

Handlingsprogram för säker hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting

Allmän bakgrund

Säker hälso- och sjukvård

Omsorg om patientens säkerhet präglar hälso- och sjukvårdens personal i utförandet av vård och behandling. Hälso- och sjukvård är till stor nytta, men är samtidigt en riskfylld verksamhet, som i avsaknad av förebyggande åtgärder kan leda till att patienter kommer till skada. Sådana vårdskador medför inte sällan stort mänskligt lidande och höga kostnader men kan genom ett aktivt förebyggande arbete undvikas.

Samstämmiga studier talar för att någon grad av vårdskada uppkommer i närmare vart tionde vårdtillfälle vid sjukhus och att hälften av dessa går att undvika eller påverka. Studier har också visat att läkemedelsbiverkningar utgör orsaken till ca 10-20 % av inläggningarna i sluten vård. Vårdrelaterade infektioner påvisas hos drygt 8% bland inneliggande patienter. Försäkringskostnaderna för patienter, som hittills fått undvikbara skador inom vården i Stockholms läns landsting, består idag av dels en årlig premie om dryga 80 Mkr per år dels en skuld för inträffade, men ej slutreglerade, skador om 900 Mkr. Härtill kommer ej synliga kostnader för flera vårdtillfällen, förlängda vårdtider, omoperationer och fler besök för dem som skadats i vården.

Organisationer med hög nivå av säkerhet kännetecknas av kontinuerlig uppmärksamhet på risker och förenkling av processer och rutiner, tydlig struktur med säkerhetsnivåer och standardisering av rutinförfaranden. Kulturen i sådana organisationer präglas av öppenhet och en lärande - icke-skuldbeläggande - inställning till inträffade tillbud och negativa händelser. Man brukar tala om en särskild "säkerhetskultur". Sådana organisationer har ansvarstagande och engagerade ledningar och tydliga mål för säkerhetsarbetet.



Patientsäkerhet i Stockholms läns landsting

I Stockholms läns landsting är patientsäkerheten högt prioriterad .

Patientsäkerhet innebär att:

den som söker vård ska inte drabbas av, eller riskera att drabbas av, oförutsedd och undvikbar skada till följd av de vårdåtgärder, som tillståndet kräver.

Det bedrivs ett aktivt patientsäkerhetsarbete på många håll inom länet. Som exempel kan nämnas att flera hundra medarbetare inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Danderyds sjukhus AB utbildats i metoder för systematisk analys av inträffade händelser och risker. Karolinska universitetssjukhuset har utlyst ett Patientsäkerhetsår under 2006, präglat av utbildningsaktiviteter och förebyggande åtgärder. Riktlinjer för lokala handlingsplaner för avvikelshantering finns inom flertalet organisationer, både landstingsdrivna och privata.

Enligt beslut i HSU i februari 2005 (LS 0501-0074) skall initiativen på verksamhetsnivå stödjas av ett landstingsövergripande handlingsprogram för säker vård. Handlingsprogrammet skall bygga på den strategi ("Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL", www.sll.se/mpa) som tagits fram inom det medicinska programarbetet.

Enligt beslut i Landstingsstyrelsen den 21 februari 2006 skall landstingsdirektören kvartalsvis rapportera det antal händelse- och riskanalyser som vården genomfört och därvid ge information om vad vården gjort för att förbättra patientsäkerheten. Landstingsdirektören har i samma beslut fått i uppdrag att ta fram förslag på hur en samlad ledningsfunktion för patientsäkerhet ska utformas.

Avsiktsförklaring

Syftet med föreliggande landstingsövergripande handlingsprogram är att stödja utvecklingen av en organisationskultur inom den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i SLL, som präglas av lärande – inte syndabockstänkande. Det är endast i en sådan kultur - "säkerhetskultur" -, som det är möjligt att nå målet: en säker vård. Där kontroll och skuldbeläggande präglar kulturen, växer rädslan, sker inget lärande och därmed inget förebyggande förbättringsarbete.

Handlingsprogrammet ligger i linje med Socialstyrelsens skrivelse till Socialdepartementet – Lex Maria – nytt system i patientsäkerhetens intresse 15 februari 2006.

Handlingsprogram för säker vård

Föreliggande handlingsprogram är ett långsiktigt program för att skapa en sådan organisationskultur och för att nå de övergripande mål och effektmål som formulerats för uppdraget. Programmet skall ägas, förvaltas av landstingets högsta ledning och, i samarbete med företrädare för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården, kontinuerligt utvecklas.

I bilaga 1 ges en sammanfattning av aktuella uppdrag och angelägna åtgärder med anledning av programmet.

Sjukvårdshuvudmannens ansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Ett landsting får träffa avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. När en verksamhet drivs på entreprenad åvilar det fullmäktige att se till att landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten. Kommunallagens regler innebär att det politiska ansvaret är detsamma oavsett om verksamheten drivs i egen regi eller på entreprenad. Landstingsstyrelsen och dess hälso- och sjukvårdsutskott har ansvaret för att vid tecknande av vårdavtal med vårdgivare tidliggöra vilka krav som landstinget ställer på vårdens innehåll och kvalitet och för att följa upp verksamheten. För de privata läkare och sjukgymnaster som har ersättning enligt lagarna om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik gäller särskilda regler.

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Programmet är en del av landstingets ledningssystem för styrning och uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet.

Viktiga delar i ett sådant ledningssystem är en tydlig fördelning av ansvar och roller, organisatorisk struktur, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, SOSFS 2005:12 (M), (se bilaga 2), skall vårdgivaren inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Föreskrifterna fördelar ansvaret för patientsäkerhetsarbetet mellan vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Med vårdgivare avses den fysiska eller juridiska person, landsting, kommun, aktieföretag, handelsbolag, ekonomisk eller ideell förening, stiftelse eller enskild firma som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. I landsting och kommuner är den eller de nämnder som avses i 10 och 22 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) vårdgivarens representant. Det innebär att det för sjukvård som drivs i landstingets egen regi är respektive nämnd/styrelse för olika sjukhus samt för Stockholms läns sjukvårdsområde



(SLSO), Sjukvården i Salem, Nykvarn och Södertälje (SNS) liksom den med Norrtälje kommun gemensamma nämnden i Norrtälje som har detta ansvar.

Vårdgivaren skall enligt föreskrifterna fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen, ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt.

Handlingsprogrammets syfte och övergripande mål

Handlingsprogrammet ska möjliggöra ett långsiktigt, gemensamt patientsäkerhetsarbete i den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i SLL inom utvecklingsområdena:

- Samverkan med patienter och närstående/anhöriga
- Utveckling av ett systemtänkande
- Byggandet av en lärande organisation
- Stöd till säkerhetsarbetet
- Skapandet av en säkerhetskultur.

Genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, som bygger på att risker och händelser i vården analyseras för att få förståelse för bakomliggande orsaker, tydliggörs vilka åtgärder, som behöver vidtas för att öka säkerheten. Negativa händelser och tillbud ska därför ses som möjligheter till lärande och förebyggande åtgärder. Analysarbetet förstärker säkerhetskulturen genom att fokusera systemet, inte individen, och genom att främja riskmedvetenhet, innebärande att man ”tänker efter före”.

Enligt projektplanen för detta handlingsprogram förväntas patientsäkerhetsarbetet ha följande effekter:

- Trygga patienter och närstående
- Minskad frekvens av vårdskador
- Effektivare vårdprocess
- Minskade kvalitetsbristkostnader och minskade kostnader för patientförsäkringen
- Förbättrad arbetsmiljö
- Ökning av antalet rapporterade avvikelser
- Minskning av antalet händelser med hög allvarlighetsgrad
- Förbättrad säkerhetskultur.

Genomförande

Arbetet med handlingsprogrammet är långsiktigt. Det är inte möjligt att vid ett tillfälle konkretisera alla moment i det utvecklingsarbete, som successivt bidrar till att skapa en säker vård. Patientsäkerhetsarbetet är aldrig slutfört. Det pågår ständigt. Därför måste handlingsprogrammet vara ett levande dokument i landstingets ledningssystem, där kontinuerlig uppföljning och utvärdering påverkar nya målformuleringar.

Alla verksamheter har inte kommit lika långt i sin interna utveckling mot en säker vård.

Genomförandet av handlingsprogrammet måste anpassas till olika verksamheters förutsättningar. Här beskrivs därför genomförandet i tre utvecklingssteg där, åtminstone initialt, olika verksamheter har olika förutsättningar att leva upp till kraven vid en viss tidpunkt.

Lokala riktlinjer för avvikelser- och riskhantering

Första steget i en långsiktig utveckling av patientsäkerhetsarbetet är att alla hälso- och sjukvårdsverksamheter har lokala riktlinjer för avvikelser- och riskhantering.

Riktlinjer skall innehålla:

- definition och exempel på avvikelser
- beskrivning av rutinerna för avvikelshantering enligt modell i SOSFS 2005:12 (M) (också beskriven i fokusrapport ”Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL”)
- beskrivning av ansvar, roller och organisation
- beskrivning av i vilka fall systematisk händelseanalys skall göras
- samt beskrivning av hur sammanställning, återföring och spridning av erfarenheter skall ske.

I riktlinjerna skall också ingå:

- Rutiner inkluderande roller, ansvar och organisation för hur hälso- och sjukvårdspersonalen skall handla, när en patient skadats i vården
- Rutiner för hur patienters och närståendes erfarenheter av risker och avvikelser i vården tas till vara
- Rutiner inkluderande roller, ansvar och organisation för hur hälso- och sjukvårdspersonal, som varit delaktig i en händelse, där en patient kommit till skada eller varit nära att skadas, skall stödjas.

IT-stöd för avvikelshantering

Nästa steg i en fortsatt utveckling mot säker vård är att alla producenter inom den landstingsfinansierade vården ansluter sig till det landstingsgemensamma IT-stödet för avvikelshantering.

Alla landstingsfinansierade verksamheter inom hälso- och sjukvård skall successivt ansluta sig till det landstingsgemensamma IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser. Anslutning görs, när verksamheten kan uppvisa att den har ett fungerande avvikelser- och riskhanteringssystem enligt ovan.



Användning av det landstingsgemensamma IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser

För det landstingsgemensamma IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser gäller att:

- Det är ett system för lärande, lokalt och övergripande landstingsgemensamt
- Systemet är konfidentiellt på förvaltnings-/bolagsnivå i enligt med den policy som tagits fram inom projektet för upphandling och införande av IT-stöd för avvikelshantering
- Systemet på landstingsstyrelsens förvaltningsnivå är avidentifierat med avseende på patient, rapportör och verksamhet.

Fortlöpande statistik skall tas fram ur IT-stödets databas dels på förvaltnings-/bolagsnivå, dels samlat för landstinget som helhet.

Systematiska händelse- och riskanalyser

Slutligen, när vårdverksamheten blivit förtrogen med att göra händelseanalyser, skall riskanalyser införas som rutin. Riskanalyser skall t ex göras av särskilt riskutsatta vårdprocesser och inför förestående organisatoriska eller medicinskt teknologiska förändringar. Ett framgångsrikt, lärande patientsäkerhetsarbete kommer på sikt att leda till att antalet riskanalyser ökar medan antalet händelseanalyser minskar.

Vårdgivaren skall också ha som mål att själv göra riskanalyser i samband med beslut, som kan ha betydelse för patientsäkerheten i syfte att tydliggöra angelägna åtgärder för att hantera möjliga risker i samband med genomförande av beslutet.

Fem riskområden

I strategidokumentet lyfts fem riskområden inom hälso- och sjukvården fram som särskilt angelägna att påbörja ett systematiskt förbättringsarbete inom, nämligen:

1. Brister i läkemedelshanteringen
2. Brister i vårdhygien
3. Fallskador inom vård och omsorg
4. Brister i informationsöverföring
5. Brister i kommunikationen.

Vårdskador inom dessa riskområden ska elimineras genom ett systematiskt förbättringsarbete. Detta kräver kunskap om effektiva åtgärder, utveckling av metoder och verktyg till stöd för säkrare rutiner och processer samt modeller för spridning och

införande. Metoder inom hälso- och sjukvården ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

”Handbok för hälso- och sjukvården” är en viktig källa till kunskapsbaserade metoder för säker hälso- och sjukvård som skall vara välförankrad och efterlevd inom all landstingsfinansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Läkemedelshantering omfattar ordination, iordningställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel. Det finns skäl att även betrakta en säker förskrivning av läkemedel som en del av säker läkemedelshantering. Goda kunskapsunderlag inom området finns liksom metoder och verktyg. Spridning och tillämpningen kan dock förbättras liksom uppföljningen. Effektiva verktyg för egenkontroll behöver utvecklas och spridas. Säker läkemedelshantering är ett angeläget arbetsområde för LÄKSAK-organisationen att vidareutveckla.

Inom området vårdhygien finns många kunskapsbaserade metoder och rutiner. Även här är problemet följsamheten gentemot dessa metoder och rutiner. Detta är ett angeläget förbättringsområde, vilket ska tydliggöras i ett landstingsövergripande uppdrag för Avdelningen för vårdhygien i samband med att den under innevarande år sammanförs med Smittskydds enheten. Verktyg för egenuppföljning av den interna vårdhygieniska standarden är ett angeläget utvecklingsområde.

I de fall sammanställningar av aktuellt kunskapsläge saknas är första steget att ta fram ett kunskapsunderlag. Det gäller till exempel riskområdet fallskador. Här behövs ett vårdprogram om fallskador innehållande riskbedömningsformulär och rekommendationer om bevisat effektiva preventiva åtgärder samt uppföljningsmått.

En av de främsta orsakerna till dåligt fungerande vårdprocesser och därmed sammanhängande risker för vårdskador är brister i informationsöverföring mellan de olika leden i en vårdprocess samt brister i kommunikationen mellan vårdpersonal och mellan vårdpersonal och patient/närstående.

Landstinget har startat GVD-programmet för att förbättra säkerheten i informationsöverföringen. Programmet syftar till en högre patientsäkerhet och möjliggör ett annat arbetssätt. Informationen skall följa patienten och vara tillgänglig varhelst patienten befinner sig i hälso- och sjukvårdssystemet.

Rutiner för samarbete kring och planering av vården av enskilda patienter samt samverkan i vårdprocesserna är en viktig del av ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och i Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27) specificeras kraven på vårdplanering och vad en sådan plan skall innehålla. I en aktuell fokusrapport från landstingets Medicinska programarbete (”Utskrivningsplanering för äldre – samverkan och samordning i vårdkedjan”) belyses problemen och ges förslag på konkreta förbättringsåtgärder beträffande äldre patienters utskrivning från slutenvården. Det finns behov av övergripande riktlinjer och verksamhetsnära rutiner för att säkerställa en god informationsöverföring i vårdkedjan.

Forum, Centrum för vårdutveckling
Magna Andreen Sachs

Att kommunicera med andra aktörer i teamet så att en gemensam uppfattning om vad som är sagt är en färdighet som kräver träning – med fördel i simulatormiljö. Riktlinjer för vissa grundläggande krav på säker kommunikation i arbetslaget kan och bör formuleras.

Att kommunicera med patienter och närstående så att mottagaren/na av informationen tar den till sig och förstår vad den betyder för den enskilde, är ett kunskapsområde som har belysts inom medicinska programarbetet i en fokusrapport om ”Patientens lärande”. Här behövs ett arbete för att sprida kunskapen genom utbildning och träning – en insats, som bör starta redan under grundutbildningarna.

Utvecklingsarbete behövs sålunda inom samtliga fem riskområden. Detta utvecklingsarbete kan uppmärksammas genom att ett visst riskområde fokuseras åt gången.

Uppföljning och utvärdering av handlingsprogrammet

Uppföljning och utvärdering av målen skall ske löpande inom ramen för verksamhetsuppföljning, -redovisningar/bokslut samt inom ramen för dels landstingets övergripande uppföljningsmodell dels landstingets leverantörsuppföljningsmodell.

Genom avtalsuppföljning och strategisk leverantörsuppföljning skall uppsatta mål för patientsäkerheten följas upp dels i form av redovisning av överenskomna kvalitetsmått, dels i uppföljningsdialog rörande patientsäkerhetsarbetet.

Uppföljning av effektmålen och handlingsprogrammets mål förutsätter att pågående arbete med att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvården på olika nivåer i systemet förstärks särskilt beträffande utveckling av mått och mätmetoder.

Arbetet skall vara kopplat till åtgärder för att stöda hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete inom patientsäkerheten.

Patientsäkerheten skall varje kvartal finnas på landstingsstyrelsens dagordning. Under punkten kan exempelvis redovisas:

- illustrativa exempel på genomförda händelseanalyser med anledning av patientskadeärenden anmälda till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag eller s k Lex Maria ärenden samt åtgärder vidtagna med anledning av analysresultaten inkl spridning av erfarenheterna
- antal händelseanalyserade avvikelserapporter samt några exempel på åtgärder vidtagna med anledning av analysresultaten inkl spridning av erfarenheterna.
- genomförda riskanalyser av processer som bedömts behäftade med särskilt stor risk samt åtgärder vidtagna med anledning av analysresultaten inkl spridning av erfarenheterna
- uppföljning av genomförda åtgärder
- statistik och trender ur avvikelshanteringssystemet

- aktuella rapporter och informationskampanjer med anledning av rapporterade händelser.

Därutöver skall genomförandet av själva handlingsprogrammet och dess olika delaktiviteter vara föremål för kvartalsvis avrapportering i landstingsstyrelsen. Likaså skall utvecklingen av uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplaner och ersättningssystem ur ett patientsäkerhetsfrämjande perspektiv kontinuerligt följas upp på denna nivå.

Övriga säkerhetsfrågor

Inom landstinget pågår ett aktivt arbete för att förbättra och garantera säkerheten inom ett flertal andra områden – samtliga av betydelse även för patientens säkerhet. Exempel på sådant säkerhetsarbete är bl a arbete med att säkra fysisk säkerhet, informationssäkerhet, miljösäkerhet, kris- och katastrofberedskap. Det är angeläget att patientsäkerhetsarbetet koordineras på lämpligt sätt med dessa aktiviteter.

Landstingsövergripande stöd till patientsäkerhetsarbetet

Nedan sammanfattas några av de viktigaste utvecklingsområdena som skall stödja verksamheternas patientsäkerhetsarbete.

Förvaltning av IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser

Det nyligen upphandlade IT-stödet befinner sig för närvarande i en pilottestningsfas inför ett successivt införande.

Det är angeläget att finna en form för funktionsförvaltning, support och teknisk drift som motsvarar användarnas krav på driftsäkerhet, funktionalitet och fortsatt utveckling. IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser skall vara en del av GVD, där behovet av fortsatt utveckling av begrepp och termer inklusive beskrivningar av dessa skall tillgodoses.

Landstingsövergripande riskförebyggande arbete

I varje förvaltning/bolag/verksamhet skall det finnas någon som har i uppdrag att rapportera erfarenheter av generellt intresse för patientsäkerheten till en landstingsövergripande resurs för gemensamt lärande och riskförebyggande arbete.

Samverkan med patient- och handikapporganisationerna

Inom ramen för landstingets samverkan med patient- och handikapporganisationerna skall patientsäkerhetsfrågorna föras in som ett högprioriterat område. Detta för att ta till vara medlemmarnas erfarenheter av risker och avvikande händelser i vården. Vidare skall informationsmaterial för patienter och närstående om viktiga aspekter på patientsäkerheten utarbetas.



Utbildning i patientsäkerhetsarbete med tonvikt på händelse- och riskanalys

Analys av händelser och risker förutsätter metodkunskap och ett strukturerat arbetssätt. Landstinget har medverkat i ett nationellt arbete att ta fram en handbok för patientsäkerhetsarbete ("Händelseanalys & Riskanalys"). Handboken beskriver en metod och ett arbetssätt för att göra händelse- och riskanalys.

Ett utbildningsprogram i patientsäkerhetsarbete med tonvikt på händelse- och riskanalys, anpassat till landstingets behov av utbildning på olika nivåer, skall tillhandahållas. Utbildningsprogrammet skall bygga på den kompetens som redan finns idag och som successivt förstärks i och med att fler blir utbildade.

Utbildningarna skall vara anpassade till de olika kompetensbehoven. Den mest omfattande utbildningen behöver de som skall medverka i verksamheternas analysarbete som "experter" (analysledare).

All personal skall ha en orienterande utbildning. Även chefer och ledare på hög nivå inklusive politiker skall ha en grundläggande utbildning i patientsäkerhetsarbete och händelse- och riskanalys.

Mötesarenor för lärande och erfarenhetsutbyte

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar tid och kraft.

De befattningshavare i verksamheterna som har särskilt uppdrag att arbeta med avvikelshantering och analysarbete har behov av fortlöpande stöd i arbetet i form av erfarenhetsutbyte med varandra, omvärldsbevakning och kontinuerlig kompetensutveckling. Arenor för sådana aktiviteter skall tillhandahållas.

Regelbundet återkommande lärande seminarier om patientsäkerhet med presentationer av pågående patientsäkerhetsarbete skall också anordnas för att intensifiera lärandet och erfarenhetsspridningen. Seminarierna skall vara öppna för alla, inklusive politiker. Genom sådana seminarier främjas utvecklingen av en kultur, där lärandet och det förebyggande arbetet är i fokus.

Grundutbildning, fortbildning annan utbildning samt forskning i patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper om patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete skall etableras under grundutbildningarna, som ett genomgående tema med kurser och praktiska arbetsuppgifter. Det är också angeläget att patientsäkerhet blir ett prioriterat forskningsområde, i samverkan mellan landstinget, KI och andra näraliggande vetenskapsområden.

Landstingsledningen ska inom ramen för samverkansavtalet med KI uppmärksamma behovet av att patientsäkerhet som ett kunskapsområde integreras i grundutbildningen och blir föremål för tvärprofessionella forskningsprogram.

I samband med introduktionsutbildningar skall all personal (även icke-hälso- och sjukvårdspersonal) utbildas i landstingets handlingsprogram för säker vård och upplysas om sitt ansvar för att rapportera avvikelser och delta i analysarbete.

Landstingets resurser i övrigt för att träna procedurer och lagarbete i olika pedagogiska modeller, t ex simulatorträning, skall ses över och säkras.

Verktyg för utveckling och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet

Ett utvecklingsarbete skall genomföras i samarbete med andra landsting, Sveriges Kommuner och landsting samt Socialstyrelsen med syfte att ta fram dels ett webbaserat självvärderingsinstrument till stöd för verksamheternas uppföljning av den interna säkerhetskulturen dels ett instrument för skattning av negativa händelser genom slumpvis granskning av patientjournaler. Även andra verktyg till stöd för patientsäkerhetsarbetet kan komma att utvecklas inom ramen för detta samarbete.

Handlingsprogrammets fortsatta hantering

Programmet skall ägas och förvaltas av landstingets högsta ledning och, i samarbete med företrädare för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården, kontinuerligt utvecklas.

Förvaltning och utveckling av programmet skall fortlöpande koordineras med uppföljning och utvärdering av målen för handlingsprogrammet och framgången i patientsäkerhetsarbetet.

Handlingsprogrammet omfattar även principiellt tandvården men skall bli föremål för en särskild översyn och anpassning mot bakgrund av tandvårdens specifika förutsättningar och behov.

Information om handlingsprogrammets hantering, pågående patientsäkerhetsarbete och aktuella patientsäkerhetsfrågor skall fortlöpande kommuniceras så att informationen är tillgänglig för alla som är verksamma inom den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården i Stockholms län.

Handlingsprogrammets genomförande skall koordineras till övrigt säkerhetsarbete i landstinget.

BILAGA 1.

Sammanfattning av aktuella uppdrag och angelägna åtgärder (aktiviteter) med anledning av handlingsprogrammet för säker hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting.

Ansvar för de olika aktiviteterna åvilar ytterst Landstingsstyrelsen. Inom landstingsstyrelsens förvaltning ansvarar landstingsdirektören för att aktiviteterna genomförs.

Aktivitet	Tidsram
Äga, förvalta och utveckla handlingsprogrammet.	Fortlöpande
Formulera övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet.	Fortlöpande
Utveckla kunskapsunderlag, metoder och verktyg för att minska frekvensen vårdskador inom 5 utpekade riskområden samt stödja spridning och införande av dessa.	Fortlöpande fr o m 2006
Stimulera användningen av "Handboken för hälso- och sjukvården".	Fr om 2006
Införa som rutin att landstingsstyrelsebeslut som kan ha konsekvenser för patientsäkerheten skall föregås av riskanalys.	Fortlöpande fr o m 2007
Utveckla en modell för uppföljning och redovisning av patientsäkerhetsarbetet på vårdgivar-, beställar- och förvaltnings/bolagsnivå.	Inom 2006
Utveckla, förvalta och revidera mått och mätmetoder för att följa handlingsprogrammets effekter.	Fortlöpande fr o m 2006
Införa patientsäkerhetsfrågor på landstingsstyrelsens dagordning.	Inom 2006
Utveckla uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplaner och ersättningsystem så att patientsäkerhetsarbetet främjas.	Fortlöpande fr o m 2006
Utarbeta riktlinjer för hur IT-stödet för rapportering och analys av avvikelser skall användas, förvaltas och utvecklas.	2006
Ta fram utbildningspaket i patientsäkerhetsarbete.	Inom 2006
Skapa och erbjuda mötesarenor för lärande och erfarenhetsutbyte inom patientsäkerhetsarbete.	Fortlöpande fr o m 2007
Inom ramen för samverkansavtalet med KI tillse att patientsäkerheten integreras i grundutbildningen och forskningen.	Fortlöpande fr o m 2006
Informera och kommunicera om handlingsprogrammet och pågående patientsäkerhetsarbete till samtliga intressenter i länet.	Fortlöpande fr o m 2006

BILAGA 2.

SOSFS 2005:12 (M)

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården;

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 2 § första stycket 1 och 2, 3 § första stycket 1 och 4 § 2 och 3 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

1 kap. Tillämpningsområde och definitioner

1 § Dessa föreskrifter skall tillämpas på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). De gäller också för en vårdgivare som anlitar verksamhet enligt 6 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Föreskrifterna skall även tillämpas på detaljhandel med läkemedel som utgör hälso- och sjukvård samt klinisk forskning eller klinisk prövning av läkemedel eller medicintekniska produkter som är avsedda för behandling av en patient inom hälso- och sjukvården.

För den icke patientinriktade hälso- och sjukvården gäller föreskrifterna i tillämpliga delar.

2 § I dessa föreskrifter avses med

Övergripande terminologi

ledningssystem	system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål Kommentar: Exempel på standarder som kan uppfylla kraven på ledningssystem i dessa föreskrifter är ISO 9001:2000 och vad gäller informationssäkerhet ISO 17799 och miljöledningssystem ISO 14001.
kvalitet	grad till vilken en verksamhet uppfyller ställda krav
vårdgivare	fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård Kommentar: Se 1 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av staten representerar den myndighet som har ansvaret för verksamheten vårdgivaren. I landsting och kommuner är den eller de nämnder som avses i 10 och 22 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) vårdgivarens representant. Enskild hälso- och sjukvård kan antingen bedrivas av juridisk person (t.ex. bolag, förening eller stiftelse) eller av en enskild yrkesutövare.

verksamhetschef	befattningshavare som svarar för verksamheten Kommentar: Se 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Inom tandvården utser vårdgivaren någon som fullgör motsvarande uppgifter.
hälso- och sjukvårdspersonal	personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård Kommentar: Se 1 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Patientsäkerhetsterminologi

vårdskada	lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd
negativ händelse	händelse som medfört vårdskada
tillbud	händelse som hade kunnat medföra vårdskada
avvikelse	negativ händelse eller tillbud
avvikelsehantering	rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna
risk	möjligheten att en negativ händelse skall inträffa
riskhantering	rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
patientsäkerhetsarbete	arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
patientsäkerhet	skydd mot vårdskada Kommentar: Resultatet av åtgärder mot risker, tillbud och negativa händelser

ger skydd mot vårdskada.

2 kap. Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet

1 § Av 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 16 § tandvårdslagen (1985:125) framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården respektive tandvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

I 2 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen och i 3 § tandvårdslagen finns grundläggande bestämmelser om patientsäkerhet och kvalitet av vården.

2 § I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1998:8) om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade finns rekommendationer som syftar till att möta den enskildes behov av omsorg, vård och service inom verksamhetsområdet.

3 § Vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten skall det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).

4 § För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall

1. syfta till att förebygga vårdskador,
2. utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna,
3. vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning,
4. utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp, och
5. vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen.

3 kap. Ansvaret

1 § Vårdgivaren skall

1. fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen,
2. ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten, och
3. ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

2 § Verksamhetschefen skall

1. inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten,
2. ansvara för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås, och
3. ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

3 § Hälso- och sjukvårdspersonalen skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

1. framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder,
2. risk- och avvikelshantering, och
3. uppföljning av mål och resultat.

4 kap. Områden som omfattas

Bemötande av patienter

1 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner så att

1. patientens värdighet och integritet respekteras,
2. patienten och närstående visas omtanke och respekt, oavsett t.ex. ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning, och
3. patienten och närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Metoder för diagnostik, vård och behandling

2 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling skall tas fram, provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs,
2. hur fastställda metoder skall tillämpas, kontinuerligt följas upp och vid behov revideras, och
3. vilka åtgärder som skall vidtas när tillämpningen av metoderna behöver förändras och inaktuella metoder skall identifieras och avvecklas.

Kompetens

3 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns

1. rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna,
2. rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och
3. planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Samverkan och samarbete

4 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner

1. som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, och
2. för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Riskhantering

5 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten,
2. åtgärda orsakerna till riskerna, och
3. göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Avvikelsehantering

6 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar,
2. identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt,
3. sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda,
4. använda erfarenheterna från avvikelshantering i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och
5. ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal.

Försörjning av tjänster, produkter och teknik

7 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. inköp av tjänster, produkter, försörjningssystem (t.ex. el, vatten och gasanläggningar) och informationssystem (t.ex. tele och data) från leverantörer som är bedömda och godkända, och
2. säker användning och hantering av produkter, försörjningssystem och informationssystem.

Vid användning av laboratorietjänster från en sådan enhet som anges i 6 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall det finnas rutiner som säkerställer att denna enhet tillämpar dessa föreskrifter i relevanta delar.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:12) om användning och egentillverkning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bestämmelser om användning och hantering av dessa produkter.

Spårbarhet

8 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient skall kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

5 kap. Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

1 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för

1. regelbunden uppföljning och redovisning av verksamhetens resultat,
2. regelbunden granskning av metodernas, rutinernas och vårdprocessernas ändamålsenlighet och effektivitet för att uppnå målen,
3. hur resultatet av granskningar skall dokumenteras och återföras till berörda, och
4. att dokumentera genomförda förbättringsåtgärder.

-
1. Denna författning träder i kraft den 1 september 2005.

2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Styrelsen för Socialstyrelsen

(Hälso- och sjukvårdsavdelningen)¹

¹ (Föredragande: Pål Resare)