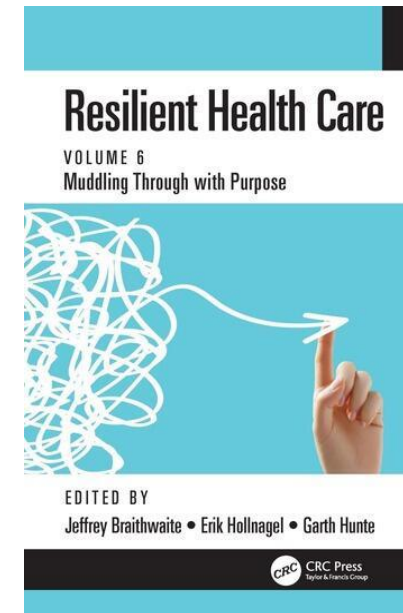
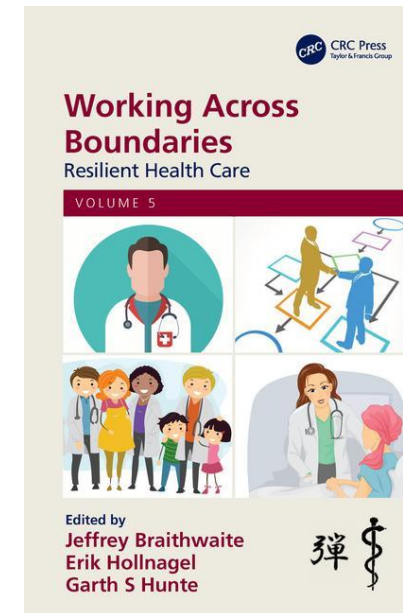
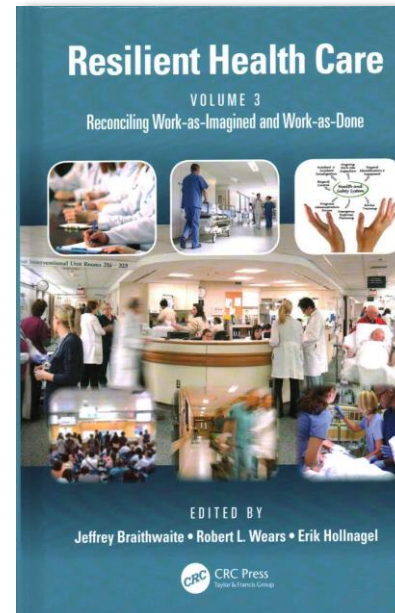
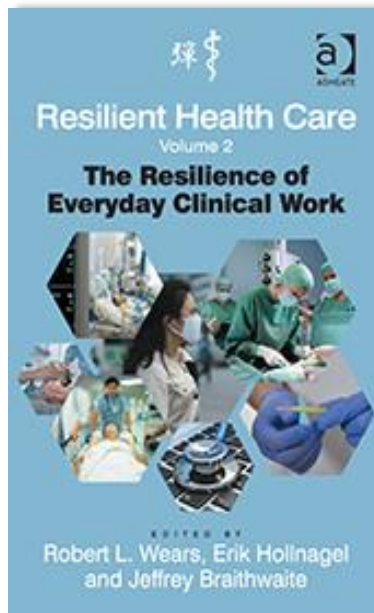
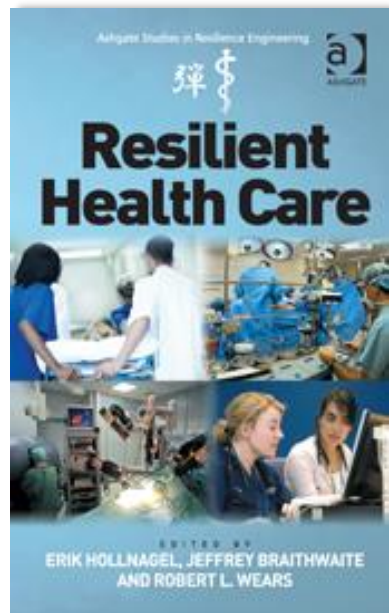
So we said to ourselves: let's try and understand when things go right in complex settings



1
th



Safety-I and Safety-II



Safety-I

Where the number of
adverse outcomes is as
low as possible



Trying to make sure things don't go wrong

Safety-II

Where the number of acceptable outcomes is as high as possible



Trying to make sure things go right

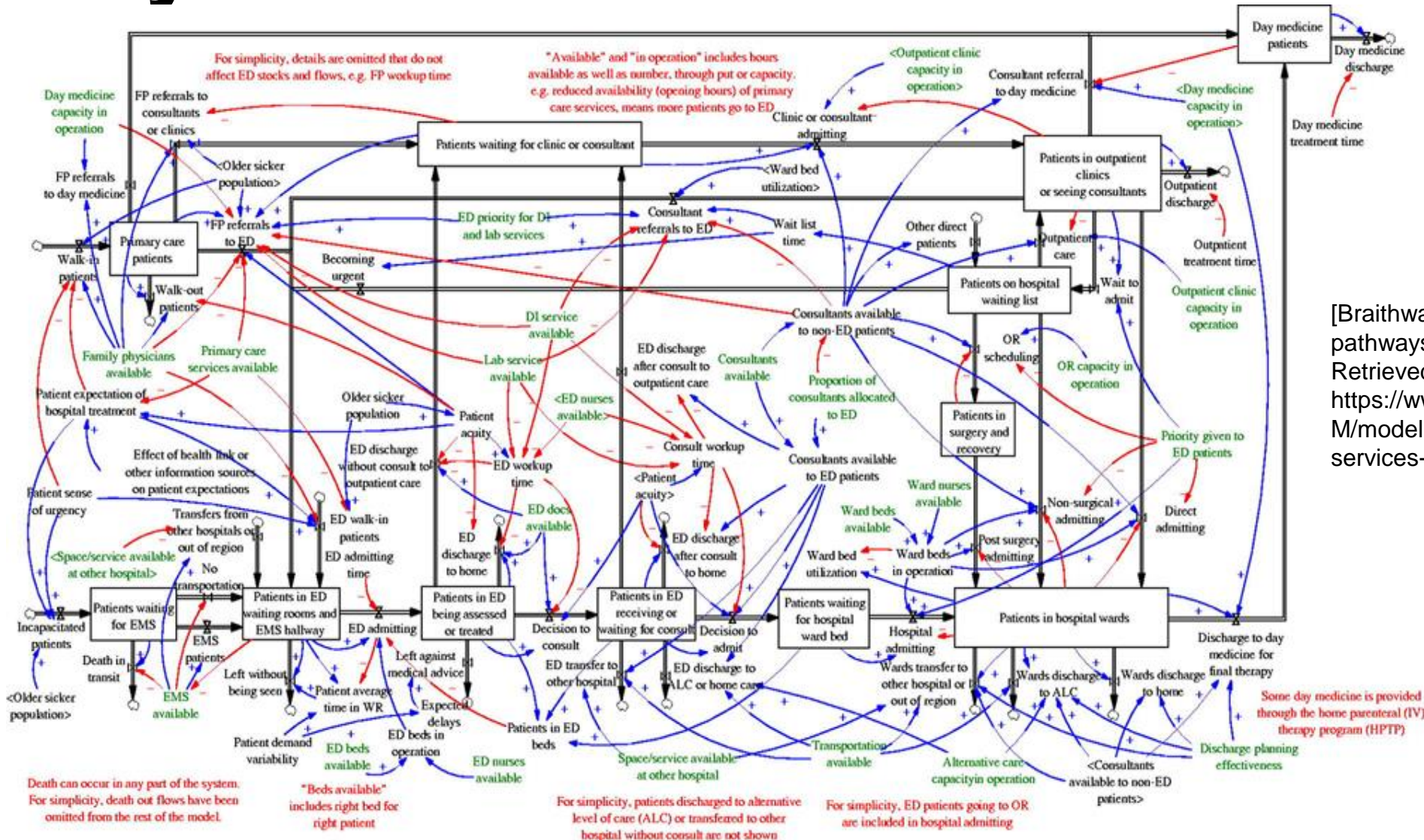
**Few people have ever looked at
*why things go right so often***

**But some folks often have a sort of
linear, mechanistic view of the
system**



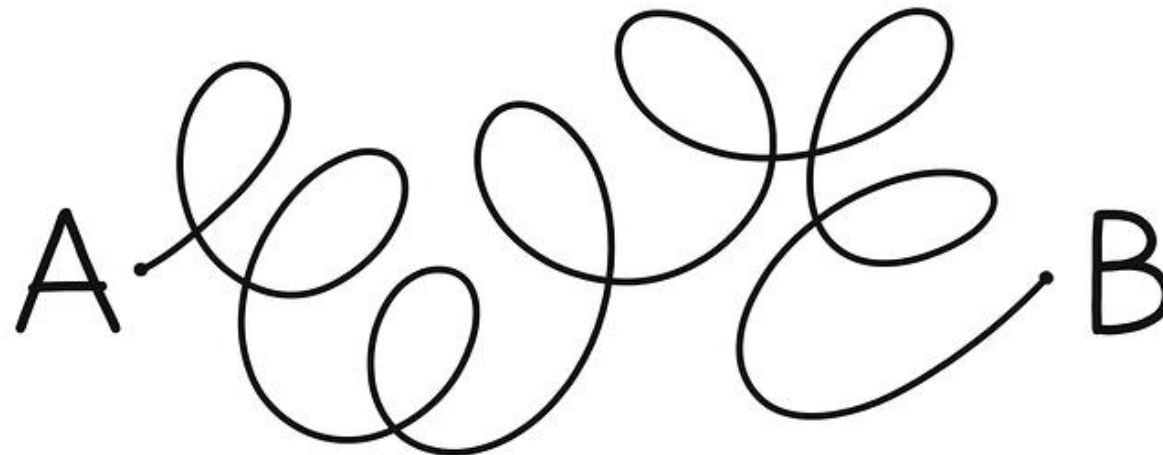
**Instead, health care is a complex
adaptive system delivered by
people on the front line who flex
and adjust to the circumstances**

Remember, health care really looks like this ...



[Braithwaite, J. 2015. Modelling causal pathways in health services: A critique. Retrieved from https://www.slideshare.net/CLAHRC_WM/modelling-causal-pathways-in-health-services-critique-jeffreymbraithwaite]

**And doesn't deliver care in the
way policy people wants it to**



So we kept asking:

Amongst all this complexity, can we shift the emphasis to a more positive approach?

To make sure things will go right more often, in a complex system?



Part 5: Leadership and culture as a way forward

*What does the following
equation mean?*

$$L(H) \neq \Sigma (m^1, m^2 \dots m^n)$$

Resolving the equation

- $L(H) \neq \Sigma (m^1, m^2 \dots m^n)$ means: the leadership in the health sector $[L(H)]$ is not the same $[\neq]$ as the sum of $[\Sigma]$ all the management activities $[(m^1, m^2 \dots m^n)]$ that take place
- In many health systems we know there is too much *short term management* and not enough *longer term leadership*

**So, leadership is more
than the sum of its
management parts**

A question for you to reflect on:

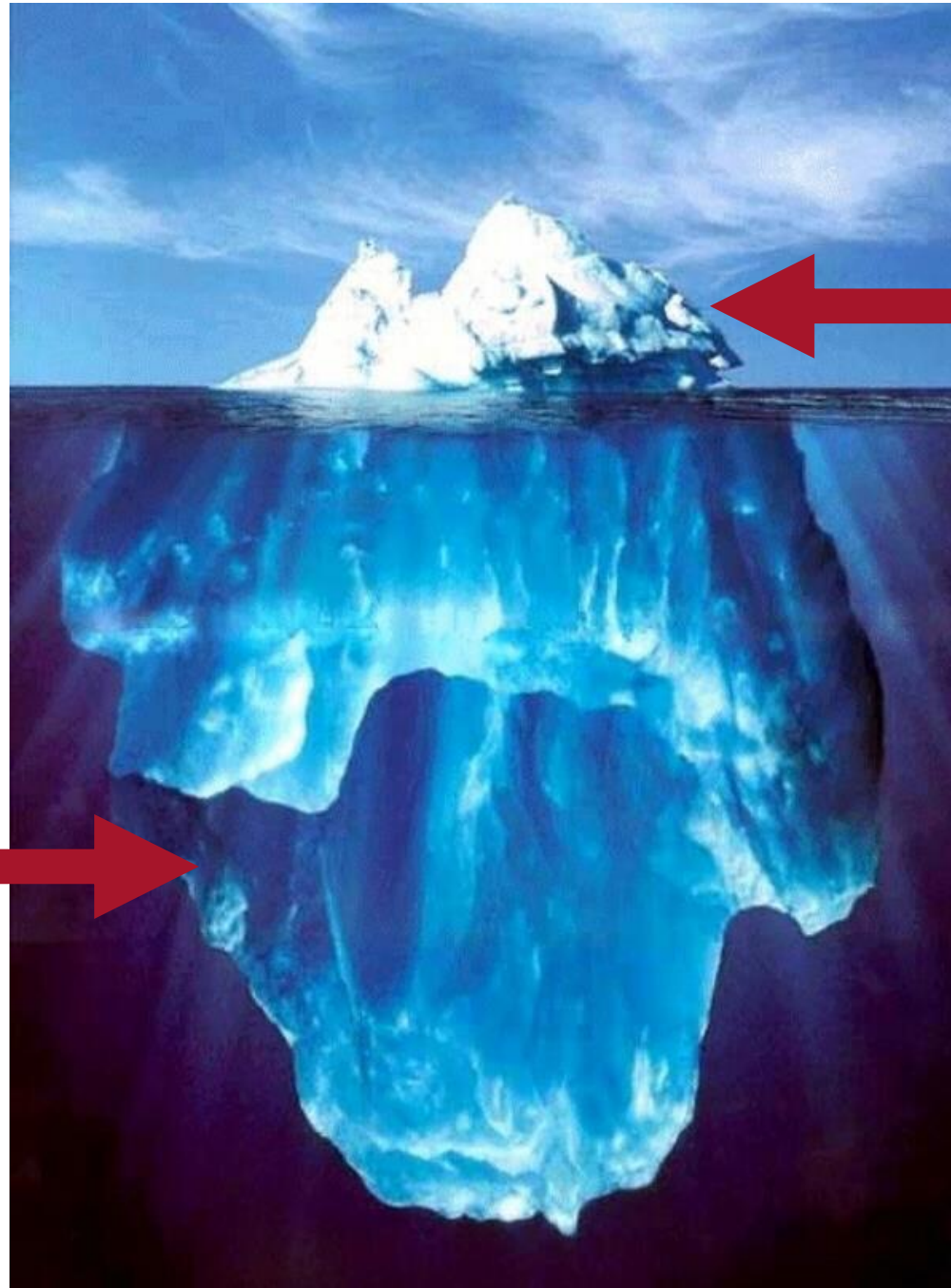
Think about how you influence the culture of safety as a leader

What's culture?

- Culture: sets of beliefs, ideas, practices and behaviours
- “The way we think around here”
- “The way we do things around here”
- Our: worldview, assumptions, outlook, norms, values
- The collective things we agree on, taking these things for granted

Culture – a model

Underlying beliefs, attitudes, philosophies, and taken-for-granted aspects of organisational life: “*why we do the things we do round here*”.



Observable behaviours practices, activities and discourse: “*the ways we do things round here*”.

[Braithwaite, 2011
based on a conceptualisation
by Sackmann, 1991]

Culture – an update

- Is there a relationship between organisational culture and patient outcomes?
- The answer is yes: across 62 studies

Open Access

Research

BMJ Open Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review

Jeffrey Braithwaite, Jessica Herkes, Kristiana Ludlow, Luke Testa, Gina Lamprell

Act for safer healthcare



Source: The National Board of Health and Welfare

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564-english.pdf>



Discussion: comments, questions, observations?



Round tables:

- 1. Are these your challenges?**
- 2. What actions are you taking?**
- 3. What support do you need?**



Runda bord:

1. Vilket är ert metaproblem?
2. Vilken är er mission?



Runda bord:

- 1. Är det här dina utmaningar?**
- 2. Vilka åtgärder vidtar du?**
- 3. Vilket stöd behöver du?**



MACQUARIE
University

**AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION**

Heal | Learn | Discover



Acknowledgements

Complexity Science/ Genomics/ LHS

Dr Kate Churruca
A/ Prof Louise Ellis
A/ Prof Janet Long
Dr Mitchell Sarkies
Dr Georgia Fisher
Dr Samantha Spanos
Dr Lisa Pagano
Maree Saba

Current Research Candidates

Sheila Pham
Faran Naru
Sagda Osman
Dr Darran Foo

Professional and Project Support

Caroline Proctor
Laura Joynson
Dr Kirk Olsen

Health System Sustainability CareTrack Aged/ Patient Safety

Prof Yvonne Zurynski
Dr K-lynn Smith
Isabelle Meulenbroeks
Dr Karen Hutchinson
Shalini Wijekulasuriya

Human Factors and Resilience

Prof Robyn Clay-Williams
Dr Elizabeth Austin
Dr Collen Cheek
Dr Emilie Francis-Auton
Dr Nema Heyba
Lieke Richardson
Dr Jen Evans

Professional Research Administration

Elle Leask
Chrissy Clay
Romika Patel
Imogen Benson

Hon. Prof Peter Hibbert
Dr Louise Wiles
Dr Gaston Arnolda
Dr Rebecca Bilton
Charlie Molloy
Dr Louise Raggett

MRFF Genomics

A/ Prof Janet Long
Dr Klay Lamprell
Dr Samantha Spanos
Dr Maryam Vizheh
Dr Samran Sheriff
Romika Patel

Health Outcomes

Prof Rebecca Mitchell
Dr Reidar Lystad
Dr Tolesa Okuba
Dr Seigo Mitsutake
Shalini Wijekulasuriya

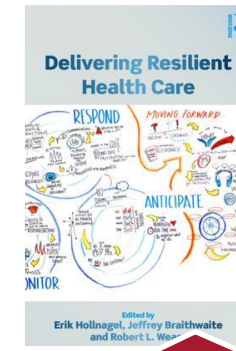
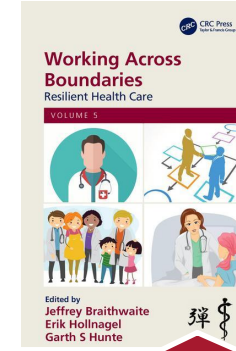
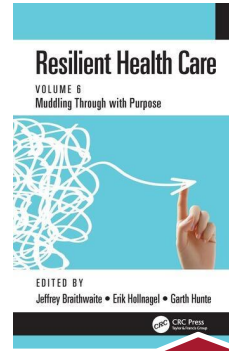
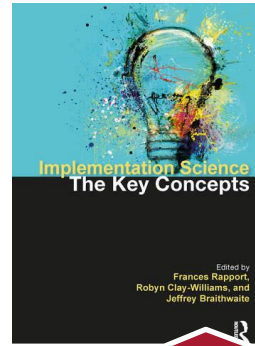
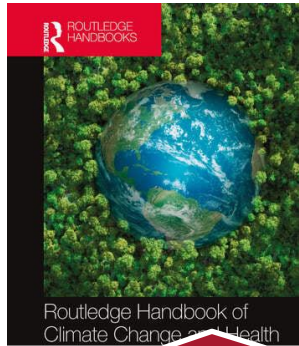
National Paediatric Applied Research Translation Initiative (N-PARTI)

Prof Reema Harrison
Dr Virginia Mumford
Prof Rebecca Mitchell
Dr Georgia Fisher
Dr Gaston Arnolda
Prof Yvonne Zurynski
Hon. Prof Peter Hibbert

Observatory on the Future of Healthcare

Dr Kate Churruca
A/ Prof Louise Ellis
A/ Prof Janet Long
Dr Samantha Spanos
Dr Lisa Pagano
Dr Georgia Fisher
Prof Yvonne Zurynski

Recently published books



2024 – Routledge Handbook of Climate Change and Health System Sustainability

2022 – Transforming Healthcare with Qualitative Research

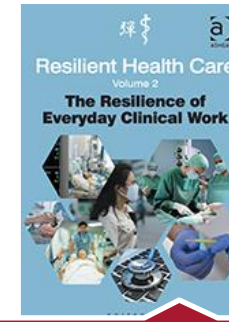
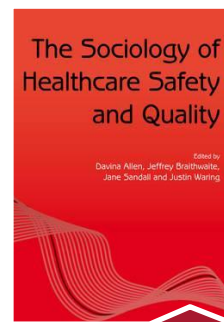
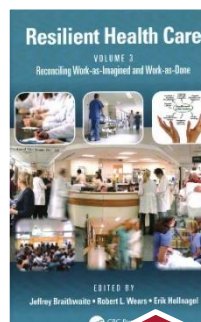
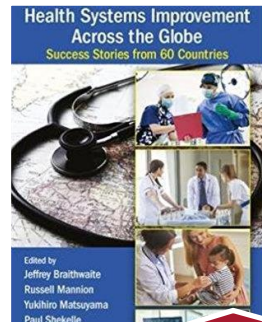
2021 – Muddling Through With Purpose

2020 – Transforming Healthcare with Qualitative Research

2019 – Working Across Boundaries

2018 – Delivering Resilient Health Care

2018 – Healthcare Systems: Future Predictions for Global Care



2017 – Health Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries

2017 – Reconciling Work-as-imagined and Work-as-done

2016 – The Sociology of Healthcare Safety and Quality

2015 – Healthcare Reform, Quality and Safety: Perspectives, Participants, Partnerships and Prospects in 30 Countries

2015 – The Resilience of Everyday Clinical Work

2013 – Resilient Health Care

2010 – Culture and Climate in Health Care Organizations

Forthcoming books



Gaps: the Surprising Truth
Hiding in the In-between



Surviving the Anthropocene



Counterintuitivity: How your
brain defies logic

Jeffrey Braithwaite PhD

FIML, FCHSM, FFPHRCP, FAcSS, Hon FRACMA, FAHMS



AUSTRALIAN INSTITUTE
OF HEALTH INNOVATION

Founding Director

Australian Institute of Health Innovation

Director

Centre for Healthcare Resilience and Implementation Science





Professor

Faculty of Medicine, Health and Human Sciences, Macquarie University
Sydney, Australia

Immediate Past President

International Society for Quality in Health Care (ISQua)



	Email:	jeffrey.braithwaite@mq.edu.au
	AIHI website:	http://aihi.mq.edu.au
	Twitter:	@JBraithwaite1
	Wikipedia:	http://en.wikipedia.org/wiki/Jeffrey_Braithwaite

Indikatorarbete

LÖF



Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet

Marianne Aggestam

Urban Nylén

Uppföljning behövs för att...

- ge en **lägesbild** och kunna leda och styra vården så att den är säker här och nu
- följa **utvecklingen** av god och säker vård över tid
- identifiera **riskområden** och spegla riskmedvetenhet och beredskap
- kunna göra **jämförelser** mellan huvudmän och vårdgivare och identifiera ojämlik vård
- ge en grund för utveckling och för **lärande**

Uppföljning behöver se olika ut och delvis innehålla olika mått för att vara relevant på nationell, regional/kommunal och lokal nivå

Uppföljningen behöver omfatta indikatorer och mått som speglar...

- ett **systemperspektiv** på patientsäkerhet med faktorer som inverkar på strukturer och processer och som är påverkbara
- omfattningen av **proaktiva arbetsätt** med hög **riskmedvetenhet** och god **beredskap** för väntade och oväntade händelser
- i vilken **omfattning rekommenderade aktiviteter genomförs**, till exempel en viss rekommenderad undersökning eller behandling
- i vilken utsträckning **patienter har drabbats av vårdskador**

Uppföljningen behöver spegla ett systemperspektiv

När systemet är hälso- och sjukvård visar en "systemindikator" på egenskaper, funktioner, processer, verksamhet och resultat som inte är relaterade till specifika diagnoser eller individer.

Indikatorer på systemnivå kan till exempel spegla

- kompetensförsörjning
- ledning för patientsäkerhet
- patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- lärande
- säkerhetskultur
- riskmedvetenhet och riskreducerande arbete.



Flera aktörer utvecklar uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet

Nationellt stöd för anpassad uppsättning av indikatorer och uppföljning på olika organisatoriska nivåer

Samordnat utvecklingsarbete mellan nationella aktörer

Målet är nationell samsyn runt vilken uppföljning och vilka indikatorer som bäst lämpar sig för att driva och följa utvecklingen av patientsäkerhet i Sverige

- Socialstyrelsen
- NSG patientsäkerhet – NAG
- LÖF



Ramverk för den indikatorbaserad uppföljningen med redovisning i relation till *tre övergripande frågor*

Har vården varit säker?

- Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador

Är vården säker här och nu?

- Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer
- Fokusområde 3: Säker vård här och nu

Ökar riskmedvetenhet och beredskap?

- Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling
- Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap



Har vården varit säker?

Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador



I vilken utsträckning har patienter drabbats av oönskade händelser och vårdskador, vilka konsekvenser har dessa haft för patienterna samt vilka upplevelser och erfarenheter har de involverade själva haft

Är vården säker här och nu?

Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområde 3: Säker vård här och nu



I vilken utsträckning används ett etablerat ledningssystem för systematiskt

kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att uppnå

tillförlitliga och säkra processer oavsett var

vården sker. Här ingår även att visa i vilken utsträckning

proaktiva arbetssätt och rekommenderade rutiner och

processer används i vården.



I vilken utsträckning har organisationerna

en förmåga att förutse oönskade variationer

och att bedöma och hantera risker och inträffade

störningar i den pågående verksamheten. Det handlar till

exempel om att ha en säkerhetskultur med proaktiva

arbetssätt, göra kontinuerliga riskbedömningar och kunna

anpassa sig till olika situationer för att upprätthålla en

säker vård.

Ökar riskmedvetenhet och beredskap?

Fokusområde 4: Stärka analys, lärande och utveckling

Fokusområde 5: Öka riskmedvetenhet och beredskap



Här vill vi redovisa uppföljning av faktorer som bidrar till och stimulerar till kunskapsutveckling och lärande och därigenom ökar systemförståelsen om bakomliggande orsaker till vårdskador och kvalitetsbrister samt hur patientsäkerheten och vårdens kvalitet kan utvecklas.

Exempel på faktorer är förbättringskunskap samt kunskap och kompetens att genomföra datainsamling, analys, resultatåterföring och återkoppling.



Här vill vi redovisa proaktiva arbetssätt som bidrar till att identifiera, analysera och hantera långsiktiga risker med syftet att bygga upp en god beredskap och en resilient och robust verksamhet, där patientsäkerhet beaktas i planering och prioriteringsbeslut.

Utveckling av indikatorer

I första fasen har vi haft fokus på indikatorer som

1. speglar ledning och styrning
2. speglar proaktiva arbetssätt
3. speglar patienten som medskapare av säker vård
4. speglar förekomst av adekvat kompetens

I redovisningen 2025 finns 22 stycken utvecklingsindikatorer

1. samma för region och kommun
2. det finns för varje fokusområde
3. resultat baseras på enkät hösten 2024 till regioner och kommuner
4. redovisas på övergripande nationell nivå

Socialstyrelsens redovisning syftar till att ge en bild av utvecklingen över tid



	Mätperiod	Senaste värde	2014–2024	Förbättring/försämring	
				Hela perioden	Sedan näst senaste år
28. Delaktighet och involvering inom primärvården. Index	2015–2023	79,8		7,9%	0,6%
29. Delaktighet och involvering inom slutenvården. Index	2016–2023	82,8		13,4%	0,2%
30. Delaktighet och involvering inom specialiserad öppenvård. Index	2016–2023	88,8		9,2%	-0,6%
32. Överbeläggningar inom somatisk slutenvård. Antal per 100 disponibla vårdplatser	2014–2023	6,72		-135,2%	-10,4%
33. Utlokalisering inom somatisk slutenvård. Antal per 100 disponibla vårdplatser	2014–2023	2,26		-74,0%	15,8%
34. Tid till läkarbedömning vid akutbesök. Minuter	2016–2023	63		-6,8%	0,0%
35. Tid till operation vid höftfraktur. Timmar	2014–2023	27,0		-21,0%	-3,0%
36. Trombolys inom 30 minuter vid stroke. Procent	2018–2023	45		21,6%	-4,3%
37. Tillgänglighet inom bup. Procent	2015–2023	49,4		-39,9%	-2,6%
38. Responstid för ambulans. Minuter	2014–2023	15,3		-20,8%	-0,7%
39. Medicinsk bedömning inom tre dagar. Procent	2020–2023	87,2		7,2%	3,8%
40. Situationsbedömning och anpassning vid förändrade förutsättningar i regionerna. Procent	2024	10	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
41. Situationsbedömning och anpassning vid förändrade förutsättningar i kommunerna. Procent	2024	19	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
42. Informationsmaterial riktat till patienter i regionerna. Procent	2024	10	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
43. Informationsmaterial som är riktad till patienter i kommunerna. Procent	2024	18	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
44. Patientsäkerhetsutbildningar i regionerna. Procent	2024	10	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
45. Patientsäkerhetsutbildningar i kommunerna. Procent	2024	11	Ingen trend	Utvecklingsindikator	



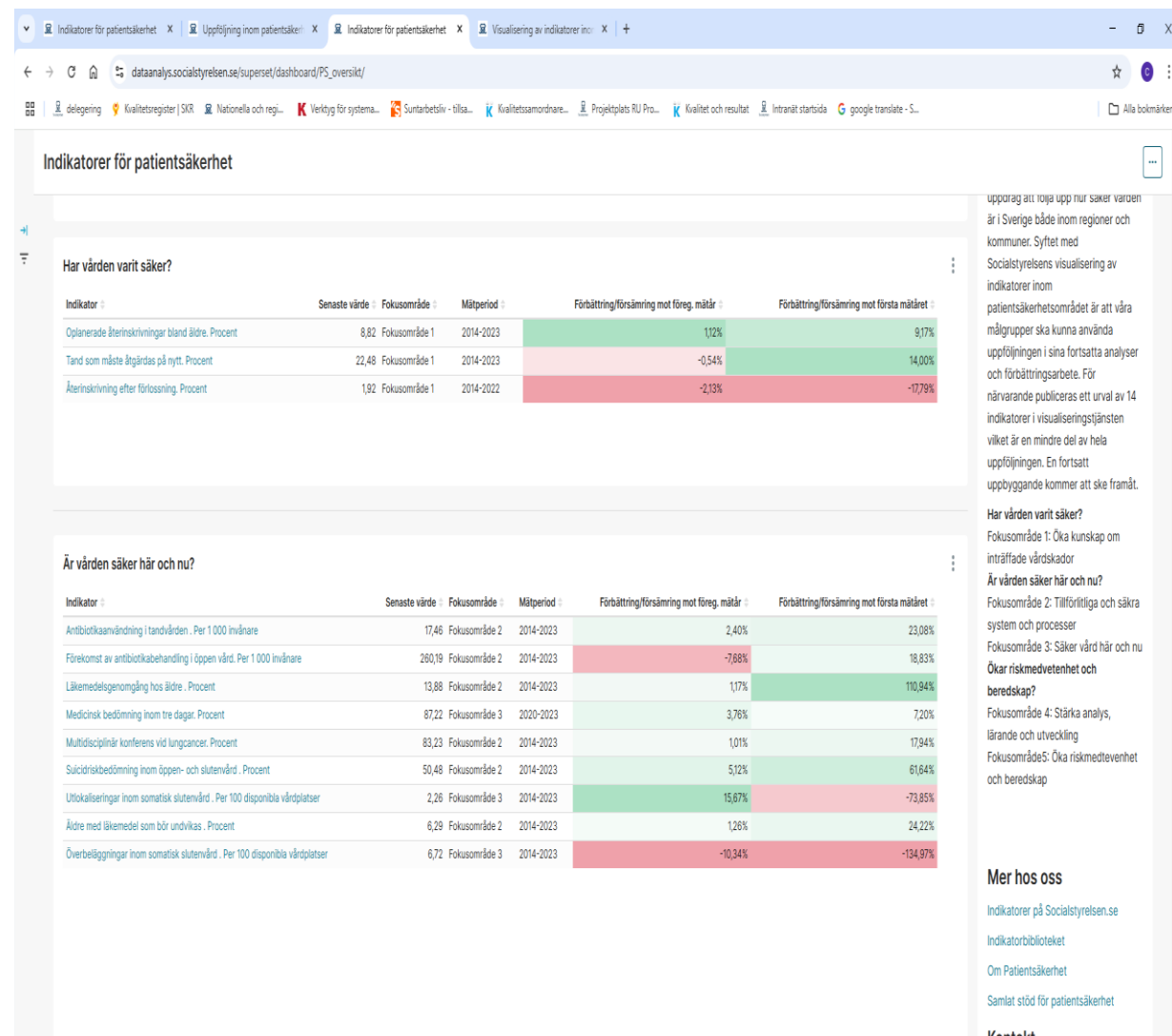
	Mätperiod	Senaste värde	2014–2024	Förbättring/försämring	
				Hela perioden	Sedan näst senaste år
46. Regelbundna möten för systematiskt patientsäkerhetsarbete (Kommun). Procent	2020–2024	65		-18,8%	10,2%
47. Gemensamma forum i vårddedjor (Region). Procent	2024	70	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
48. Gemensamma forum i vårddedjor (Kommun). Procent	2024	85	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
49. Patientmedverkan i analys av resultat från egenkontrollen i regionerna. Procent	2024	5	Ingen trend	Utvecklingsindikator	
50. Patientmedverkan i analys av resultat från egenkontrollen i kommunerna. Procent	2024	12	Ingen trend	Utvecklingsindikator	

Socialstyrelsens indikatorbaserade uppföljning 2025

- *Faktablad* kopplat till uppföljningsramverket med iakttagelser om utvecklingen
- *Excelfil* med alla 59 indikatorer
- *Visualisering* av indikatorer, cirka en tredjedel av uppföljningen

Här finns material och länkar:

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/patientsakerhet/uppfoljning-inom-patientsakerhet/>



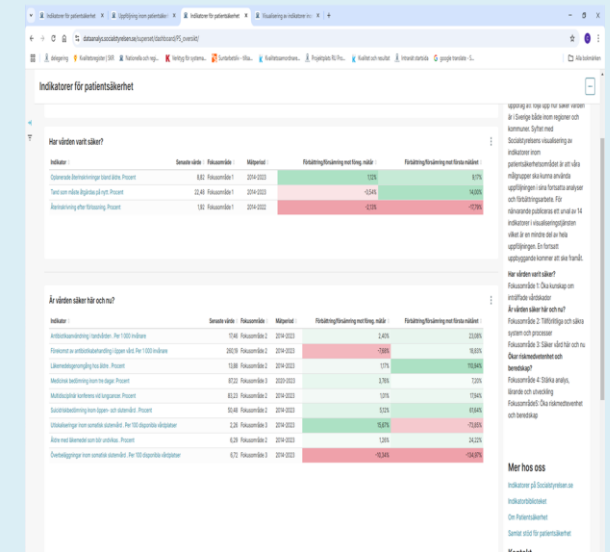
Visualisering av indikatorer inom patientsäkerhetsområdet

[Webbinarium](#) på Teams

Torsdag 13 mars

Tid 13:00 - 13:45

Du behöver inte anmäla dig i förväg.



MÅTT, MÄTETAL OCH INDIKATORER

LöF

SAMARBETE MED REGION DALARNA

- Löfs styrelse efterfrågar data, nyttja befintlig kunskap och erfarenhet
- Region Dalarna visar intresse
- Verksamhetens behov
- Mått för: hur säker vården varit, är just nu och vilka mätetal som driver vården framåt
- Inte för många mått – hellre färre mått som driver utveckling
- Helst mått som redan finns i systemen
- Olika nivåer, olika specialiteter
- Utifrån grundstrukturen i Handlingsplan för ökad patientsäkerhet

VAD HAR VI GJORT?

- Dialog i möte
- Resonerat vad som är möjligt
- Finns data?
- Kan data tas fram?
- VAD ÄR VÄRDESKAPANDE?

RESULTAT

- Vissa mått generiska oavsett specialitet
- Alla verksamheter behöver känna att mått berör
- Försökt landa i vem/vilka är måtten till för
- Ibland nästan lätt

VAD UPPLEVER REGION DALARNA?



Mått och mätetal patientsäkerhet

David Iggman, chefläkare division primärvård
Dorothea Reichert, analysavdelningen



Bakgrund

Hösten 2023:

- Önskvärt med mätetal som kräver relativt liten arbetsinsats att ta fram
- Nästa steg att inhämta synpunkter från verksamheterna/linjeorganisation, har vi träffat rätt hittills?
- Viktigt att testa "live" i praktiken och se vad som fungerar och inte
- Analysavdelningens medverkan viktig

Utveckling av indikatorer

Vi bjöd in till möte 240227 (tillsammans med Löf, chefläkaravd, avd för patientsäkerhet och analysavd). Därefter skickades förslag på indikatorer övergripande + uppdelat divisionsvis till verksamhetsföreträdare för synpunkter:

Divisionschef medicin, Sussie Magnusson



Divisionschef kirurgi, Tomas Riman



Verksamhetschef kardiologen, Kristina Hambræus



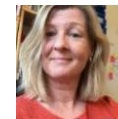
Verksamhetschef reumatologen, Thomas Husmark



Verksamhetschef VC Mora, Eva Nordin-Olsson



Verksamhetsutvecklare barnkliniken, Maria Ljungberg



Utveckling av indikatorer (exempel: kardiologen Falun)

Förslag mått och mätetal patientsäkerhet

Division medicin

Modell över patientsäkerhetsarbetets delar (grundläggande förutsättningar i inre gröna ringen, fokusområden 1-5 i yttre ringen)



Utifrån nationella handlingsplanen Agera för säker vård (Socialstyrelsen 2020).

Utifrån varje del i modellen kan mätetal väljas både på övergripande regional nivå samt mera specifikt på verksamhetsnivå.

Frågor till verksamheterna:

- Vilka av mätetalen är mest relevanta och användbara för er? Saknar ni något mått?
- Behöver ni stöd för att ta fram dessa data?

Tabell 1. Grundläggande förutsättningar

	Engagerad ledning och tydlig styrning (strukturmått)	En god säkerhetskultur (strukturmått)	Adekvat kunskap och kompetens (strukturmått)	Patienten som medskapare (strukturmått)
Förslag på mätetal	Andel av gemensamma forum inom divisionen med stående punkt på agendan där identifierade risker/inträffade skador lyfts i syfte att sprida kunskap Medarbetarnas uppfattning om ledningens engagemang i patientsäkerhet (fråga 9 HSE)	Resultat från HSE på fråga 6 ("Jag vågar prata om mina misstag") och fråga 10 ("Jag skulle känna mig trygg om en närstående vårdades på min arbetsplats")	Andel medarbetare som genomgått Socialstyrelsens patientsäkerhetsutbildning eller motsvarande Personalomsättning innefattande spridningsmått Chefomsättning innefattande spridningsmått	Poäng på dimensionen Delaktighet och involvering i senaste nationella patientenkät Resultat från HSE på fråga 11 ("På min arbetsplats erbjuder vi patienter att vara delaktiga i vårt patientsäkerhetsarbete") Finns fasta forum för att fånga patientmedverkan (exv. patient/brukarråd)?

Tabell 2. Fokusområden 1-5

	1. Öka kunskap om inträffade vårdskador (utfallsmått)	2. Tillförlitliga och säkra system och processer (processmått)	3. Säker vård här och nu (processmått)	4. Stärka analys, lärande och utveckling (processmått)	5. Öka riskmedvetenhet och beredskap (processmått)
Förslag på mätetal	Systematisk kvartalsvis sammanställning av skadedata ur avvikelssystem/ andra källor Redovisning av data ur relevanta kvalitetsregister	Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar Andel patienter som får läkemedelsgenomgång utförd under vårdtid Antal årliga regelbundna genomgångar/analyser av väntelister Andel patienter vars utredning genomförs inom rimlig tid (gäller utvalda huvudprocesser)	Andel patienter som skrivs ut med läkemedelslista och skriftlig information Andel äldre över 75 år med läkemedel som bör undvikas Andel utlokaliserade patienter Andel enheter som dagligen använder exv. Gröna korset för att påvisa händelser/incidenter Andel enheter som varje månad genomför analys av följsamhet till riktlinjer Antal som läggs in inom 48 timmar efter hemgång från akuten	Resultat av förbättringsarbetet gällande de 1 - 3 vanligaste respektive 1 - 3 allvarigaste förekommande <u>vårdskadorna</u> Andel allvariga <u>vårdskador</u> bland rapporterade avvikelser	Andel enheter som analyserats ur ett kapacitetsperspektiv (variation i sökmönster, mottagningskapacitet, belägningsgrad) Andel kliniker som gjort analys av utfall för de patienter som besökt akutmottagning men inte lagts in avseende ny vårdkontakt/död inom 24/36/48 timmar Finns system för att fånga upp mångsökare på akutmottagning? Antal risker som rapporterats rörande läkemedelshandling i förhållande till inträffade incidenter

Datum 240328	I samarbete med Lof - Pelle Gustafson, Maja Danielsson	
David Iggman, Cheffäkaravdelningen Åsa Hansson, Avd. för patientsäkerhet		

Utveckling av indikatorer (exempel: kardiologen Falun)



Tabell 2. Fokusområden 1-5

	1. Öka kunskap om inträffade vårdskador (utfallsmått)	2. Tillförlitliga och säkra system och processer (processmått)	3. Säker vård här och nu (processmått)	4. Stärka analys, lärande och utveckling (processmått)	5. Öka riskmedvetenhet och beredskap (processmått)
Förslag på mätetal	<p>Systematisk kvartalsvis sammanställning av skadedata ur avvikelssystem/ andra källor</p> <p>Redovisning av data ur relevanta kvalitetsregister</p> <p>För kardiologen: SWEDEHEART (innefattande delarna RIKS-HIA, SCAAR, SEPHIA) Riks-Svikt SWEDCON ICD-och pacemakerregistret</p>	<p>Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar</p> <p>Andel patienter som får läkemedelsgenomgång utförd under vårdtid</p> <p>Antal årliga regelbundna genomgångar/analyser av väntelistor</p> <p>Andel patienter vars utredning genomförs inom rimlig tid (gäller utvalda huvudprocesser)</p> <p>Utredning med eko vid misstanke om hjärtsvikt inom tidsatt mål enl PSV = 2 resp 4 veckor beroende på NTproBNP-nivå</p> <p>Primär PCI inom 90 min efter diagnostiskt EKG vid STEMI (datakälla = Swedeheart)</p> <p>Andel pat med uttalad aortastenosis dras på thoraxrond inom 4 veckor efter DT TAVI</p>	<p>Andel patienter som skrivs ut med läkemedelslista och skriftlig information</p> <p>Andel äldre över 75 år med läkemedel som bör undvikas</p> <p>Andel utlokaliserade patienter</p> <p>Andel NEWS-mätningar som leder till korrekt tidpunkt för efterföljande NEWS-mätning eller Andel NEWS-mätningar 5p eller högre som leder till korrekt åtgärd</p> <p>Andel enheter som dagligen använder exv. Gröna korset för att påvisa händelser/incidenter</p> <p>Andel enheter som varje månad genomför analys av följsamhet till riktlinjer</p> <p>Antal som läggs in inom 48 timmar efter hemgång från akuten</p>	<p>Resultat av förbättringsarbete gällande de 1 - 3 vanligaste respektive 1 - 3 allvarligaste förekommande <u>vårdskadorna</u></p> <p>Andel allvarliga <u>vårdskador</u> bland rapporterade avvikelser</p>	<p>Andel enheter som analyserats ur ett kapacitetsperspektiv (variation i <u>sökmönster</u>, mottagningskapacitet, beläggningsgrad)</p> <p>Andel kliniker som gjort analys av utfall för de patienter som besökt akutmottagning men inte lagts in avseende ny vårdkontakt/död inom 24/36/48 timmar</p> <p>Finns system för att fånga upp mångsökare på akutmottagning?</p> <p>Antal risker som rapporterats rörande läkemedelshantering i förhållande till inträffade incidenter</p>

-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 En kommentar i sammanhanget: RD har ju beslutat att kraftigt minska tillgången till lokala skrivare...försvårar arbetet men desto viktigare att bevaka!
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Det ingår i all inläggande vård skulle jag säga, men registreras i stort sett aldrig med det sökordet. Så jag tror att en sådan parameter skulle bli intressant
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Målet måste nog vara kvartalsvis eftersom vårdgarantin är på tre mån, så det duger ju inte att göra det en gång om året
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Svårt att hitta datakälla dock...
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Ska det mätas via självrapportering?
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Eller avlider
-  **Hambraeus Kristina /Kardiologi Falun /Falun**
 Inte ett nationellt kvalitetsmått, men relevant skulle jag säga

Utveckling av indikatorer

- Under sommaren 2024 skickades samtliga inhämtade synpunkter till Löf för fortsatt bearbetning

- Under hösten 2024 gav vi analysavdelningen (Dorothea) uppdrag att plocka fram data utifrån den sammanställningen

Uppföljning

- Många olika datakällor:
 - Data ur journalsystem
 - Protokoll (ledningsgrupper, politiska sammanträden)
 - Medarbetarundersökningar
 - Avvikelsesystem Synergi
 - Patientsäkerhetsberättelse
 - Hälsa- och sjukvårdsbarometern
 - Vården i siffror
 - ...
- Datakvalitet varierar
- Olika tillgänglighet
- Tidskrävande process

Reflektioner

- Vissa indikatorer följs redan idag och/eller är enkla att följa.

Exempel: Andel oplanerade återinläggningar inom 30 dagar eller Överbeläggningar

- Data rapporteras till Socialstyrelsen, där det finns tydliga definitioner.
- Utvecklingen av indikatorer som behöver rapporteras prioriteras högre och görs snabbare.
- En rapport utvecklades så att också verksamheterna kan följa återinläggningar och överbeläggningar.

Exempel: Tillgång till den vård man anser sig behöva (hälso- och sjukvårdsbarometern)

- Data samlas in och följs upp regelbundet.
- Mått och datakälla är tydligt definierade.
- Enkla jämförelser med andra regioner/rikssnitt.

Reflektioner

- Utmaning: Indikatorer behöver definieras tydligare.

Exempel: Systematisk kvartalsvis sammanställning av skadedata ur avvikelsesystem/andra källor.

- Vad är syftet med mätetal?
 - Görs en sammanställning eller inte?
 - Själva redovisningen.
 - Beskrivning hur skadedata används.
 - Använda nya källor för att öka kunskap om skadedata.

Exempel: Redovisning av data ur relevanta kvalitetsregister

- Följs data från kvalitetsregister upp av verksamheten?
- Beskrivning av vilka specifika kvalitetsmål som följs.
- Redovisning av specifika mått/ resultat i specifika kvalitetsregister?

Reflektioner

- Utmaning: Mått kan inte följas idag.

Exempel: Andel patienter inom utvalda grupper som får utredning genomförd inom avsedd tid.

- Grupper behöver väljas ut.
- Det behöver definieras dels vilka utredningar, dels en rimlig tidsperiod.
- Det behöver vara tydligt, när tidsperioden börjar och när den slutar.
- Varje grupp behöver en egen processuppföljning.

Exempel: Andel NEWS-mätningar 5p eller högre som följs upp inom rätt tid.

- Resultatet av en NEWS-mätning behöver kunna kopplas till en åtgärd.
- Det behöver definieras vad som menas med rätt tid och hur det ska följas upp.
- Åtgärderna kan variera, vilket är beroende av vilken verksamhet det rör (t. ex. primärvård vs. somatisk slutenvård).

Reflektioner

- Utmaning: Mått redovisas inte i önskade grupperingar.

Exempel: Patientnöjdhet för delaktighet och involvering (nationell patientenkät)

- Redovisning för gruppen somatisk vård.
- Omfattande bearbetning krävs för att kunna brytas ned måttet ytterligare, t. ex. internmedicinska och opererande kliniker.
- Patientenkät genomförs vartannat år i respektive verksamhet – ingen årlig uppföljning

Reflektioner

- För kontinuerlig uppföljning behöver det ske en integrering till verksamhetsplanen.

Exempel: Finns region/kommunövergripande plan för patientmedverkan i vård och patientsäkerhetsarbetet?

- Behöver vara en del av verksamhetsplanen.

Reflektioner

- En till synes positiv förändring kan dölja en oönskad utveckling

Exempel: Minskat antal rapporterade avvikelser

- Behöver inte bero på färre incidenter.
- T.ex. förändrade registreringsrutiner.
- T.ex. incidenter registreras i mindre utsträckning.
- Andra sätt att upptäcka avvikelser?

Exempel: Ökning av andelen specialistsjuksköterskor på en vårdavdelning.

- Lägre bemanning totalt sett.
- Sjuksköterskor utan specialistkompetens lämnar vårdavdelningen i större utsträckning.

Lärdomar

- Mätetal behöver vara väldefinierat för att kunna följas upp. Definitioner behövs tidigt och utvecklas i diskussion med kliniker.
- Kontinuerlig vidareutveckling av mått och mätetal behövs för att
 - förbättra dataunderlag
 - upptäcka potentiella oönskade utvecklingar
 - säkerställa att uppföljningen anpassas i takt med utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet
- Jämförelser med andra regioner är viktiga för
 - kvalitetssäkring av data
 - tillförlitlighet av data
 - jämförbar registrering/rapportering t. ex. av incidenter.

Tack.



Vad är på gång MJG och PPM

LÖF

 Socialstyrelsen

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Stöd för att systematiskt identifiera vårdskador

Behov och fortsättning

Enheten för patientsäkerhet och kapacitetsplanering

2025-03-12

Vad handlar det om?

- Viktigt för både vård och myndigheter att kunna agera på vårdskador, men nationella förutsättningar saknas nu
- Socialstyrelsen ska stödja nationellt patientsäkerhetsarbete
- Vården ska systematiskt förebygga vårdskador
- Vägval behövs nu!

Varför ska man systematiskt identifiera vårdskador?

- Patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter
- Fokusområde i Nationell handlingsplan för patientsäkerhet
- Nolltolerans för vårdskador i WHO:s Globala Patientsäkerhetsplan (2021–2030)
- En systematisk metod ger överblick över vårdskador så att inte bara tillfälligheter avgör vad som uppmärksammas
- Resultaten värdefulla i lokal utveckling av patientsäkerhet och kvalitet
- Samlade resultat ger en nationell lägesbild som kan följas över tid och ger möjlighet till åtgärder på systemnivå

Patientsäkerhetslagen

3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett **systematiskt patientsäkerhetsarbete**

2 § Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att **förebygga att patienter drabbas av vårdskador**. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas.

Systematik
förutsätter att
en ändamålsenlig
metod används
fortlöpande

Socialstyrelsens perspektiv

- Uppdrag att samordna och stödja det nationella patientsäkerhetsarbetet
- Fokusområde i ramuppdraget om att Stärka och följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten
 - Agera för säker vård: "Minimera undvikbar slutenvård"
- Minskad förekomst av vårdskador frigör kapacitet
- Systematiskt identifiering av vårdskador synliggör risker och ger underlag för vårdens förebyggande åtgärder

Vad behövs?

- Kompetens om den etablerade metoden markörbasrad journalgranskning genom fortgående utbildning av granskningsteam samt metodstöd
- Verktyg för automatiserad journalsökning så att tidsåtgången minimeras
- Utvecklat IT-verktyg för datasammanställning, överblick, analys och presentation av resultat lokalt och nationellt
- Stöd för hälsoekonomisk analys av vårdsador

Alternativa vägar framåt

- Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen för att stödja systematisk identifiering av vårdskador..?
- Huvudmännen tar individuellt ansvar för systematisk identifiering av vårdskador och resultatrapportering..?
- Huvudmännen initierar gemensamt projekt..?

Markörbaserad journalgranskning (MJG) – på gång nu

➤ Digitala utbildningar i MJG våren 2025

- Inom hemsjukvård
 - Utbildning I: Del 1 den 3 mars och Del 2 den 18 mars
 - Utbildning II: Del 1 den 10 mars och Del 2 den 25 mars
 - <https://www.socialstyrelsen.se/kalendariet>
- Inom barn- och ungdomspsykiatri:
 - Utbildning I: Del 1 den 12 mars och Del 2 den 24 mars
 - Utbildning II: Del 1 den 25 april och Del 2 den 8 maj
 - Anmälan till: Susanne.Donnstrom@socialstyrelsen.se
- Utbildningar planeras även inom vuxenpsykiatri

- ## ➤ MJG Metodhandböcker (som tagits över från SKR):
- publicering på SoS hemsida planeras under våren



Kaffe och kaka (14.45- 15.15)



Paneldiskussion



LÖF

 Socialstyrelsen

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Vilken ledning och styrning har ni (eller vi ni ha) beträffande indikatorer?
På olika nivåer? T.ex. regionövergripande ner till kliniknivå.
Vem föreslår och vem beslutar? Hur kommer politiken in?

Kan indikatorerna ändras över tid?

Är det bra ur ledning och styrning ha indikatorer som man följer över lång tid?

Vet vi att förändringar i sådana indikatorer beror på förbättrade resultat eller är kopplade till mätmetoder?

T.ex. om högsta politiska ledningen säger att vi ska ha en indikator och det är VRI. Hur svarar vi på det som patientsäkerhetsorganisation?

LÖF

 Socialstyrelsen

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

**Vilka typer av stöd från
nationell nivå behöver RSG
för att sprida budskapet om
uppdaterad handlingsplan?**

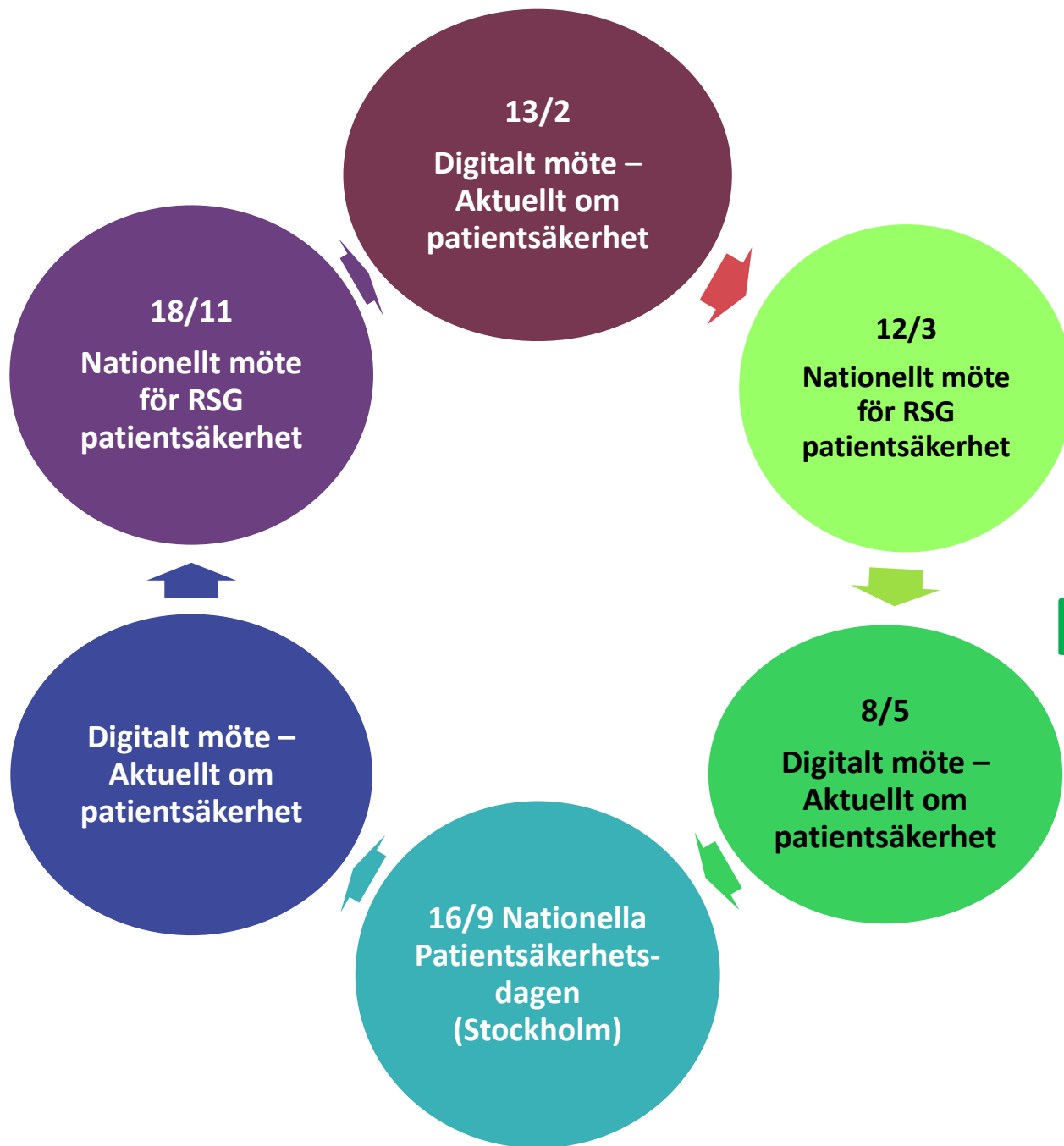
LÖF

 **Socialstyrelsen**

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Det här sker under 2025



Nästa gång vi ses

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

**Stort tack för
idag**

LÖF



**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN