

Vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete

Vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete

Förord

Förutsättningarna för att arbeta aktivt med medverkan och delaktighet varierar. Metoder och verktyg som föreslås i vägledningen har i huvudsak sitt ursprung i regional hälso- och sjukvård och kan anpassas efter olika vårdverksamheter. Vår förhoppning är att ni som avser att öka graden av patient- och närståendeengagemang också funderar över syfte, resurser och förutsättningarna generellt. Det kan handla om personcentrering, en öppen och inkluderande kultur eller att säkerställa en god arbetsmiljö för de medarbetare som är närmast patienterna inom våra regioner och kommuner. Att på riktigt öppna för att låta patienter och närstående medverka till att vården blir säkrare kräver mod och att våga prova.

Ta tag och använd vägledningen för att bygga vidare. Det är i vården det händer.

Nationell arbetsgrupp för patienters och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbete:

- Lillemor Sjöberg (ordförande), chefsjuksköterska, Sydöstra sjukvårdsregionen
- Tomas Edman, koordinator Experio lab, Sjukvårdsregion Mellansverige
- Annika Hässler, patientrepresentant, läkare, Funktionsrätt Stockholms län
- Carolina Israelsson, verksamhetsutvecklare, fysioterapeut, Sjukvårdsregion Mellansverige
- Anna Kullberg, vårdutvecklare, sjuksköterska, Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
- David Lidin, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), Stockholms stad
- Lisa Lundberg, patientsäkerhetsstrateg, sjuksköterska, Sjukvårdsregion Mellansverige
- Katrin Modig-Pallin, regionutvecklare, arbetsterapeut, Västra sjukvårdsregionen
- Sofie Tängman, verksamhetsutvecklare, fysioterapeut, Norra sjukvårdsregionen

Stockholm, 2024

Sammanfattning

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, *Agera för säker vård*, lyfts patient- och närståendemedverkan fram som en grundläggande förutsättning för en säker hälso- och sjukvård. Vägledningen togs därför fram och syftar till att utgöra ett stöd till alla som engagerar sig för ökad patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet och är tänkt att fungera som en introduktion till, och översikt av, lämpliga metoder och arbetsätt.

Att stärka individens egna förutsättningar och kompetens att hantera sin hälsa, liksom att tillvarata dennes kunskap om hur det är att vara patient eller närstående i vården erbjuder stora möjligheter och resurser för vårdgivare att bedriva och utveckla värdeskapande och patientsäker vård.

Vägledningen bygger på en kartläggning som genomfördes för att inventera förekommande arbetssätt och initiativ, både nationellt och internationellt.

Kartläggningen resulterade i en sammanställning av metoder och verktyg. De delas upp i tre organisatoriska nivåer: individnivå, verksamhetsnivå och organisationsnivå. Varje metod eller verktyg beskrivs och i flera fall har arbetsgruppen, baserat på kartläggningens resultat och goda exempel från klinisk verksamhet, givit förslag på utvecklingsmöjligheter för att ytterligare stärka möjligheterna till patienters och närståendes medskapande. Även om flera metoder och verktyg kommer från regional verksamhet kan de användas som inspiration för det lokala arbetet – oavsett vilken sorts verksamhet eller huvudman det gäller. Alla föreslagna metoder ska också kunna anpassas till olika patient- och närståendegrupper.

Slutsatsen av vägledningen är att arbetssätt, verktyg och metoder för att arbeta med patient- och närståendemedverkan finns, men att de inte används i så stor utsträckning som är möjligt, eller att de inte används fullt ut på så sätt att medskapande sker.

Innehållsförteckning

Vägledning för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete	2
Förord	2
Sammanfattning	2
1. Inledning.....	5
1.1 Syfte.....	5
1.2 Uppdrag.....	5
1.3 Avgränsningar och definitioner.....	5
2. Bakgrund	6
2.1 Introduktion	6
2.2 Patienters och närståendes resurser – den stora möjligheten för en säker vård.....	6
2.3 Barriärer, hinder och möjliggörare för patient- och närståendemedverkan	8
3. Metoder	10
3.1 Kartläggning	10
3.2 Sammanställning och analys	11
4. Presentation av rekommenderade arbetssätt och metoder	13
4.1 Övergripande arbetssätt och metoder för patienter och närstående som medskapare	13
4.2 Specifika arbetssätt och metoder för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete	14
5. Slutsatser och lärdomar.....	23
Referenser	25

1. Inledning

1.1 Syfte

Vägledningen syftar till att utgöra ett stöd till alla som engagerar sig för ökad patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet. Vägledningen ska kunna fungera som en introduktion till och en översikt av lämpliga metoder och arbetsätt.

Exempel på målgrupper som kan vara särskild berörda:

- Vård-, omsorgs-, hälso- och sjukvårdspersonal i kommuner, regioner, tandvård, berörda myndigheter, samt privata vårdgivare
- Patienter och närstående
- Personer i lednings- och styrningsfunktion inklusive ansvariga för strategiskt och operativt patientsäkerhetsarbete.
- Nationella arbetsgrupper inom systemet för kunskapsstyrning
- Patient- och närståendeföreningar och brukarorganisationer

1.2 Uppdrag

Vägledningen är framtagen av nationell arbetsgrupp för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete, inom systemet för kunskapsstyrning, på uppdrag av nationell samverkansgrupp (NSG) Patientsäkerhet. Bedömningen var att metoder och stöd behövde utvecklas för att skapa förutsättningar för patienter och närstående att vara medskapare såväl i den egna vården, på alla nivåer, och aktivt bidra till en säkrare vård. I uppdraget låg bland annat att: inventera nationellt och internationellt förekommande arbetsätt, metoder och verktyg för att fånga patienters och närståendes erfarenhet av vården med avseende på patientsäkerhet samt patienters och närståendes delaktighet i arbetet med patientsäkerhet, både vad avser utformning av vårdens processer och arbetsätt, och i medskapande av vården för den enskilde patienten.

1.3 Avgränsningar och definitioner

Arbetsgruppens uppdrag har varit begränsat till att inventera och rekommendera förekommande verktyg och metoder för ökad patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet. Arbetsgruppen har utgått från patientsäkerhetslagens definition om patientsäkerhet som ”skydd mot vårdskada” och har således exkluderat verktyg och metoder vars troliga effekter inte primärt handlar om patientsäkerhet. Det finns betydligt fler metoder och verktyg som handlar om personcentrering och delaktighet generellt som inte behandlas och beskrivs här.

Inom vårdverksamheter som verkar under hälso- och sjukvårdslagen används begreppet patient och därför används det begreppet konsekvent i föreliggande vägledning.

I arbetsgruppens uppdrag benämns patienten som ”medskapare”, utifrån den formulering som används i handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Vi har därför valt att använda det begreppet.

2. Bakgrund

2.1 Introduktion

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård, lyfts patient- och närståendemedverkan fram som en grundläggande förutsättning för en säker hälso- och sjukvård (1). Även världshälsoorganisationen, WHO, beskriver i den globala handlingsplanen för en säker vård (2) patienters och närståendes engagemang och delaktighet som essentiell. WHO förordar patient- och närståendemedverkan på samtliga organisatoriska nivåer, från policyarbete och planering till verksamhetsstyrning och enskilda vårdmöten. Det finns flera utmaningar för myndigheter och vårdgivare att gå från ord till handling. Beskrivningar av nödvändiga förutsättningar för patient- och närståendemedverka liksom kunskaper om konkreta metoder applicerbara på olika organisatoriska nivåer, kan bidra till ökat engagemang i patientsäkerhetsarbetet.

Inom svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning finns en tydlig ambition att stärka patientens ställning och ge ett lagligt stöd för integritet, självbestämmande och delaktighet. Socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985 :125), patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821) och lagen om egenvård (2022:1250) betonar alla vikten av delaktighet (3).

2.2 Patienters och närståendes resurser – den stora möjligheten för en säker vård

Att hålla sig frisk, att undvika sjukdom och att finnas till för närstående som drabbats av ohälsa är en del av livet. Alla har egna förutsättningar, kompetenser och resurser som investeras i egna och andras hälsa. Vi har idag tillgång till stora mängder information om hälsa, sjukdomar och behandlingar. Samtidigt ökar förståelsen för att patienter, som har unik erfarenhetsbaserad kunskap om sin kropp och effekter av behandlingar, är viktiga medskapare i sin hälsa och i sin vård. Ibland räcker det inte till och patienter och närstående behöver vårdens tjänster och expertis som stöd.

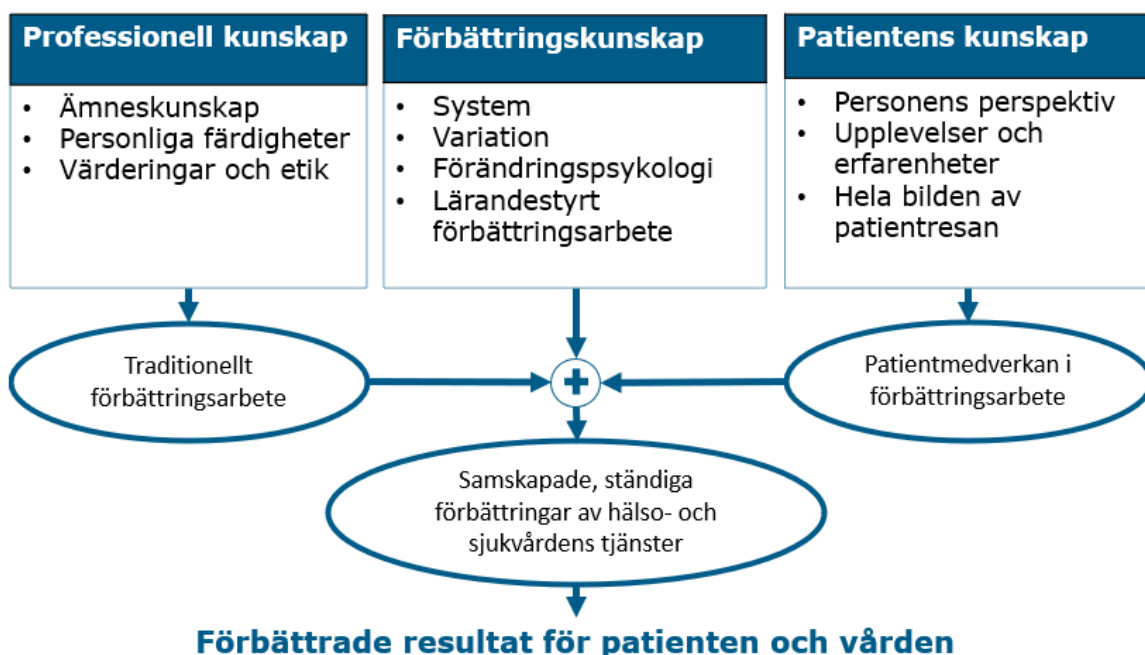
Att stärka individens egna förutsättningar och kompetens att hantera sin hälsa, liksom att ta till vara dennes kunskap om hur det är att vara patient eller närstående i vården erbjuder stora möjligheter och resurser för vårdgivare att bedriva och utveckla värdeskapande och patientsäker vård. Ibland uttrycks denna möjlighet som att förändra perspektivet på patient och närstående från passiva mottagare till aktiva parter i skapandet av vård och hälso- och sjukvårdstjänster. Patienters och närståendes kunskap och erfarenheter är en resurs som inte tas till vara i tillräckligt stor utsträckning inom hälso- och sjukvården (4).

Det finns stor potential i att ge patienter bättre verktyg och stöd för att ta ett större ansvar för sin hälsa utifrån sina individuella förutsättningar, men också utmaningar i att det skall utföras på ett patientsäkert sätt. Bara patienter och närstående vet hur vården upplevs ur användarens perspektiv,

och de har ofta unika erfarenheter av hur olika delar av vård- och omsorgssystemet interagerar med varandra och har bäst överblick över hela vårdkedjan. De individer som kan och vill delta i den egna vården och i vårdens utvecklingsarbete utgör en unik resurs för att skapa hälsa och en patientsäker hälso- och sjukvård (5).

Historiskt har vården utvecklats av vårdpersonalen utifrån deras professionella kompetens och vad de tror är bra för patienten. Under 1990-talet började hälso- och sjukvården inspireras av tillverkningsindustrin som länge arbetat med kvalitetsarbete. Det räckte inte med professionens kunskap för att förbättra hälso- och sjukvården, utan det behövde kombineras med förbättringskunskap. Under 1990-talet tog Batalden och Stoltz fram en modell där professionens kunskap, tillsammans med förbättringskunskap, ger förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård (6). På senare tid har patientens perspektiv lagts till och kompletterat den ursprungliga modellen (Figur 1) (7). Patientens unika expertkunskap gällande erfarenheter av vård, utgör viktig information i utveckling och förbättring av hälso- och sjukvården.

De tre kunskapsdomänerna bildar en helhet



Figur 1. Schematisk beskrivning av hur olika perspektiv kan bidra till att förbättra vården (6, 7).

2.3 Barriärer, hinder och möjliggörare för patient- och närståendemedverkan

Det finns en rad farhågor och hinder, men också möjliggörande faktorer, hos såväl medarbetare i hälso- och sjukvård som hos patienter och närstående som behöver förstås och beaktas för att nå framgång när det gäller engagemang i patientsäkerhetsarbetet.

Några exempel ur vårdgivares perspektiv är att patienten kan ha uppfattningar som leder i annan riktning (än vad vården tänkt sig) eller sakna kunskap för att kunna bidra på ett adekvat sätt (8). Patientens förtroende för vården kan påverkas av resonemang kring oönskade händelser som uppstår eller kan uppstå. Att prata om vårdskador och risk för vårdskador kan oroa patienter, snarare än att bidra till ett öppet samtal. Det kan också finnas farhågor för orimliga önskemål från patienter eller närstående, samt förvirring kring ansvar och roller. Hos medarbetare i patientnära vårdverksamhet upplevs ofta att det tar tid att aktivt arbeta med delaktighet och medverkan, tid som saknas.

När det gäller patienters eller närståendes perspektiv beskrivs farhågor som oro för att betraktas som besvärlig och att vården ska påverkas negativt eller att vårdens expertis motsäger patientens och närståendes tankar. Det kan också handla om farhågor att för mycket ansvar läggs på enskild patient och närstående, att sakna tillräcklig kunskap och förmåga för att vara jämställd partner i ett team eller att synpunkter och tankar som förs fram inte tas emot eller enbart blir symboliskt för att i slutändan inte beaktas (8-10).

Viktiga faktorer som bidrar till att möjliggöra medskapande för en säker vård beskrivs som tillitsfulla relationer mellan patienter och närstående och vårdande personal, utvecklande av personcentrerat förhållningssätt, utbyte av kunskap och stärkt organisation avseende resurser och stöd med fokus på säker vård (9).

I kommunikation med patienter och närstående avseende risker och tillbud i vården är det av stor vikt hur beroenderelationen till vården förstås och hanteras. Patienten befinner sig vanligen i ett trefaldigt underläge, institutionellt (på grund av vårdorganisationens hierarki), kognitivt (kunskapsunderläge) och existentiellt (sviktande hälsa) (11). Utbildning och kontinuerlig fortbildning inom området för alla vårdens medarbetare kan bidra till ökad medvetenhet.

2.3.1 Patienters uppfattning av patientsäkerhet som begrepp

Studier har påvisat skillnader mellan patienters och hälso- och sjukvårdens definition och förståelse för patientsäkerhet som begrepp. Patienternas perspektiv bottenar i hög grad i hur vården ingjuter trygghet. Vårdpersonalens förmåga att förmedla känslomässig och psykologisk trygghet, hur vården visar att de har kunskap med protokoll och planer som finns synliga på plats, är engagerade och lyhörda leder till upplevelse av säkerhet. Närstående betonas som viktiga i rollen som stöd i relationen med vården och företrädare för patienten. Andra faktorer som bidrar till säker vård är hur vårdens personal bjuder in till samverkan samt involverar patient och närstående i planering av den

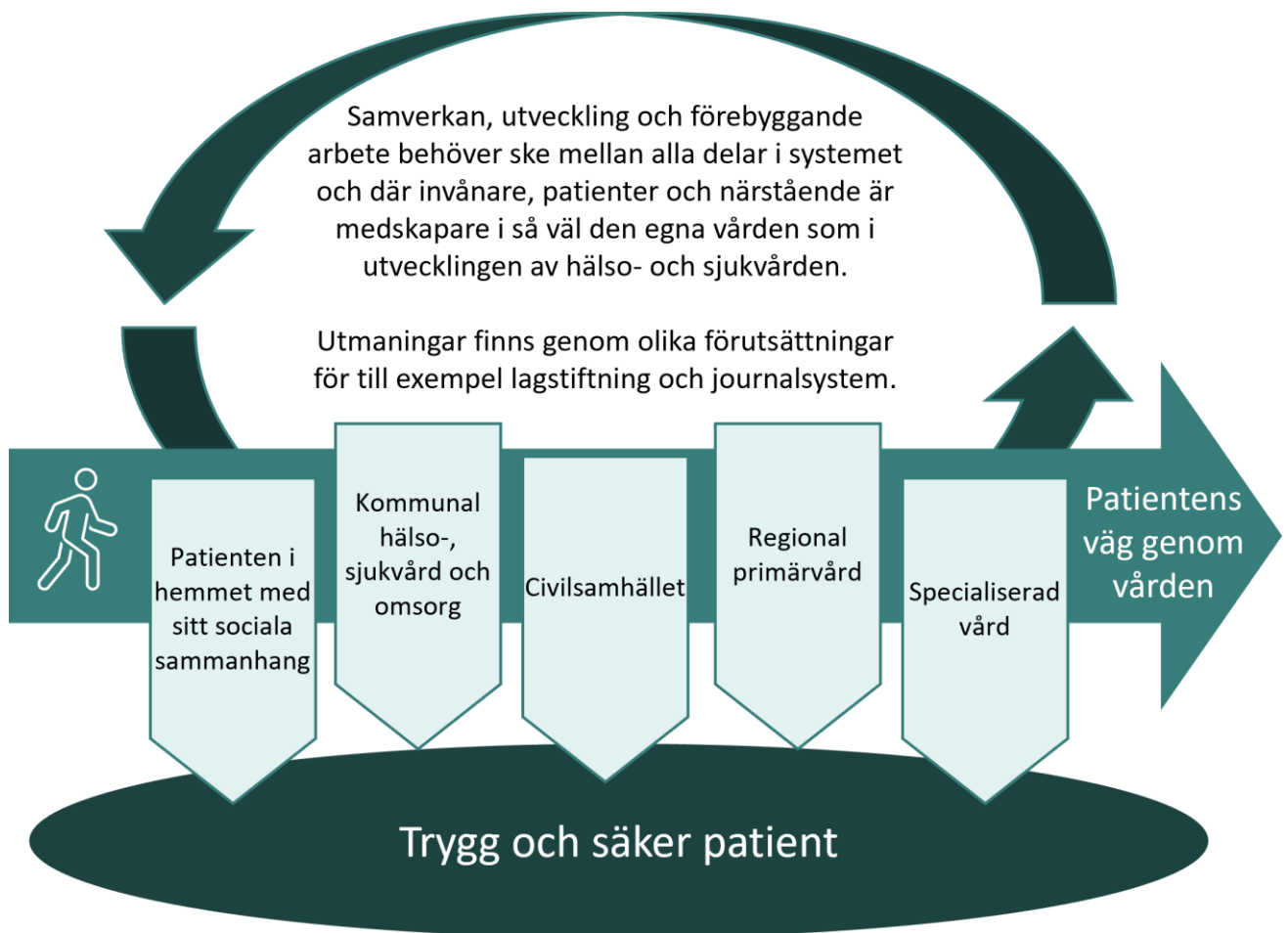
egna vården. För att patient och närstående själva ska kunna identifiera och förmedla risker behövs ökad kunskap hos patienter, närstående och medarbetare (12, 13).

2.3.2 Organisatoriska förutsättningar

Hälsa- och sjukvård bedrivs inom regioner, kommuner och i privat regi vilka alla har ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Förutsättningarna, i form av tillgång till kunskap och kompetens samt möjlighet till kontinuerligt teamarbete, ser olika ut. Hänsynstagande till lagar som reglerar aspekter som hantering av sekretess mellan huvudmän, hantering av informationsöverföring med skyddande av individers självbestämmande och integritet som utgångspunkt är också en viktig bidragande faktor till hur patientsäkerhetsarbete kan förstås och bedrivas genom patientens vårdkedja som helhet (Hälsa- och sjukvårdslagen 1982:763, Socialtjänstlagen 2002:453, Lagen om sammanhållna vård- och omsorgsdokumentation 2022:913) (3).

I en rapport från Riksrevisionen 2023 avseende vård och omsorg av äldre konstaterades brister när det gäller att identifiera risker och faktiska allvarliga händelser samt vid utredning och analys av bakomliggande orsaker (14). Bristande analys ger mindre effektiva åtgärdsförslag och målsättning att förhindra upprepning uppnås inte. Kritik fördes också fram avseende bristande involvering av patient och närstående för ökad förståelse kring det som hänt eller riskerat att hända. Revisionen lyfter också att det idag saknas ett obligatorium för verksamheter som bedriver vård och omsorg av äldre att informera patienter och närstående vid inträffad vårdskada.

Regiondriven verksamhet har en längre tradition av att arbeta med patientsäkerhet, men även här finns ett stort behov av att ytterligare stärka arbetet för att förhindra vårdskador. Det gemensamma perspektivet med bibehållen säkerhet vid överlämning mellan huvudmän ställer krav på involverade parter att utgå från patientens behov och perspektiv. Att ge patienter och närstående möjlighet att ingå i det gemensamma patientsäkerhetsarbetet är en viktig framgångsfaktor. Återigen, även i övergången mellan olika huvudmän är patienter och närstående de som har överblick och intresse av säkra processer, och förmågor att ta tillvara (Figur 2).



Figur 2. En tänkt patients väg genom vården och hur samverkan ihop med patient behöver ske för att hen ska vara en trygg och säker person genom alla processer. Figuren är framtagen av författarna till vägledningen.

3. Metoder

3.1 Kartläggning

Arbetsgruppen har använt flera olika metoder för att inventera förekommande arbetssätt och initiativ, både nationellt och internationellt. För att kartlägga arbetssätt som nu används i Sverige skickades följande fråga till samtliga regionala samverkansgrupper för patientsäkerhet (RSG PS) i Sverige:

Hur arbetar ni med patienters och närståendes delaktighet i patientsäkerhetsarbetet?

De olika RSG skickade frågan vidare till vårdgivarna inom respektive region och återförde svaren till arbetsgruppen. Av 21 tillfrågade regioner svarade 13. Några enstaka kommuner och privata

vårdgivare bidrog också till kartläggningen. Samma fråga ställdes även till representanter för 46 patientorganisationer inom Funktionsrätt Stockholms län.

Vid den Nationella patientsäkerhetsdagen den 12/9 2023 ställdes följande Menti-fråga till de drygt 400 deltagarna:

För att patienter och närstående ska kunna vara medskapare i patientsäkerhetsarbetet - vad krävs i praktiken?

Frågan genererade drygt 100 svar från deltagarna, vilka tillsammans representerade vårdgivare, myndigheter och patientföreningar. Svaren har kategoriserats och använts i arbetet med vägledningen och bidragit till förståelsen för förutsättningarna för patient- och närståendemedverkan.

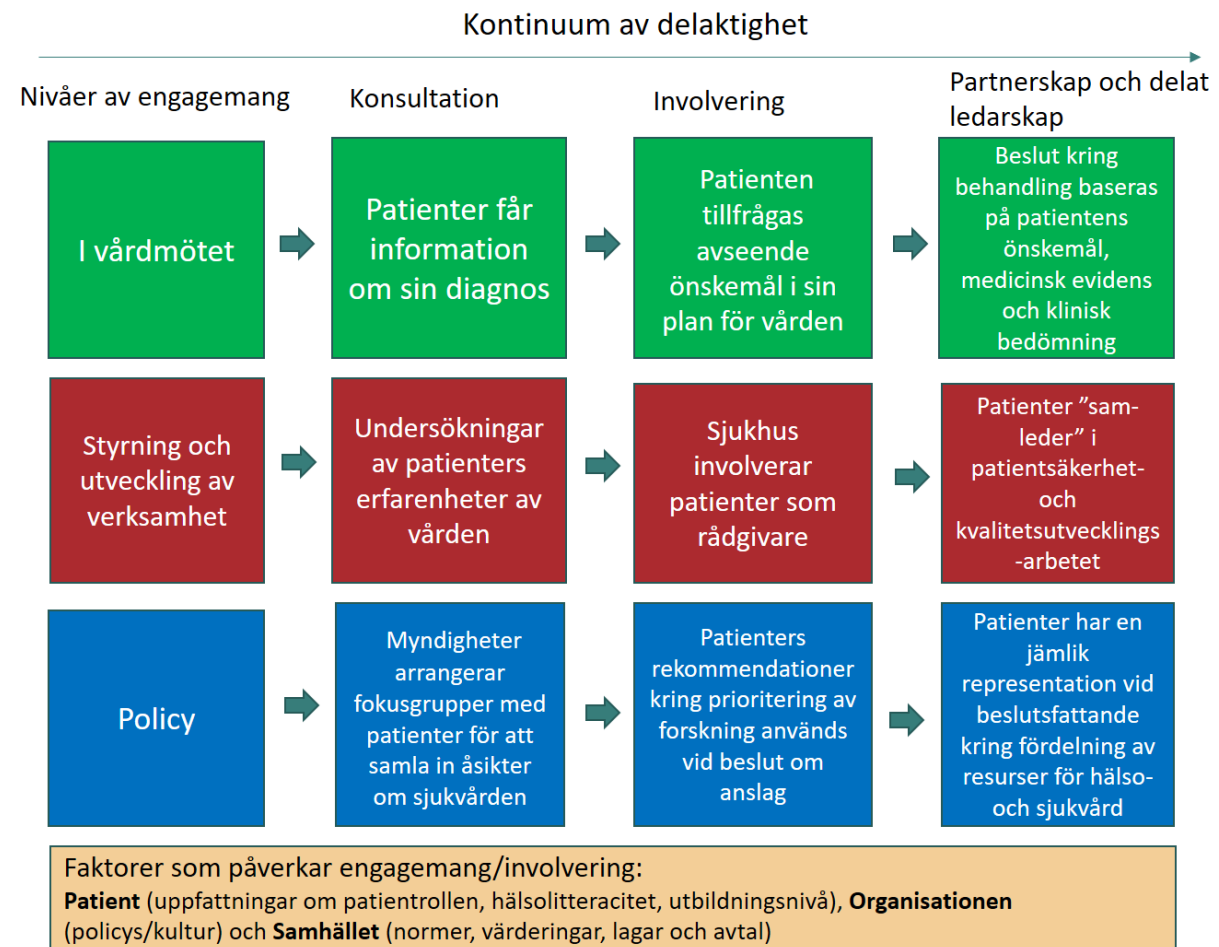
För att inventera internationellt förekommande metoder genomfördes dels två övergripande litteraturgenomgångar av översikter av interventionsstudier på området under hösten 2021 och 2022, och dels genomfördes fria sökningar på internationella vårdgivares och institutioners hemsidor. Litteratursökningarna genomfördes i databaserna PubMed och Web of Science med relevanta sökord. Syftet var dels att bidra till kartläggningen av arbetssätt/interventioner, och dels att få en uppfattning kring evidensläget för de olika arbetssätten. Sammanlagt inkluderades 14 litteraturöversikter i granskningen. En metod, Patient safety partner, som inte förekom i den svenska kartläggningen, hittades i den internationella genomgången.

Under 2022 och 2023 arrangerades workshops och intervjuer i Region Västerbotten med patient- och närståenderepresentanter för att beskriva erfarenheter av vården med avseende på patientsäkerhet. Informationen som framkom under workshops har beaktats i arbetet med vägledningen och förstärkt resultat och bakgrund.

Även personliga nationella och internationella nätverk bland arbetsgruppens medlemmar har använts för att identifiera arbetssätt.

3.2 Sammanställning och analys

Av samtliga metoder och arbetssätt som samlades in vid kartläggningen sorterades några bort då de föll utanför uppdragets ramar. Oftast på grund av alltför svag koppling till patientsäkerhet. Arbetsgruppen har sammanställt och kategoriserat verktygen som kartläggningen resulterade i utifrån Carmans modell för patientmedverkan (Figur 3) (15). En kort beskrivning av olika metoderna och arbetssätten har gjorts, samt i vissa fall föreslagit möjligheter till utveckling av desamma för ökad nivå av delaktighet.



Figur 3. Modell för hur delaktighet kan fördjupas och äga rum på olika organisatoriska nivåer. Bilden är fritt översatt av arbetsgruppen från originalpublikationen.

Carmans modell visar hur delaktighet och involvering kan ske på olika nivåer, både organisatoriskt från individ, till verksamhet vidare till policy, och från lägre till högre grad av delaktighet (15). Det behöver ske patientnära, på styrning- och ledningsnivå i utformande och planering av den vård som skall utföras samt på den policynivå som skapar förutsättningarna för en säker vård. Modellen bidrar till ökad förståelse för att delaktighet och involvering kan fördjupas och genom en rörelse från information och passivt mottagande till ett relationellt partnerskap.

Modellen beskriver också, för att nå ett fördjupat samarbete och ökad delaktighet, behovet av att se och förstå och adressera de bakomliggande hindren av kultur och normer som kan stå i vägen för ökad patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet.

4. Presentation av rekommenderade arbetssätt och metoder

4.1 Övergripande arbetssätt och metoder för patienter och närstående som medskapare

Utifrån kartläggningen har ett antal generella metoder och principer för att involvera patienter och närstående identifierats. De kan användas som inspiration för arbete och anpassas helt efter det lokala sammanhanget. Alla föreslagna metoder kan anpassas till olika patient- och närståendegrupper, exempelvis till barn och vårdnadshavare, liksom till kommunal- och primärvård.

Allt som beskrivs i nedanstående avsnitt kan ses som goda exempel för att främja en rörelse mot mer delaktighet och ökad patient- och närståendemedverkan.

För att få goda resultat av patient- och närståendemedverkan krävs förankring och förberedelse i verksamheten. Ledningens stöd och intresse är avgörande, liksom ett aktivt arbete med en inkluderande kultur och ett personcentrerat förhållningssätt.

Det finns olika former av publicerade stödmaterial kring patientmedverkan, delaktighet och personcentrering för arbete inom hälso- och sjukvården. Inom det Nationella systemet för kunskapsstyrning finns till exempel framtaget utbildningsmaterial, en rutin för patient-, brukar- och närståendemedverkan och en blankett för överenskommelse (16). På Socialstyrelsens kunskapsguide finns information och utbildningar kring delaktighet (17). Den svenska, och europeiska, standarden för Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård ger stöd i införandet av, arbete med och forskning kring personcentrerad vård (18).

För att arbeta med patient- och närståendemedverkan även när kommunikationssvårigheter av olika slag föreligger, finns stödmaterial. Till exempel Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK (19), liksom kommunikationsstödet Dart (20). Stöden kan också användas som ett komplement vid dialog med barn.

4.1.1 Att tänka på inför engagemang av patienter och närstående

- Vad är syftet med att engagera patient och/eller närstående? I vilken funktion (t ex representant för patientgrupp eller närståendeperspektivet, person drabbad av vårdskada eller patient med specifik erfarenhet/kunskap) deltar patient eller närstående?
- Hur förbereds verksamheten? Behov av utbildning?
- Hur skall upplägget se ut? Var, när och på vilket sätt i processen? Reflektioner kring tidsåtgång och mötesformer?
- Vilken erfarenhet behövs? Hur många personer?
- Krävs förberedelser för patient och närstående? Till exempel samtal, information eller utbildning för patientföreträdare.
- Behöver sekretessavtal övervägas? På vilket sätt hanteras ersättning till deltagare?

- Vilka arbetssätt och metoder behöver användas?
- På vilket sätt kan eller bör det som framkommer påverka inriktningen för förbättringsarbetet?
- Ta kontakt med deltagarna och stäm av inför arbetet.

4.1.2 Att tänka på under arbetet

- Vilken form av introduktion behövs när arbetet startar?
- Vilket stöd kan patient och närstående tänkas behöva under uppdraget?
- Hur säkerställer verksamheten patienters och närståendes perspektiv genom arbetet? Blir alla hörda på lika villkor?

4.1.3 Att tänka på efter genomfört arbete

- Hur följer verksamheten upp och återkopplar till patienter och närstående?
- Hur involveras patient och närstående i utvärdering?

4.1.4 Patient- och närståendemedverkan i utbildning för hälso-, sjukvårds- och omsorgspersonal

Om patientmedverkan finns i utbildning skapas en ökad förståelse för personens perspektiv kring hur en säker vård kan medskapas och upprätthållas. Detta gäller för såväl grund- som specialistutbildning, vid introduktion av nya medarbetare samt återkommande i fortbildning.

Exempel på metoder som kan användas:

- Lärmiljöer som till exempel Esther SimLab (21) är ett arbetssätt för att skapa lärande och nya perspektiv genom praktisk träning tillsammans med patient eller närstående.
- Personer med egen erfarenhet av hälso- och sjukvård och omsorg bjuds in för att möta studenter vid grundutbildning.
- Patientpanel som en del i ledarskapsutbildning. Panelen kan fungera som stöd och hjälp till deltagarna att till exempel värdera och justera förslag på aktiviteter eller förbättringar.
- Temadagar och utbildningar där patienter och närstående involverats i såväl planering, innehåll samt genomförande.

4.2 Specifika arbetssätt och metoder för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbete

Arbetssätt och metoder delas upp i tre organisatoriska nivåer:

- Individnivå
- Verksamhetsnivå
- Organisationsnivå

Avsnittet utgörs av en lista på förekommande arbetssätt och metoder för patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet. Ofta saknas gedigen forskning kring och systematisk utvärdering av metoderna, men många är väl använda och etablerade i hälso- och

sjukvården. Utvecklingsförslagen som ges är huvudsakligen framtagna av arbetsgruppen utifrån kartläggningen och kända goda exempel.

4.2.1 Arbetssätt och metoder på individnivå

4.2.1.1 Din säkerhet på sjukhus

Din säkerhet på sjukhus är ett informationsmaterial på 1177.se publicerat av Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen, baserat på Guy's och St Thomas NHS Foundation Trust och Region Skånes material (22).

Kortfattat beskrivs vikten av patientens medverkan i patientsäkerhetsarbetet, genom att visa på åtta olika områden där patienten själv kan agera för att undvika vårdskada. På Västra Götalands 1177-sida finns också en film som ett komplement till den skriftliga informationen. Vidare finns också materialet översatt till en rad olika språk. Det har även anpassats för psykiatri, barn- och ungdomssjukvård.

Materialet förutsätter ett personcentrerat arbetssätt för ökad patientsäkerhet där medarbetare introducerar informationsmaterialet till patienterna och diskuterar dess innehåll.

4.2.1.2 Gröna korset

Gröna korset är en enkel visuell metod för att i vården identifiera risker, tillbud och skador i realtid. Det fungerar som underlag för förbättringsarbeten med syfte att öka patientsäkerheten och stärka patientsäkerhetskulturen. Metoden kommer ursprungligen från industrin som ett sätt att identifiera arbetsplatsrisker och olyckor. Medarbetare vid Södra Älvsborgs sjukhus i Västra Götalandsregionen anpassade metoden 2011 till att användas inom vården. I metodiken ingår att vid inträffad vårdskada eller risk involvera berörd patient för att be om ursäkt och bjuda in till dialog kring förbättringsförslag för att minska risken att liknande händelser upprepas (23).

Metodiken är nationellt spridd och vid en översyn återfinns information om metoden hos de flesta av landets regioner. Den har fått mest spridning som ett verktyg inom specialiserad vård.

Gröna korset har vidareutvecklats och anpassats inom olika enskilda verksamheter. Ett exempel där patientens och närståendes delaktighet blir tydlig är där den dagliga genomgången genomförs i samverkan mellan vårdteamet och de enskilda patienterna. Riskområden lyfts, bedömning av risk genomförs (exempelvis avseende fall, trycksår, undernäring) och åtgärder beslutas, verkställs samt utvärderas fortlöpande. Dokumentation sker i såväl patients journal som till exempel på whiteboardtavla i vådrummet för att visualisera bedömningar och åtgärder och skapa grund för delaktighet.

Utvecklingsförslag:

För att ytterligare utveckla Gröna korset till att i högre grad involvera patienters och närståendes perspektiv på risker och tillbud finns behov av nationell samordning av erfarenheter av arbete med metoden. Utvecklingsarbetet bör ske i samverkan med patient - och närstående.

4.2.1.3 Delaktighet i riskbedömningar

För att minska risken för vårdskador används olika typer av riskbedömningar av vårdpersonal. Patienter riskbedöms ofta för exempelvis trycksår, fall, vårdrelaterade infektioner, urinretention, och undernäring. Riskbedömningar ska fungera som hjälpmedel för att tidigt identifiera patienter med ökad risk för vårdskada och underlätta bedömningen av vilka förebyggande åtgärder som bör sättas in. Dock saknas ofta systematisk återkoppling till patienten kring resultaten av riskbedömningarna där vissa av riskbedömningsinstrument inte ens kräver kontakt med patienten.

Utvecklingsförslag:

Att involvera patienterna i riskbedömningar och förslag till åtgärder kan ytterligare minska riskerna för vårdskador och bidra till ökad delaktighet i vården. Genom att kartlägga vilka riskbedömningsverktyg och undersöka hur de kan utvecklas kan delaktighet och medverkan främjas.

4.2.1.4 Strategier för säkerhetsnät av information – så kallad "Safety netting" eller Trygghetsråd

Safety netting är ett internationellt vedertaget begrepp för att skapa ett säkerhetsnät av information runt patienten för att förhindra försenad diagnostik eller att patienten kommer till fel vårdnivå vid eventuell försämring (24, 25).

Safety netting innebär bland annat att vårdpersonal informerar om det förväntade förloppet och kommer överens med patienten, närstående eller berörd omsorgspersonal om tecken och symtom att vara uppmärksam på. Patienter och närstående upplyses även i vilka situationer vård ska uppsökas och om möjligt på vilken vårdnivå. Informationen bör helst ges skriftligt eller med hjälp av "teach-back" för att öka möjligheten att patienten sen minns informationen. Implementering av strategier för Safety-netting kan bestå av utbildning till vårdpersonal och informationsmaterial riktat till patienter. För att ytterligare öka patienters delaktighet och möjlighet att agera i enlighet med råden bör dessa dokumenteras i patienten journal på lättförståelig svenska, gärna under termer som "plan", "förväntat förlopp" eller "kontakta vården om". Vården bör även eftersträva korta utskrifttider eftersom journalen numer inte bara är ett verktyg för vården utan också för patienterna. Värdet av att kunna läsa sin journal minskar om det tar flera veckor innan anteckningen är skriven. Safety-netting som metod stämmer väl överens med intentionerna för dokumenterad överenskommelse, vilket syftar till att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan med patientens perspektiv som utgångspunkt (26).

4.2.1.5 Personcentrerad planering och kommunikation

Bedömning, planering och beslut sker ofta i vården utan att patienten medverkar. Det gäller till exempel vid ronder, teamkonferenser eller vid överrapportering mellan skift eller mellan vårdgivare. Patient, närstående eller berörd omsorgspersonal får ofta information först efter att planering är gjord. Vid en personcentrerad rond, vårdplanering, eller rapportering bjuds patienten in, utefter förmåga, i teamet för delat beslutsfattande. Det ökar patientens inflytande över sin egen vård och behandling och ger patient och övriga berörda information kring vad som planeras och varför. Det ökar patientsäkerheten genom att alla parter hör samma information vid samma tillfälle och följsamhet och delaktighet i behandling kan öka.

Utvecklingsförslag:

Vårdenheter som utför ronder och överrapporteringar kan se över arbetssätt för ökad patientmedverkan. Det finns exempelvis standardprotokoll för bedsiderapport (27) och beskrivning av procedurer vid personcentrerad rond (28).

4.2.1.6 Patientsäkerhet i realtid

Patientsäkerhet i realtid (PiR) är en metod som kombinerar markörbaserad journalgranskning med intervjuer av medarbetare och patienter och närstående. PiR genomförs med regelbundenhet, på en enhet i taget, och tillhörande vårdteam får återkoppling samma dag.

Genom PiR kan risker identifieras innan tillbud uppstår. Det bidrar också till att systematiskt tillföra patientens perspektiv på säkerhet och genom den viktiga återkopplingen till vårdteamet kan insatser göras direkt för att stärka patientsäkerheten och förbättra vården (29).

Metoden har utvecklats i Västra Götalandsregionen, men även andra regioner genomför PiR-mätningar.

Arbetsättet kan användas på individ- och verksamhetsnivå, då det kan påverka patientsäkerheten direkt i den enskilde individens vård och behandling men också bidra till en utveckling av patientsäkerhetsarbetet för verksamheten.

PiR är en metod som fortsätter utvecklas och är föremål för forskning samt stärker det personcentrerade arbetssättet.

Utvecklingsförslag:

En utveckling kan vara att utvidga arbetet med markörbaserad journalgranskning till att omfatta även delaktighetsperspektivet som PiR lyfter, och på det sättet nå ett gemensamt nationellt arbetssätt. Det kräver en nationell strategi, utveckling och förvaltning av arbetssättet.

4.2.1.7 Patientrapporterade utfallsmått (PROM) i vårdmötet

Patient Reported Outcome Measures (PROM) eller patientrapporterade utfallsmått utgörs av frågeformulär som syftar till att mäta effekter av sjukdom eller behandling som rapporteras av patienten själv. Det kan till exempel handla om hälsorelaterad livskvalitet, symtomskattningar eller patientrapporterade biverkningsrapporter. PROM-formulär kan användas i samband med viss vård och behandling för att möjliggöra strukturerad informationsöverföring från patienten till vårdgivaren. Att använda PROM i vårdmöten kan bidra till förbättrad diagnostik och säkrare skattning av patientens besvär och funktionsförmåga.

Att låta patienter besvara relevanta PROM-formulär även mellan vårdtillfällen är en metod för att tidigt identifiera försämring och individuellt anpassa stöd och behandling för en säkrare vård.

Utvecklingsförslag:

Kunskapsstöd för hur och när PROM kan användas i den direkta vården bör tas fram. Vårdgivare som använder PROM för identifiering av risk för vårdskada bör säkerställa att alltid följa upp svar tillsammans med patienter och närstående.

4.2.2 Arbetsätt och metoder på verksamhetsnivå

4.2.2.1 Patientsäkerhetsdialog och patientsäkerhetsronder

För utveckling av patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetskultur i verksamheter genomförs dialoger och ronder. Upplägget varierar, men innebär en för verksamheten regelbunden och strukturerad genomlysning. Regelbundna uppföljningar är avsedda att bidra till fokus på och utveckling av patientsäkerhetskulturen.

Arbetsättet innebär ibland inslag av besök i aktuell verksamhet/enhet där samtal mellan ansvariga för patientsäkerhet och medarbetare sker. I vissa verksamheter involveras även patienter och/eller närstående som ges möjlighet beskriva sina upplevelser av säkerhetsaspekter kring vården.

Utvecklingsförslag:

Nationell handlingsplan för patientsäkerhet har i majoriteteten av regionerna samt inom ett flertal kommuner bearbetats och implementerats (30). Utgångspunkt för dialoger och ronder tas med fördel från handlingsplanen där en grundförutsättning är patient som medskapare. Nationellt stöd för utformningen av patientsäkerhetsdialog respektive patientsäkerhetsronder som metoder saknas i dagsläget. Utveckling av en standard kan ge stöd och underlag för strukturerad uppföljning. Patientens och närståendes medverkan i patientsäkerhetsarbetet behöver tydliggöras och exemplifieras.

4.2.2.2 Information till patienter och närstående

Exempel finns på vårdgivare som har tagit fram information om patientsäkerhet till patienter och närstående. Utöver information om hur patienter lämnar synpunkter och klagomål kan det handla om hur patienter kan agera i sitt enskilda vårdmöte för att påtala risker eller direkta fel, eller hur de själva kan bidra till exempelvis minskad smittspridning genom god handhygien. "Din säkerhet på sjukhus" är ett exempel på sådan information. Kampanjen Speak Up är ett annat exempel på information till patienter att ta en aktiv roll i patientsäkerhetsarbetet. Speak Up! och liknande kampanjer har fått global spridning och anpassats till flera vårdmiljöer och patientgrupper, och utgör ett exempel på hur information till patienter och närstående kan bidra till ökad patientsäkerhet (31).

Utvecklingsförslag:

För att ytterligare öka graden av delaktighet rörande metoder och arbetsätt inom informationsområdet bör vårdgivare som tar fram informationsmaterial om patientsäkerhet riktat till patient och närstående låta representanter från den tilltänkta målgruppen medverka vid utformningen. Detta för att säkerställa att informationen blir relevant och att distributionssätten och mediekanalerna som används är tillgängliga. Vårdgivare bör också använda sig av patient och närståenderepresentanter som resurspersoner inom den egna organisationens enheter med ansvar för information. En grundstruktur med patientrepresentation kan bidra till ökad kvalitet och relevans för den informationen riktar sig till. Det i sin tur bidrar till ökad kunskap och säkerhet.

4.2.2.3 Patientrapporterade erfarenhetsmått (PREM)

Patient Reported Experience Measures (PREM) eller patientrapporterade erfarenhetsmått är mycket vanligt förekommande i hälso- och sjukvården. Det innebär att samla in enkätsvar från patienter som syftar till att beskriva erfarenheter av vården. I Sverige genomförs Nationell patientenkät (NPE) inom regional hälso- och sjukvård och koordineras av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Utöver NPE genomför många vårdgivare egna enkätundersökningar bland patienter, brukare och närstående, med en mängd olika frågeformulär. PREM kan utgöra en metod för att systematiskt samla in förbättringsförslag från patienter och närstående för säkrare vård, samt bidra till att patientsäkerhetsrisker upptäcks.

Utvecklingsförslag:

Att svaren från PREM används för systematiskt förbättringsarbete och möjliggör identifiering av patientsäkerhetsrisker. Patienter och närståenderepresentanter ska bjudas in i analys- och strategiarbetet för utvärdering av resultat. Använd företrädesvis validerade och beprövade frågeformulär som har tagits fram tillsammans med den tilltänkta målgruppen. Om egna enkäter skapas bör patienter medverka i framtagandet. Resultaten från PREM-enkäter bör återkopplas och tillgängliggöras till patienter och närstående samt informeras om vilka åtgärder vårdgivaren har vidtagit utifrån svaren.

4.2.2.4 Patientmedverkan vid riskanalyser

För att identifiera risker och föreslå åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten används i hög grad Riskanalysmetodik. Metodiken är framtagen av Sveriges kommuner och regioner och är ett nationellt spritt arbetssätt. Sedan november 2023 förvaltas metodbeskrivning kring riskanalys av Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) (32).

Metodiken betonar vikten av att patienter och närståendes erfarenheter tillvaratas i analysen. Beskrivning anger också hur patient- eller närståendemedverkan bör hanteras i form av struktur för information före, under och efter analysen, tidsåtgång samt hur resultatet tas om hand.

Utvecklingsförslag:

Vid genomförd analys beskrivs i metodiken en rad kontrollfrågor avseende åtgärdsförslagen för att säkerställa fortsatt utveckling och arbete. Komplettering av kontrollfrågor för åtgärder kan göras med "Hur säkerställs patient- och närståendeperspektivet för föreslagen åtgärd?" "Hur involveras patient, brukare, närstående vid uppföljning av effekt av åtgärd?"

4.2.2.5 Synpunkter och klagomål

Patientlagen (2014:821) och Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) beskriver patienter och närstående möjlighet att vända sig till aktuell verksamhet eller patientnämnden med synpunkter och klagomål för att snarast få svar och för att vårdgivaren ska kunna utveckla och öka säkerheten i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att aktivt arbeta med att åtgärda brister som rapporteras.

Patientnämnderna (PN) är en opartisk instans mellan patient och vårdgivare som tar emot synpunkter och klagomål på all offentligt finansierad hälso-, sjuk- och tandvård samt kommunal hälso- och sjukvård och utgör ett stöd för patienter och närstående i vårdkontakter. PN huvudsakliga uppgift är att hjälpa patient/närstående att få den information som finns behov av för att kunna tillvarata sina intressen i kontakt med hälso- och sjukvården. PN ska även främja kontakt mellan patient och vårdpersonal, rapportera avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare, analysera inkomna synpunkter och bidra till såväl kvalitetsutveckling som ökad säkerhet samt informera allmänheten om sin verksamhet.

Rapportering sker i form av beskrivning av en händelse, en reflektion, ett förbättringsförslag eller liknande. Det finns också möjlighet att ge förslag till åtgärd. För att få återkoppling krävs att rapportören anger detta.

Patientens berättelse utgör ett viktigt underlag för utvecklings- och förbättringsarbeten.

Utvecklingsförslag:

Aktiv uppmuntran och underlättande för patienter och närstående att dela med sig av synpunkter, förbättringsförslag och identifierade risker. Vårdgivare, vid rapporterad händelse, bör involvera patienter och/eller närstående i dialog kring identifierade bakomliggande orsaker till det inträffade samt åtgärder för att förhindra upprepning. Redan vid rapportering av händelse eller synpunkt bör patienter och närstående ges möjlighet att ange intresse av att delta i analys-, och förbättringsarbete för att göra vården säkrare.

4.2.2.6 Patientmedverkan i analysgrupp vid händelseanalyser

Vid allvarlig vårdskada ska enligt Socialstyrelsens författning HSFL-FS 2017:40, §6, utredning innehålla uppgifter om patienters och närståendes beskrivning och upplevelse av händelsen.

Författningen går inte in på patientrepresentation i analys av händelsen. Internationellt finns exempel på vägledning för patienters och närståendes delaktighet i utredningsprocessen som helhet vid allvarlig vårdskada (33, 34).

Att vid risk för eller vid inträffad vårdskada, involvera och ta tillvara patienters och närståendes perspektiv och erfarenhet bidrar till en mer komplett bild, ökad förståelse och förutsättning för viktiga lärdomar (35, 36).

Händelseanalys, där grundorsak till inträffad felhändelse analyseras, är en spridd metod vid inträffad vårdskada (37).

I metodiken beskrivs uppdragsgivarens ansvar för kontakt med aktuell patienten eller närstående för att ge möjlighet till beskrivning av det inträffade. Uppdragsgivaren är också ansvarig för att den färdigställda analysen delges patient och närstående.

Efter att material samlats in (intervjuer, dokument, journalgenomgång) genomförs analysen av det utsedda teamet. För arbete med analys och förslag till åtgärder saknas patient- och närståendemedverkan i metodbeskrivningen.

För att ytterligare bredda analysen bör patient-, eller närståenderepresentant, finnas med även i orsaksanalysen och framtagandet av åtgärder samt i förlängningen också lärande- och kunskapsspridning.

Medarbetare som själva varit involverade i en händelse bör enligt metodiken inte delta i analysteamet. Detsamma bör gälla även berörd patient och närstående. Det bör dock finnas möjlighet att involvera representation av annan patient eller närstående med egen erfarenhet. Den kanadensiska vägledningen *Engaging patients in patient safety* lyfter behovet av en mognad i organisationen, en erfarenhet av att involvera patienter generellt i olika sammanhang, kvalitetsförbättrande arbeten t.ex. innan man involverar patientrepresentanter i en känslig process som utredning av svåra händelser (9).

Man betonar också att för involvering i analysteamet bör samma regel gälla som vid teamsammansättning av vårdrepresentanter, att direkt involverade i händelsen delger sin berättelse, men ingår inte i teamet. Däremot skulle en patientrepresentant, med utbildning i analysmetodik, kunna bredda analysen med patientperspektivet.

Utvecklingsförslag:

Patientmedverkan i utredning av allvarlig vårdskada bör utvidgas till att även omfatta utredning, orsaksanalys och förslag till åtgärder. På nationell nivå bör en standard, inklusive hur sekretess ska hanteras, för medverkan av patienter och närstående i analysteam vid enskild händelse tas fram och läggas till i händelseanalysmetodiken.

4.2.3 Arbetssätt och metoder på organisationsnivå

4.2.3.1 Tillgång till patient- och närståendeföreträdare för utvecklings- och förbättringsarbete

Under senare år har erfarenhetsbanker under olika benämningar (Levande bibliotek, Intressebank, "låna ett patientperspektiv") utvecklats inom flera regioner, och en del i samverkan med kommuner. Det innebär en stödfunktion till verksamheter som söker patient- eller närståendeföreträdare till utvecklings-, och förbättringsarbeten av olika slag. Det förekommer även stöd till verksamheter kring metoder och arbetssätt för medskapande.

Personer med egen erfarenhet av att vara patient eller närstående har aktivt rekryterats eller själva sökt upp vården för att erbjuda sin kunskap. Deltagarna i Levande bibliotek eller motsvarande är inte kopplade till specifika patientorganisationer utan företräder sig själva som individ med erfarenhet av att vara patient och närstående. Det är inte ovanligt att Levande bibliotek eller motsvarande har kontakter med civilsamhället. Patient- och närståendeföreningar utgör också viktiga partners både för tillgång till representanter som utsetts i en demokratisk process, och utbildning av dessa. Ett exempel på ett digitalt utbildningsmaterial för patient- och närståenderepresentanter har tagits fram av Funktionsrätt Sverige.

Inom patientsäkerhetsområdet kan resursen tas tillvara för att i utredningsarbete, utbildning och riskvärdering vidga vårdens perspektiv genom att öka förståelsen för riskområden, händelser i samband med tillbud och olyckor. Det är avgörande för att landa i så effektiv åtgärd som möjligt för

att eliminera eller minimera upprepning av oönskade händelser. Personer med egen erfarenhet bör vara delaktiga i hela förbättringsarbetet.

Peer eller Peer support är exempel där personer med egen erfarenhet arbetar som stödpersoner inom den psykiatriska vården. Peer:s uppgift är riktad mot individstöd, men kan också finnas med som samverkanspartners för utveckling av den psykiatriska vården på alla nivåer.

Utvecklingsförslag:

Att tillgång till erfarenhetsresurser säkerställs i landets samtliga regioner. Utveckla uppdraget till att omfatta även samverkan med kommunal hälso- och sjukvård.

4.2.3.2 Patient- och närståendemedverkan i ledning och styrning

Genom patient- eller närståendemedverkan i ledning och styrning på olika nivåer kompletteras vårdorganisationens perspektiv med det som är viktigt för personer med egen erfarenhet av hälso- och sjukvård och omsorg. Från samråd på politisk nivå till mer verksamhetsnära ledningsnivå bidrar medverkan till variation kring vilka frågor som diskuteras.

Vårdanalys rapport "En för alla" pekar på utmaningar kring representativitet och förutsättningar för patienter och närstående när det gäller deltagande i ledningsgrupper. Verksamheter bör tidigt fastställa varför patient- resp närståendeperspektivet efterfrågas och vad de förväntas bidra med samt vilket inflytande de ska ha (38).

Utvecklingsförslag:

I de fall patienter och närstående involveras är det vanligtvis när händelser redan har skett. För att uppnå ett mer gemensamt proaktivt patientsäkerhetsarbete bör representation av patienter eller närstående finnas med regelbundet i ledning och styrning.

Behov finns av fortsatt nationellt arbete för att ytterligare tydliggöra viljeriktning för patient- och närståendedelaktighet inom styrning av hälso- och sjukvården samt samordnande av arbetet för jämlika förutsättningar (38).

4.2.3.3 Patient- och närståenderåd

Ett patientråd är en formellt sammansatt grupp av personer med patient- eller närståendeperspektiv som är tillsatta av en organisation inom hälso- och sjukvård eller omsorg. Rådet ska tillsammans med företrädare för verksamheten diskutera och påverka frågor som rör den aktuella verksamhetens arbete. Patientrådets arbete ska i förlängningen bidra till att förbättra hälso- och sjukvården samt omsorgen, till exempel genom att öka förutsättningarna för personcentrerad vård, delat beslutsfattande och stöd till egenvård (39). Det är viktigt att beakta medlemmarnas representativitet utifrån patientpopulationen.

Patient- och närståenderåd kan också användas för att bidra till kvalitetsarbete med syfte att stärka patientsäkerheten och är ett exempel hur patientmedverkan i ledning och styrning kan genomföras.

4.2.3.4 "Patient- och närståendepartner" för patientsäkerhet (Patient safety partner)

I flera länder har en funktion med det som på engelska beskrivs som *patient safety partner* (fritt översatt "patientsäkerhetspartner") införts. NHS (National health service) i England beskriver funktionen som syftar till att säkerställa att patientperspektivet genomsyrar hälso- och sjukvård systematiskt på alla nivåer (40).

En rad olika förutsättningar för patientsäkerhetspartner anges av NHS, bland annat organisationens engagemang för att involvera funktionen i patientsäkerhetsarbetet samt ett tydligt ramverk för utveckling och stöd. Vidare lyfts vikten av en bred infallsvinkel utifrån medborgare med olika behov och resurser och att funktionen utvecklas i samklang med nya eller förändrade behov.

För inrättande av denna funktion krävs också väl definierade mål samt en rad praktiska insatser från vårdorganisationen. Beskrivning behövs avseende innehåll, rekryteringsplan, strategier för skydd av involverade individer, introduktion, träning, stöd och hantering av hinder för involvering samt ekonomiska och tidsmässiga överenskommelser.

Patientsäkerhetspartner beskrivs ha egen erfarenhet av inträffad eller risk för vårdskada och

- ingå i vårdorganisationens övergripande patientsäkerhetsarbete där ansvar för att följa och analysera data inom området är en viktig del.
- uppdrag att bevaka att patient- och närståendeperspektivet avseende patientsäkerhetsfrågor beaktas vid beslut inom hälso- och sjukvården.
- ingå i medarbetarutbildning kring säker vård.
- ingå i organisation för övergripande utredning av allvarlig vårdskada.
- en vägledande funktion för patienter och närstående i uppdrag som medskapare för säker vård i olika forum inom hälso- och sjukvården.

Utvecklingsförslag:

Patientsäkerhetspartner finns i dagsläget inte i Sverige. Arbetsgruppen ser en stor potential i att undersöka och utveckla funktionen för nationellt införande.

5. Slutsatser och lärdomar

Om synsättet att hälsa skapas i människors liv, av människor, får råda då förstår vi också att människor inte bara har behov utan också resurser och förmågor. Erfarenhetsbaserade kunskaper om hälso- och sjukvårdssystemet hos patienter och närstående är en underskattad resurs. Metoderna, arbetssätten och förhållningssätten som presenterats i vägledningen kan bidra till att bättre tillvarata den resursen. Inte bara för att konsekvensen kan bli en säkrare vård, utan också för att patienter har rätt att medverka i vård och behandling.

Ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar är också kärnan i omställningen till nära vård. Det innebär att låta det som är viktigt för varje enskild individ synas och märkas i den vård som ges och att insatserna anpassas efter vad som är viktigt för just den personen. Tankesättet bakom omställningen till god och nära vård ligger helt i linje med det viktiga perspektivet att patient och närstående behövs som medskapare för att vården ska vara patientsäker.

Vi uppmanar alla vårdgivare och berörda myndigheter att se detta som ett centralt område, som om det prioriteras rätt, kommer att öka inte bara patientsäkerheten utan också skapa möjligheter till organisatoriska vinster. Vår rapport innehåller en rad goda exempel på saker som redan pågår, som kan stärkas, utvecklas och användas lokalt. Titta på dem, använd och utveckla dem och säkerställ att de passar i era sammanhang.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Agera för säker vård : nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. World Health Organization; 2021. Hämtad från: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
3. Persson M. Författningssamling för svensk juridik. Stockholm: Norstedts Juridik; 2023.
4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från mottagare till medskapare : ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård [Internet]. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018. Hämtad från: <https://www.varदानalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-08-Fr%C3%A5n-mottagare-till-medskapare.pdf>
5. Ekholm A. Bortom IT : om hälsa i en digital tid [Internet]. Stockholm: Institutet för framtidsstudier; 2016. Hämtad från: <https://www.iffs.se/publikationer/iffs-rapporter/bortom-it-om-halsa-i-en-digital-tid/>
6. Batalden PB, Stoltz PK. Quality management and continual improvement of health care: A framework. The Journal of continuing education in the health professions. 1995;15(3):146-64.
7. Gustavsson S, Bergerum C, Patriksson A, Tedsjö S. Illuminating the importance of adding patient knowledge to continual improvement in healthcare. Integrated healthcare journal. 2022;4(1):e000114-e.
8. Chegini Z, Arab-Zozani M, Shariful Islam SM, Tobiano G, Abbasgholizadeh Rahimi S. Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. Nurs Forum. 2021;56(4):938-49.
9. Canadian Patient Safety Institute. Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide [Internet]. Canadian Patient Safety Institute; 2020. Hämtad från: <https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/engaging-patients-in-patient-safety-a-canadian-guide/>
10. Bell SK, Roche SD, Mueller A, Dente E, O'Reilly K, Sarnoff Lee B, et al. Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. BMJ quality & safety. 2018;27(11):928-36.
11. Kristensson Ugglå B. Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. In: Ekman I, red., Personcentrering inom hälso-och sjukvård: Från filosofi till praktik 2ed. [Stockholm]: Liber; 2021.
12. Barrow E, Lear RA, Morbi A, Long S, Darzi A, Mayer E, et al. How do hospital inpatients conceptualise patient safety? A qualitative interview study using constructivist grounded theory. BMJ Qual Saf. 2023;32(7):383-93.
13. Burrows Walters C, Duthie EA. Patients' Perspectives of Engagement as a Safety Strategy. Oncology nursing forum. 2017;44(6):712-8.
14. Riksrevisionen. Lex Maria och lex Sarah : statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre [Internet]. Stockholm: Riksrevisionen; 2023. Hämtad från:

- https://www.riksrevisionen.se/download/18.784d3fb5186c7ebef291c464/1678457202350/RiR_2023_4_rapport.pdf
15. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223-31.
 16. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Patientföreträdare i arbetsgrupper [Internet]. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård: 2024. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/nationellaarbet-sgrupper/patientforetradareiarbetsgrupper.56249.html>.
 17. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden om delaktighet [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/delaktighet/>
 18. SS-EN 17398:2020 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård - Minimikrav för personcentrerad vård. [Stockholm]: Svenska institutet för standarder (SIS); 2020.
 19. Socialstyrelsen. Alternativ och kompletterande kommunikation, AKK [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/alternativ-och-kompletterande-kommunikation/>
 20. Västra Götalandsregionen. Dart [Internet]. Västra Götalandsregionen; 2024. Hämtad från: <https://www.vgregion.se/ov/dart/>.
 21. Region Jönköping. Esther SimLab [Internet]. Region Jönköping; 2023. Hämtad från: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/forskning-kompetens-och-utveckling/utveckling-och-forbattningsarbeten2/qulturum/esther-simlab/>.
 22. Västra Götalandsregionen. Din säkerhet på sjukhus [Internet]. Västra götalandregionen; 2023. Hämtad från: <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/undersokning-behandling/forbered-ditt-vardbesok/din-sakerhet-pa-sjukhusvgr/>
 23. Västra götalandregionen. Gröna korset [Internet]. Västra götalandregionen; 2023. Hämtad från: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/patientsakerhet/verktyg-och-metoder2/grona-korset/>
 24. Edwards PJ, Silverston P, Sprackman J, Roland D. Safety-netting in the consultation. *BMJ*. 2022;378:e069094-e.
 25. Fernholm R, Wannheden C, Trygg Lycke S, Riggare S, Pukk Harenstam K. Patients' and clinicians' views on the appropriate use of safety-netting advice in consultations—an interview study from Sweden. *BMJ open*. 2023;13(10):e077938-e.
 26. Sveriges Kommuner och Regioner. Dokumenterad överenskommelse [Internet]. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html>.
 27. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C. Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(17-18):2580-9.
 28. Ågård A, Engström I, Sandén U, Erling V. Framtidens rond – ett personcentrerat och teambaserat möte med patienten. *Läkartidningen*. 2017;114(42).
 29. Västra götalandregionen. Patientsäkerhet i Realtid - en metod för lärande [Internet]. Västra götalandregionen; 2023. Hämtad från: <https://mellanarkiv->

- offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs2480-2046127817-1460/surrogate/Webbinarium%205%20maj%20230503.pdf
30. Socialstyrelsen. Uppföljning av handlingsplanens genomförande [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/nationell-handlingsplan/uppfoljning-inom-patientsakerhet/uppfoljning-av-handlingsplanens-genomforande/>.
 31. The Joint Commission. Speak Up! [Internet]: The Joint Commission; 2023. Hämtad från: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/#sort=%40z95xz95xcontentdate%20descending>
 32. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag. Utredning av risker - Handbok för metoden riskanalys [Internet]. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF); 2024. Hämtad från: <https://lof.se/filer/Handbok-riskanalys.pdf>.
 33. National Health Service (NHS). Patient Safety Incident Response Framework and supporting guidance [Internet]. NHS; 2022. Hämtad från: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-insight/incident-response-framework/>
 34. Healthcare Excellence Canada. Incident Management [Internet]. Healthcare Excellence Canada; 2023. Hämtad från: <https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/patient-safety-and-incident-management-toolkit/incident-management/>.
 35. Busch IM, Saxena A, Wu AW. Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement. *Journal of patient safety*. 2021;17(5):358-62.
 36. Ramsey L, McHugh S, Simms-Ellis R, Perfetto K, O'Hara JK. Patient and Family Involvement in Serious Incident Investigations From the Perspectives of Key Stakeholders: A Review of the Qualitative Evidence. *Journal of patient safety*. 2022;18(8):e1203-e10.
 37. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF). Utredning av allvarliga vårdskador – vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys [Internet]. Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF); 2024. Hämtad från: <https://wp.lof.se/wp-content/uploads/Handbok-utredning-och-handelseanalys.pdf>.
 38. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys. En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården [Internet]. Stockholm: Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys; 2024. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-for-alla/>
 39. Vinnova. Patientens röst om patientråd - Ett verktyg för ökad patientdelaktighet [Internet]. Stockholm: Vinnova; 2021. Hämtad från: <https://www.vinnova.se/globalassets/mikrosajter/regeringens-samverkansprogram/patientens-rost-om-patientrad--ett-verktyg-for-okad-patientdelaktighet.pdf>
 40. National Health System (NHS). Framework for involving patients in patient safety [Internet]. NHS; 2021. Hämtad från: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-involvement/framework-for-involving-patients-in-patient-safety/>