

## Patientsäkerhet – från forskning till användning

### Sammanfattning

Detta förslag som ställs till utbildningsdepartementet innebär att patientsäkerhet ska behandlas som ett särskilt kunskapsområde i den kommande forskningspropositionen.

Att patienter skadas eller avlider i samband med vård och behandling är ett stort problem. Det stora antalet skadade visar att det finns ett uppenbart behov av ökad kunskap om hur patientsäkerheten kan förbättras. Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården innebär dessutom nya risker. Det kräver ett förändrat och förnyat förhållningssätt till hur dessa frågor hanteras.

Svensk forskning om patientsäkerhet är idag av liten omfattning i förhållande till problemets storlek. Den uppskattas till några miljoner årligen, vilket kan jämföras med samhällets satsning på forskning på trafiksäkerhet på minst 100 miljoner kronor. Inget forskningsråd eller organisation har idag ett ansvar för forskning inom området.

Vi har gjort en genomgång av olika utredningar och granskningar, vilket sammanfattats i form av en behovsbild. Det behövs tvärvetenskaplig forskning med ett systemperspektiv på hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsarbetet bör baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som vårdens övriga insatser.

Hela vårdområdet måste inkluderas, men hittills har somatisk sjukhusbaserad vård fått huvuddelen av intresset. Det angeläget att även andra områden som psykiatri, primärvård, barnsjukvård, hemsjukvård och kommunal sjukvård uppmärksammas tydligt.

Exempel på teman där det finns behov av forskning och utveckling presenteras. Det är också angeläget att användbara resultat snabbt kommer till nytta. Det behövs en målinriktad strategi som går från val av forskningsområden till att resultat ska komma till nytta för att slutligen utvärderas. Det finns en mängd aktörer som påverkar patientsäkerheten; myndigheter, landsting, anställda och patienter. Det gör att samverkan och kommunikation är mycket viktiga områden.

Dokumentet innehåller två konkreta förslag. Det första är att staten tar ett övergripande ansvar för forskningen, som bland annat innebär tilldelning av forskningsmedel och klara ansvarsförhållanden. Ett förslag är att minst 50 till 100 miljoner kronor årligen skulle satsas på forskning och utvecklingsinsatser för ökad patientsäkerhet.

Det andra förslaget är att inrätta ett självständigt nationellt kunskapscentrum för patientsäkerhet. Det skulle kunna komplettera befintliga myndigheter och andra organisationer. Viktiga uppgifter skulle vara att utgöra ett forum för debatt och kunskapssökande, och att sammanställa och sprida befintlig kunskap från forskning, utredningar och praktiska erfarenheter. En annan roll är att aktivt verka för att goda erfarenheter och bra arbetssätt sprids och kommer till användning.

Förslagsställare: Lars Harms-Ringdahl, Pelle Gustafson, Per Nilsen, Henry Nyhlin, Stig Nyman, Carl Rollenhagen, Hans Rutberg, och Claes Tingvall.

Kontaktperson: Lars Harms-Ringdahl  
Bergsprängargränd 2A, 116 35 Stockholm  
LHR@irisk.se                      Telefon 070 369 20 81

Förslaget inskickat 2015-11-10

# Förslag till Forskningspropositionen 2016

## Patientsäkerhet – från forskning till användning

### 1 Förord

Att patienter skadas eller avlider i samband med vård och behandling är ett stort och uppmärksammat problem. Det stora antalet skadade visar att det finns ett uppenbart behov av ökad kunskap om hur patientsäkerheten kan förbättras. Svensk och internationell erfarenhet visar att det är en svår och komplex uppgift som förutom medicinskt kunnande också kräver specifik kunskap om säkerhet.

Den snabba utveckling som sker inom hälso- och sjukvården, med snabba teknologiska och organisatoriska förändringar, ökad komplexitet och dynamik innebär nya risker. Det kräver ett förändrat och förnyat förhållningssätt till hur dessa frågor hanteras. Vi vill därför argumentera för att detta område ska behandlas som ett särskilt kunskapsområde i den kommande forskningspropositionen. Inriktningen på forskningen bör vara tvärvetenskaplig och kännetecknas av ett systemperspektiv på hälso- och sjukvård och med ett tydligt fokus på vårdens utmaningar. Det bör vara en självklarhet att patientsäkerhetsarbetet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som vårdens övriga insatser.

Vi som ställer förslaget kommer från olika branscher men är på olika sätt engagerade inom patientsäkerhetsområdet. Vi deltar som enskilda personer och representerar således inte något politiskt parti eller den organisation vi tillhör eller har tillhört.

*Lars Harms-Ringdahl*; tidigare adj. professor i riskhantering vid KTH och Karlstads universitet

*Pelle Gustafson*; docent i ortopedi, chefläkare vid Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

*Per Nilsson*; professor i samhällsmedicin, särskilt implementeringsforskning, vid Linköpings universitet

*Henry Nyhlin*; docent i invärtesmedicin, tidigare ordförande i Patientsäkerhetskommittén i Stockholms läns landsting

*Stig Nyman*; ordförande i Handikappförbundens styrelse, och tidigare landstingsråd i Stockholms läns landsting

*Carl Rollenhagen*; adj. professor i risk och säkerhet vid KTH

*Hans Rutberg*; tidigare chefläkare, adj. professor i patientsäkerhet vid Linköpings universitet

*Claes Tingvall*; adj. professor i tillämpad mekanik vid Chalmers Tekniska Högskola

### Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1 Förord	2
2 Bakgrund	3
2.1 Vårdskadorna	3
2.2 Utredningar och studier	3
3 Behovsbilden	5
4 Analys och diskussion	6
4.1 Patientsäkerhet som forskningsområde	6
4.2 Utveckling och nytta	8
4.3 Nationell samverkan	9
4.4 Ekonomiska överväganden	12
5 Slutsatser och rekommendationer	13
6 Referenser	14

## 2 Bakgrund

### 2.1 Vårdskadorna

Det stora antalet skador i vården har länge varit ett känt problem. En studie från Socialstyrelsen [1, 2] från 2008 uppskattar att cirka 100 000 vårdskador inträffar årligen för patienter inlagda på sjukhus för somatisk vård. Antalet dödsfall där vårdskadan bedöms ha bidragit beräknades till 3 000 i denna studie.

Senare studier från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [3, 4] har uppskattat att antalet vårdskador som bedömts bidra att patienten avlider är 1 400, vilket är lägre än i den förra studien. Resultaten från många studier visar att ungefär var tionde patient drabbas av en undvikbar skada.

Dessa studier är baserade på slutna somatisk vård. Det innebär att det saknas djupare kunskap om vårdskador i öppen vård vid sjukhus, samt från psykiatrisk vård, barnsjukvård, rehabilitering eller primärvård. Exempelvis finns inom psykiatriområdet statistik över självmord [5] där antalet uppgick till cirka 1 600 år 2013. Enligt Socialstyrelsen [6] har ungefär hälften av de avlidna personerna haft kontakt med sjukvården under sin sista månad i livet. Självmord bör därför i många fall bedömas som en möjlig vårdskada. Det totala antalet vårdskador kan således förmodas vara högre, men det finns stora osäkerheter.

#### Kostnaderna

SKL [7] publicerade 2013 en översikt och kostnadsbild av skadorna inom slutenvården. Granskningen visar att en skada drabbade patienten vid 10 till 15 procent av vårdtillfällena. Vårdtiden var markant mycket längre för de patienter, där vårdtillfället har inneburit en skada. Skadorna beräknas generera 1,3 miljoner extra vård dagar årligen i somatisk sjukvård för vuxna i Sverige. Kostnaden för extra vård dygn för de undvikbara skadorna (vårdskadorna) beräknas till 8,1 miljarder kronor per år.

Dessa skador medför också belastning för andra delar av vården. De skadade får förlängd sjukskrivning, inkomstbortfall och andra kostnader. Den samlade summan är okänd. Ovanstående gäller patienter som varit inlagda för somatisk vård på ett sjukhus. Det finns också vårdskador kopplade till primärvård, psykiatri, kommunal sjukvård etc. som tillkommer.

En annan källa är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, som betalar ut ersättningar till personer som drabbats av vårdskada. Under 2014 betalades drygt 535 miljoner kronor ut [8].

De sammanlagda ekonomiska kostnaderna för vårdskador är således ofullständigt kända. Underlaget är osäkert, men en preliminär skattning är att vårdskadorna kostar enbart sjukvården minst 10 miljarder kronor årligen. Till detta kommer övriga kostnader för samhälle och för de skadade själva.

### 2.2 Utredningar och studier

#### Patientsäkerhetsutredningen

Regeringen tillsatte 2007 en patientsäkerhetsutredning. Denna skulle bland annat göra en generell översyn av lagstiftningen på området, och av ansvarssystemen inom hälso- och sjukvården. I rapporten [9] konstaterades att det bland hälso- och sjukvårdens aktörer råder en bred konsensus om att det finns betydande brister i patientsäkerheten inom svensk hälso- och sjukvård och att dessa brister måste åtgärdas.

Utredningen ansåg att staten bör ansvara för att det finns förutsättningar för att bedriva patientsäkerhetsforskning, och att redan existerande säkerhetskunskap och nya forskningsrön fortlöpande sammanställs och kommuniceras till relevanta aktörer. Viktiga mottagare och konsumenter av sådan kunskap är förutom vårdgivare och tidigare nämnda aktörer också de universitet

och högskolor som utbildar morgondagens medarbetare i vården. Patientsäkerhetsarbetet bör baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som vårdens övriga insatser, när så är möjligt.

Utredningen föreslog också ett nationellt patientsäkerhetscentrum. Detta ”*bör ha i uppdrag att vara en pådrivande, rådgivande och stödjande resurs åt såväl riksdagen och regeringen som åt myndigheter, vårdgivare samt andra aktörer med betydelse för patientsäkerheten*”. Förslaget innehöll inte rekommendationer om hur ett sådant centrum skulle organiseras utan rekommenderade en fortsatt utredning om just detta. Regeringen avslög dock förslaget [10].

### **Förslag till nationell strategi**

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen tagit fram ett förslag till en ”nationell strategi för ökad patientsäkerhet”, vilket presenterades under 2013 [11]. Förslaget till strategi innehöll följande fem långsiktiga mål:

- God patientsäkerhetskultur i vården
- Patienten är delaktig i sin vård och behandling
- Minskat antal frekventa eller allvarliga vårdskador
- Rätt kompetens vid rätt tillfälle
- Ökad kunskap om effektiva åtgärder

För varje mål föreslås särskilda insatsområden. Även förslaget till strategi poängterar behovet av en utvecklad kunskap i riskhantering både i utbildning och i praktisk verksamhet. En rekommendation är att satsa på forskning och utveckling av metoder för patientsäkerhetsarbetet, med speciell hänsyn till patientsäkerhet inom olika vårdformer, vårdens övergångar och patientmedverkan. Ett annat förslag är att utvärdera nya metoder för patientsäkerhet innan de introduceras på nationell nivå.

### **Riksrevisionens granskning**

Riksrevisionen presenterade [12] 2015 en granskning om staten har gett vårdgivarna tillräckliga förutsättningar att främja en hög patientsäkerhet. Rapporten riktade stark kritik mot hur säkerhetsarbetet fungerade och tog upp många förslag till förbättringar.

Riksrevisionen anser att landstingen i dag inte förmår att fullt ut uppfylla patientsäkerhetslagens syfte och krav. Det gäller i synnerhet lärandet och förmågan att arbeta förebyggande. Inte heller de statliga myndigheter som ansvarar för tillsyn, föreskrifter och stöd har klarat av att leva upp till lagens ambitioner. Regeringens styrning av myndigheterna har inte varit tillräcklig i dessa avseenden.

För en ökad patientsäkerhet behövs förståelse för behov och betydelse av ett aktivt och systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det gäller i hela organisationen – från högsta ledningen ända ut i vårdverksamheterna. Granskningen visade att det finns brister i vårdgivarnas lärande, vilket försvårar ett förebyggande arbete. Det förebyggande arbetet är begränsat i dag, vilket till exempel gäller arbetet med riskanalyser.

Riksrevisionen har även granskat utbildning och kommit fram till att det finns betydande brister, både i grundutbildning och i fortbildning.

Riksrevisionen riktade fem sammanfattande rekommendationer till regeringen:

- Se till att rätt förutsättningar finns för en verkningsfull tillsyn
- Se till att Socialstyrelsen är ett stöd för vårdgivarna i tillämpningen av regelverket för patientsäkerhet
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för en långsiktig nationell styrning och samordning av patientsäkerhetsarbetet
- Genomför fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdhändelser
- Ange betydelsen av patientsäkerhetskunskaper i examensordningen i högskoleförordningen

### 3 Behovsbilden

Från utredningar och studier vill vi lyfta ett antal punkter som tillsammans indikerar en generell behovsbild.

#### Patientsäkerhetsutredningen

Några slutsatser från Patientsäkerhetsutredningen [9] (särskilt sidorna 381 - 385) är intressanta:

- 1) Bristerna i patientsäkerheten inom svensk sjukvård måste åtgärdas.
- 2) Vården ligger efter andra säkerhetskritiska branscher och har inte tagit till sig kunskap som utvecklats inom säkerhetsforskningen.
- 3) Ingen enskild myndighet, vårdgivare eller aktör kan överblicka det totala vårdssystemet.
- 4) I kunskapsintensiv sjukvård är kunskapsstyrning som komplement till regelstyrning en nödvändighet.
- 5) Patientsäkerhetsarbetet bör baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som vårdens övriga insatser, när så är möjligt.
- 6) Erfarenheter, kunskap och information måste tas tillvara på ett bättre sätt och ligga till grund för ett strukturerat patientsäkerhetsarbete på alla nivåer och i alla delar av vårdssystemet.
- 7) Patientsäkerhet är en global fråga varför internationellt samarbete och aktiv omvärldsbevakning blivit allt viktigare.
- 8) Staten bör ansvara för att det finns förutsättningar för att bedriva patientsäkerhetsforskning, och att existerande säkerhetskunskap och nya forskningsrön fortlöpande sammanställs och kommuniceras till relevanta aktörer.
- 9) Det är viktigt att det finns en självständig organisation med uppdrag att vara en pådrivande, rådgivande och stödjande resurs i patientsäkerhetsarbetet. Detta ska göras i nära samarbete med vårdens aktörer, forskningsinstitutioner med flera.
- 10) Utbildningsfrågor är en central del av Patientsäkerhetsutredningen och tas upp mer än 150 gånger. Där beskrivs utbildningsbehov för olika kategorier inom vården. Samma tema tas upp i förslaget till nationell strategi.

#### Förslag till nationell strategi

Dessa punkter stämmer också väl med rekommendationerna från Socialstyrelsens förslag till nationell strategi. Dessutom framkom följande viktiga aspekter:

- 11) Riskhanteringskunskap behöver integreras i grund- och specialistutbildningar samt i påbyggnads- och vidareutbildningar.
- 12) Det behövs utveckling av metoder för patientsäkerhet och en utvärdering innan de tas i nationellt praktiskt bruk.

#### Kompletterande behov

Dessa slutsatser är högst aktuella trots att det är mer än 6 år sedan flera av dem formulerades. De stämmer väl överens med vår bedömning. Till detta vill vi lägga till några kompletterande punkter. Den första av dessa finns redan i utredningarna, men den behöver poängteras.

- 13) Hela vårdområdet måste inkluderas. Hittills har de flesta studier inom patientsäkerhetsområdet varit inriktade på somatisk sjukhusbaserad vård. Det angeläget att även psykiatri, primärvård, barnsjukvård, hemsjukvård och kommunal sjukvård uppmärksammas tydligt.
- 14) Forskningen i Sverige om patientsäkerhet är liten och men samtidigt oöverblickbar.
- 15) Det saknas ett forskningsråd eller motsvarande som har ansvar för forskning om patientsäkerhet. Ett sådant uppdrag behövs och bör vara tydligt.
- 16) En systematisk kunskapsuppbyggnad på nationell nivå är viktig.

## En nollvision

En nollvision för vårdskador har lyfts fram vid olika tillfällen, exempelvis i Socialstyrelsens förslag till strategi [11] och av Kommissionen för jämlik vård [13], dock utan någon beskrivning hur det skulle kunna konkretiseras. Inspirationen till en nollvision för vårdskador i hälso- och sjukvården har varit trafikens nollvision, som bidragit till att antalet dödade i trafiken minskat under många år till nivåer vilka ansågs osannolika när arbetet påbörjades.

För att en nollvision för vårdskador ska bli trovärdig, krävs en nationell diskussion om vad en sådan vision innebär och med ett brett deltagande från olika intressenter. För att en nollvision ska bli lika betydelsefull för patientsäkerhet, som den har varit för trafiksäkerhet, krävs en tydlig innebörd och sedan en målmedveten satsning på att förverkliga visionen. En nollvision för vårdskador skulle innebära att man, liksom för vägtrafik, förmodligen måste utveckla ett antal nya lösningar, och stimulera till mer radikal forskning, och till mer långtgående åtgärder på sikt

Inom vägtrafiken, som var först med en nollvision, har man satsat på forskning och på metoder att eliminera skador. Exempel på innovationer är beröringsfria alkoholsensorer för alkoholås, högeffektiva bromssystem, och beläggningar av cykelbanor som medger fall utan allvarligare skador. De visar hur mål i samhället genererar forskning, produktutveckling och även kommersiellt gångbara produkter och tjänster. En nollvision för skador i sjukvård kan därmed vara ett sätt att stimulera forskning liksom den gjort för vägtrafik.

## 4 Analys och diskussion

### 4.1 Patientsäkerhet som forskningsområde

#### Begrepp och definitioner

Enligt Patientsäkerhetslagen är *vårdskada* "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". *Patientsäkerhet* betyder skydd mot vårdskada enligt denna lag.

Detta är en generell definition, som ger ett stort tolkningsutrymme. Exempel på en alternativ definition [14] är: "Patient safety is the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum". Den är mer komplex och inbegriper sannolikheten för vårdskada och att det ska finnas acceptabla värden på denna risk.

"*Patientsäkerheten är inte hotad*" har röstats fram som värsta vårdfloskeln av tidningen Dagens Medicin (2013-12-11). Det kan ha att göra med att begreppet är mycket brett definierat och inte särskilt skarpt. *Vad betyder bra patientsäkerhet och när är den tillräckligt bra?* Detta är frågor som behöver svar i den praktiska verksamheten och som är intressanta som forskningsteman.

Generellt kan man säga att begreppet patientsäkerhet är avsevärt mer komplext och svårtolkat än det först ger sken av. Säkerhet kan ses som en egenskap hos vårdssystemet, vilket dessutom ofta är i ett skede av förändring.

#### Tvärvetenskaplighet

Vården och dess organisation är mycket komplex och dynamisk, vilket ställer krav på en kontinuerlig anpassning till rådande förhållanden. Förändringar betingas av ekonomi och politiska beslut, samt medicinsk och teknisk utveckling.

Att hantera säkerhetsfrågor i en så komplex verksamhet som sjukvård fordrar ett brett spektrum av kompetenser. Detta behöver speglas också i forskningen, och tvärvetenskaplig kompetens bör inkluderas i många projekt. Det kan gälla områden som medicin, beteendevetenskap, teknik, juridik, arbetsmiljö och säkerhetsvetenskap. Båda utredningarna menar att detta är viktigt. Exempel på olika kompetensområden och perspektiv finner man i antologin *Patientsäkerhet - Teori och praktik* [15].

## Tidsperspektiv

Det behövs ett långsiktigt perspektiv på utveckling av kunskap och användning i vården. Tidshorizonten bör vara minst 10 eller 20 år. Det kommer att ta tid att få resultat i form av förbättrad sjukvård och färre vårdskador. Det är å andra sidan angeläget att starta så fort som möjligt. Varje års fördröjning av starten innebär att potentiella förbättringar också fördröjs, och att många personer skadas under tiden.

Långsiktighet är också viktigt med tanke på att det tar tid att bygga upp bra forskningsmiljöer, att rekrytera forskare och att skapa bra samarbete.

## Satsning på forskning idag

Inget forskningsråd har ansvar för forskning om patientsäkerhet, och det är därför svårt att få en helhetsbild. Enligt de sonderingar vi gjort verkar omfattningen vara några miljoner kronor årligen; i bästa fall är detta en underskattning.

Det finns flera områden med forskning och utveckling som påverkar patientsäkerheten i hög grad, men som inte direkt hänförs dit, exempelvis smittskydd, farmakologi och utvecklingen av behandlingsmetoder.

## Forskningsteman

Det finns en mängd forskningsansatser och teman som är intressanta att studera. Några exempel:

- Analysmetoder; både metodik för händelseutredning och för riskanalyser behöver utvärderas och vidareutvecklas
- Epidemiologiska studier; såväl över skador som över kostnader. Här finns en del gjort men fördjupade kunskaper är viktiga
- Teoretiska modeller och studier; exempelvis är patientsäkerhetsbegreppet diffust och behöver både problematiseras och preciseras
- Systemorienterade studier; exempelvis metodik för styrning av säkerhet i komplexa organisationer
- Implementeringsforskning; exempelvis studier om påverkande faktorer, samt interventioner för att nyttiggöra forskningens resultat i vårdens rutinmässiga verksamhet
- Metoder för att involvera patienter och utveckla patientperspektivet i säkerhetsarbetet.
- Fallstudier och försöksverksamheter; man kan tänka sig ett brett spektrum av tillämpningsområden
- Forskning rörande nya eller förändrade risker då nya behandlingar och metoder införs, eller då metodutveckling medger att vård ges exempelvis i hemmet
- Information och informationsteknik ses både som riskfaktor och som hjälp för säkerheten. Begreppet *eHälsa* och olika e-tjänster kommer att innebära förändringar och därmed behov av att kunna hantera de nya potentiella risker som kan uppkomma.

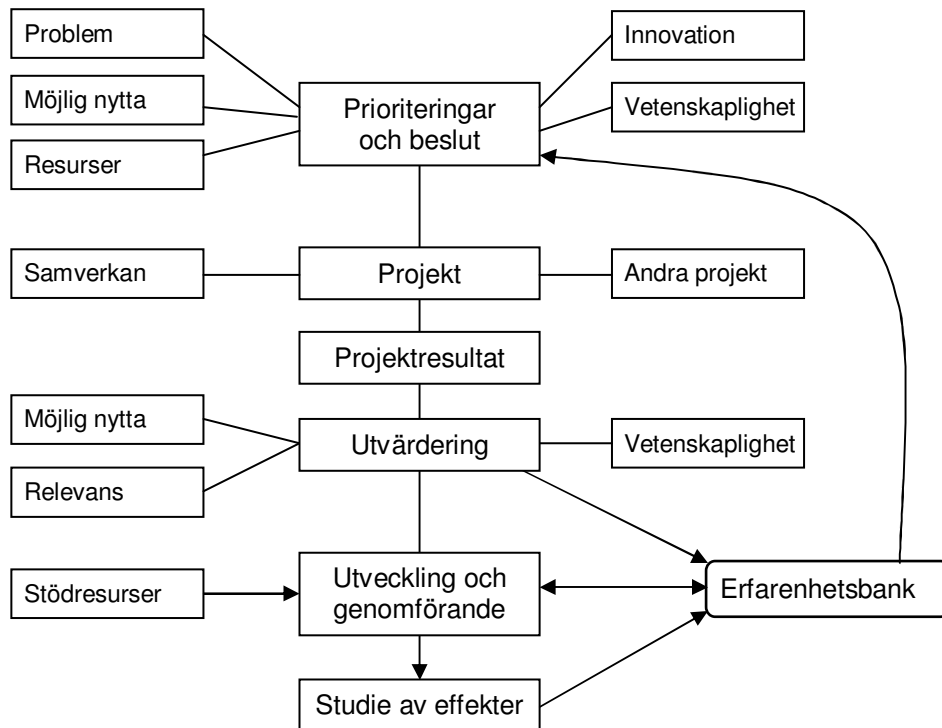
Ändringar och omorganisationer sker ständigt inom vården. Ett viktigt område är därför hur förändringar av vårdens organisation ska kunna genomföras utan att patientsäkerheten försämras. Hur ska man kunna genomföra övergripande konsekvens- och riskanalyser i samband med större förändringar? Här skulle det främst vara intressant att upptäcka och förebygga problem och risker i god tid, och inte om att försöka bedöma sannolikheter.

Tvärssektoriella studier kan vara intressanta där man kombinerar olika erfarenheter och tankemodeller för att pröva nya vägar. Det kan exempelvis gälla studier av suicidprevention där man kombinerar erfarenheter från psykiatri med riskhanteringsmodeller från säkerhetsforskning.

## 4.2 Utveckling och nytta

### En målinriktning

Patientsäkerhet ser vi som ett forsknings- och utvecklingsområde där det övergripande målet är att minska vårdskadorna på kort och lång sikt. Åtgärdsinriktade och vårdnära studier bör därför vara en väsentlig del. Det tar idag ofta lång tid innan goda förslag kommer till användning, och vi vill inte att det ska 10 år innan vi ser resultat.



Figur 1. Exempel på process för nyttiggörande av patientsäkerhetsforskning

Därför behövs en målinriktad strategi som går från val av forskningsområden till att resultat ska komma till nytta för att sedan utvärderas. Figur 1 indikerar hur forsknings- och utvecklingsprojekt kan sättas i ett sammanhang som stödjer en effektivare och snabbare process för att åstadkomma förbättringar. I dag saknas ett sammanhållet och väl fungerande system och ansvarstagande för att detta fungerar.

Ett viktigt komplement till den ”vanliga” projektstyrningen är de tre sista blocken med utvärdering, stöd till genomförande och studie av effekter. En del av detta finns idag, men kan bli mer omfattande och mer systematiskt.

I figuren ligger funktionen ”Erfarenhetsbank” inlagd, och den är tänkt att spegla en gemensam erfarenhet av försök att förbättra patientsäkerheten. I dag finns denna erfarenhet hos enskilda individer och organisationer. Det kan vara värdefullt med en mer samlad bild av sådant som fungerat bra och även av sådant som misslyckats eller varit problematiskt.



## **Målgrupper och intressenter**

Det finns många aktörer som har ett intresse för ökad patientsäkerhet, och som påverkar den på olika sätt. Förbättringar kan gå från samhällsnivå till konkreta åtgärder på generell och lokal nivå i vård (se avsnitt 4.3).

Vi vill här lyfta fram patienterna som målgrupp. De håller på att i ökande grad bli en viktig aktör för att välja och påverka sin egen vård. Patienternas engagemang kan bli en ännu viktigare faktor i säkerhetsarbetet. Det är angeläget att detta beaktas i större grad i studier och i utvärderingar.

## **Utbildning**

En förbättrad utbildning blir förmodligen en effekt av en mer omfattande forskning. Utbildningen är också en viktig kanal att föra nya rön och god praxis. Utbildningsfrågor är en central del av Patientsäkerhetsutredningen [9]. Där beskrivs utbildningsbehov för olika kategorier inom vården. Samma tema tas upp Socialstyrelsens förslag till nationell strategi. Riksrevisionen [12] påtalar i sin rapport 2015 att patientsäkerhetsfrågorna inte synliggörs i läkarprogrammet, och att det finns begränsade utbildningsinslag av patientsäkerhetsforskning i utbildningen.

Det är dock inte självklart vad som ska ingå i utbildningar i patientsäkerhet, och det kommer att finnas behov av olika slags kompetenser och utbildningar. I samverkan med forskning behöver kunskapsbehov kartläggas och kunskapsunderlag tas fram.

## **4.3 Nationell samverkan**

### **Många olika aktörer**

Inom vården finns många aktörer med olika roller och funktioner. Det finns många skilda intressen, behov och prioriteringar, vilka ibland står i konflikt med varandra. Aktörerna har dessutom skilda behov av kunskap och utveckling. Aktörerna kan delas upp i:

- Övergripande beslutsfattare
- Föreskrivande myndigheter
- Tillsynsmyndigheter
- Intresseorganisationer
- Beställare
- Vårdgivare
- Vårdpersonal
- Patienter

### **Funktioner och aktiviteter**

Det finns olika funktioner och uppdrag som är aktuella för att utveckla en god forskning och ett bättre säkerhetsarbete. Delar av detta finns redan i dag, men vi bedömer att det finns ett behov av en förstärkt nationell samverkan. Exempel på aktiviteter är att:

- Vara ett forum för debatt och kunskapssökande genom att problematisera och ifrågasätta
- Sammanställa befintlig kunskap från forskning, utredningar och praktiska erfarenheter
- Komplettera och fördjupa denna kunskap
- Sprida resultat och kunskaper
- Stötta och söka samarbeten med aktörer inom vården
- Verka för att goda erfarenheter och bra arbetssätt sprids och kommer till användning, vilket diskuteras i avsnitt 4.3

## **Koordination och kunskapsutvecklande**

Behovet av bättre samverkan tas upp i många utredningar, bland annat i Patientsäkerhetsutredningen och i Socialstyrelsens förslag till nationell strategi. Det behövs en organisation som ska vara:

- 1) Koordinerande och pådrivande
- 2) Kunskapsutvecklande och stödjande

Det första uppdraget berör ett stort antal aktörer med olika ansvarsområden. Detta blir ett omfattande och komplext uppdrag, vilket kräver noggranna överväganden och många inblandade intressenter.

Det andra uppdraget är att vara kunskapsutvecklande och stödjande, vilket är klart kopplat till diskussionerna i detta dokument om forskning och utveckling.

Ett exempel på detta är överenskommelsen mellan staten och SKL under perioden 2011-2014 som syftade till att stärka landstingens patientsäkerhetsarbete med ekonomiska incitament och hjälp till metodutveckling. Sammanlagt betalades över 2 miljarder ut med syftet att förbättra patientsäkerheten i svensk hälso- och sjukvård.

Nyligen etablerades ”Rådet för styrning med kunskap” [16], tänkt att vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det innehåller dock inga explicita åligganden om konkreta forskningsinsatser, eller resurser för detta. Rådet kan därmed inte förväntas ta över och hantera alla de frågeställningar och förslag vi väcker här.

## **Kunskapscentrum**

En slutsats är att det finns ett behov av organisation som är kunskapsutvecklande och stödjande, som vi här kallar Kunskapscentrum. Det blir en senare fråga att välja organisationsform och namn.

Ett nationellt centrum för patientsäkerhet har vid flera tillfällen diskuterats av forskare exempelvis i en debattartikel 2007 [17]. Ett argument var att det var orimligt att landets 21 landsting, regioner och 285 kommuner var och en skall driva säkerhetsfrågorna separat. Med ett nationellt kunskapscentrum som har ett explicit uppdrag att utveckla det säkerhetsrelaterade arbetet i vården skulle betydande samordningsvinster kunna göras.

I uppdraget skulle kunskapsutveckling och forskningsaktiviteter vara centrala delar av uppdraget. Man kan här också inkludera verksamheter med utredning och utveckling med lägre eller högre grad av vetenskaplighet. Exempel på aktiviteter är:

- Söka samarbetspartner inom och utom landet. En internationell samverkan är väsentlig på flera sätt. Detta tas upp i båda utredningarna
- Identifiera områden för forskning och utveckling
- Ta fram forskningsöversikter över vad som gjorts hittills
- Utveckla forskningsprogram
- Genomföra och stötta forskningsprogram
- Sammanställa och värdera genomförd och pågående forskning
- Skapa olika plattformar för resultatspridning och dialog

Grundläggande för att åstadkomma bra resultat är att etablera goda samarbeten med många aktörer. Målet är att alla parter ska ha nytta av verksamheten och anse att den behövs. Vi avser inte att kunskapscentrum ska ta över fungerande verksamheter. Till exempel finns några informella nätverk inom patientsäkerhetsområdet, som är beroende av enskilda individer. Sådana är viktiga, och ett centrum borde stötta existerande nätverk och även bidra till att nya skapas.

## Om verksamheten

En huvudpoäng med ett centrum är att det aktivt skulle bidra till att ny och gammal kunskap används och leder till reella resultat. Det gäller att redan existerande säkerhetskunskap och nya forskningsrön fortlöpande sammanställs och kommuniceras till relevanta aktörer.

Därför är det viktigt med goda resurser till stöd för tillämpning i praktisk verksamhet och i utbildning. För att ge gott genomslag och relevans, bör praktikrelaterad forskning ges prioritet, och en vision är att på så vis även ”vetenskap och beprövad erfarenhet” kan få ett större genomslag.

Ett exempel på en betydelsefull verksamhet är att genomföra fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdhändelser, vilket föreslagits i flera sammanhang och senast av Riksrevisionen [12]. Det skulle bli en slags haverikommission som skulle kunna svara på frågorna: *Vad hände? Varför hände det? Hur undviks att en liknande händelse inträffar igen?* Sådana fördjupade utredningar är vanliga i transportsektorn, och ett viktigt inslag i nollvisionen för trafiksäkerheten.

Nu görs utredningar av berörda vårdgivare själva, av tillsynsmyndigheter eller av andra. Det är inte troligt att dessa alltid har tillräckliga resurser och/eller kompetens för att göra en tillräckligt djup och oberoende utredning. Ett centrum skulle kunna ha den rollen och dessutom avdramatisera utredningen genom att i viss mån anonymisera den. En sammanställning av resultatet från flera djupstudier skulle vara värdefullt för att förstå hur bakomliggande orsaker påverkar risker och riskhanteringen.

## Organisationsstruktur

Det finns flera organisatoriska frågor som behöver beaktas vid utformningen av ett kunskapscentrum.

Patientsäkerhetsutredningen påpekade vikten av en självständig organisation, och vi delar den uppfattningen. Existerande aktörer har sina givna roller och representerar vissa intressen. Det behövs en oberoende kunskapsdriven aktör som bland annat har till uppgift att ifrågasätta och stimulera nytänkande.

Formerna för ett kunskapscentrum kan diskuteras, och det finns flera olika alternativ. Dessa har sina för- och nackdelar som behöver vägas mot varandra. Alternativ kan vara:

- Enhet inom ett universitet eller en högskola
- Enhet inom en myndighet med kopplingar till vården
- Enhet inom en annan organisation
- Stiftelse
- Förening eller förbund
- Självständig enhet i någon form under något departement
- Relativt löst sammanhållen organisation med representanter från olika aktörer. Detta skulle innebära att fokus läggs på funktioner och aktiviteter, men medför problem med uthållighet och ansvar.

Nationella kompetenscentra för patientsäkerhet finns i flera länder, t.ex. i Norge, Danmark, Storbritannien och USA [9]. Även i Sverige finns liknande ansatser med centrubildningar inom flera olika områden. Ett exempel är ”Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa”, som också är inriktat på skadeprevention och förebyggande av vårdskador. Detta har placerats vid Karolinska Institutet.

## **4.4 Ekonomiska överväganden**

En grundläggande fråga är vilka resurser som är rimliga att satsa på forskning och utveckling inom patientsäkerhet. Faktorer som bör vägas in i en sådan bedömning är:

- Det lidande som vårdskadorna och brister i patientsäkerheten orsakar idag
- De ekonomiska kostnaderna för vårdskadorna
- Vilka förbättringar som kan uppnås
- Vad som satsas idag
- Jämförelser med andra områden

Den första punkten är egentligen viktigast men svår att värdera. Det är en etisk och politisk aspekt som definitivt bör påverka beslutet.

I avsnitt 2.1 finns en skattning att vårdskadorna kostar enbart sjukvården minst 10 miljarder kronor årligen. Till detta kommer övriga kostnader för samhälle och för de skadade själva; siffror som idag till stor del är okända.

Det är okänt hur ett bra kunskapsunderlag skulle kunna leda till minskningar av vårdskadorna. Det skulle förstås variera mellan olika tillämpningar och vi kan bara göra antaganden. En förbättring med 1 % är inte orimlig. Det skulle innebära en besparing på 100 miljoner kronor per år enbart inom vården. På sikt vore en förbättring på 10 % inte omöjligt, vilket innebär 1 000 miljoner för vården årligen. Det ska observeras att betydligt bättre resultat än 10 % har nåtts både inom trafik och arbetsmiljö.

Kostnader och förbättringsmöjligheter är osäkra, och att få bättre grepp om detta skulle vara en viktig utmaning för hälsoekonomisk forskning.

Statens satsning på forskning om patientsäkerhet är inte särskild redovisad, men vi uppskattar den till några miljoner kronor årligen. Man kan jämföra med de 2 400 miljoner som staten betalade till landstingen och SKL för patientsäkerhetsaktiviteter under perioden 2011 - 2014. Den satsningen innebar att ett antal aktiviteter inom olika områden initierades. Det är viktigt att på ett systematiskt sätt utvärdera och vidareutveckla den kunskap som överenskommelsen genererade.

En annan jämförelse gäller trafiksäkerhet, där det finns forskning på cirka 150 miljoner kronor från offentliga medel, och mångdubbelt mer från den privata sektorn, till exempel bilindustrin. Det är troligt att denna forskning har gett goda resultat i ökad säkerhet. Antalet skadade och omkomna i trafik är avsevärt mindre än i vård.

### **Slutsats**

Vår slutsats är att samhällets ekonomiska stöd till forskning om patientsäkerhet är för litet. Enligt den skattning vi gjort ovan vore en satsning på 100 miljoner kronor årligen samhällsekonomiskt lönsamt. Vad som ska satsas är en politisk bedömning, men det förefaller rimligt med åtminstone 50 miljoner årligen på sikt.

## 5 Slutsatser och rekommendationer

Detta förslag tar upp ett antal argument för att patientsäkerhet ska tas upp som ett särskilt område i forskningspropositionen. Det är ett viktigt område som tidigare förbisetts och fått små anslag. Argumenten och slutsatserna summeras i ett antal punkter nedan. Det övergripande behovet är att staten tar ett ansvar för att det finns rimliga anslag för forskning om patientsäkerhet.

### Vårdskador

- 1) Antalet skadade och omkomna i vårdskador är stort. En bedömning från slutenvården är att minst 100 000 skadas årligen, och att i 1 400 fall har skadan bidragit till att patienten avled.
- 2) Kunskapen om kostnader för vårdskador är ofullständig, och enbart sjukvårdskostnaderna uppskattas till minst 10 miljarder kronor årligen.
- 3) En stor del av kunskapen om vårdskador baseras på studier av slutet somatisk vård.
- 4) Hela vårdsektorn måste beaktas, och i högre grad inkludera primärvård, psykiatri, rehabilitering, barnsjukvård, vård i kommunal regi med flera. Det gäller såväl kunskap om vårdskador som förbättringsarbete.

### Forskning

- 5) Omfattningen av forskning om och utveckling av om patientsäkerhet är liten, och den behöver bli avsevärt större än idag. Staten bör ta ett övergripande ansvar för omfattning, helhetssyn och en långsiktighet.
- 6) Vårt förslag är att minst 50 till 100 miljoner kronor årligen skulle satsas på forskning och utvecklingsinsatser för patientsäkerhet. Då har vi vägt in omfattningen av vårdskador och de kostnader dessa orsakar, och att forskning förväntas minska vårdskadorna. Det verkar också rimligt att jämföra med andra samhällssektorer.
- 7) Forskningen bör vara långsiktig, tvärvetenskaplig och systemorienterad.
- 8) Exempel har getts på en mängd forskningsteman och utvecklingsområden som är viktiga att studera.

### Användning och tillämpning

- 9) En generell målsättning för forskning bör vara att utveckla kunskap som är användbar för att förbättra patientsäkerheten. Förbättringar kan gå från samhällsnivå till konkreta åtgärder i vården på generell och lokal nivå. Patienternas engagemang kan bli en ännu viktigare säkerhetsfaktor.
- 10) Forskning förväntas få en viktig roll i de många utbildningsinsatser som behövs inom området.
- 11) En nollvision för vårdskador kan vara intressant. Ska den bli betydelsefull krävs en tydlig innebörd och en målmedveten satsning, som inkluderar kunskapsuppbyggnad, utbildning och andra insatser. Forskningen har här en viktig roll.

### Kunskapscentrum för patientsäkerhet

- 12) Den komplexa verkligheten i dagens vård gör det svårt för enskilda aktörer ha ett gott grepp om vad som behövs för en god patientsäkerhet.
- 13) I detta dokument finns en genomgång av aktiviteter och funktioner, som behövs för att utveckla kunskap om hur en hög patientsäkerhet nås. Det behövs en målinriktad strategi som går från valet av forskningsområden till att resultat används för att sedan utvärderas.
- 14) Vi föreslår därför att det bildas en organisation som är kunskapsutvecklande och pådrivande, vilken preliminärt kallas Kunskapscentrum för patientsäkerhet. Vi lägger här inget förslag hur detta ska formellt organiseras. Detta är i linje med Patientsäkerhetsutredningens förslag 2008 om ett nationellt patientsäkerhetscentrum, men med ett begränsat uppdrag.
- 15) Exempel på en uppgift för ett centrum kan vara att genomföra fördjupade utredningar av principiellt viktiga vårdskador och incidenter.

## 6 Referenser

- 1 Socialstyrelsen, 2008. *Vårdskador inom somatisk slutenvård.*
- 2 Soop M. m.fl., 2008. *Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika.* Läkartidningen nr 23, 2008 volym 105.
- 3 SKL (Sveriges kommuner och landsting), 2014. *Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet - Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014.*
- 4 SKL, 2015. *Skador i vården - Skadeområden, undvikbarhet samt förändringar över tid.*
- 5 Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), 2015. *Själv mord i Sverige.*
- 6 Socialstyrelsen, 2015. *Själv mord i anslutning till vård.*
- 7 SKL, 2014. *Patientsäkerhet lönar sig, kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013.*
- 8 Patientförsäkringen LÖF, 2015. *Skadeanmälningar till Patientförsäkringen LÖF 2014.*
- 9 Patientsäkerhetsutredningen, 2008. *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* Statens Offentliga Utredningar, SOU 2008:117.
- 10 Regeringens proposition 2009/10:210. *Patientsäkerhet och tillsyn.*
- 11 Socialstyrelsen, 2013. *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet.*
- 12 Riksrevisionen, 2015. *Patientsäkerhet - har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet?* RiR 2015:12
- 13 Kommissionen för jämlik vård, 2015. *Ojämlig vård – ett hot mot vår sjukvård.*
- 14 Runciman, W et al., 2009. *Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.* International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 1: pp. 18–26
- 15 Ödegård S. (redaktör) 2014. *Patientsäkerhet - Teori och praktik.* Liber AB, Stockholm.
- 16 Socialdepartementet, 2015. *Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- 17 Ödegård S. m.fl., 2007. *Inrätta ett nationellt centrum för patientsäkerhet.* Göteborgsposten, 2007-01-14.