



**KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD
RANNIKKO-POHJANMAAN SOSIAALI- JA PERUSTERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ**

Plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet



Innehållsförteckning

Inledning.....	4
1 Ledning av kvalitetsarbetet.....	5
1.1 Ledningen ansvar för kvalitet och patientsäkerhet	5
1.2 Personalledning som främjar kvalitet och patientsäkerhet	6
1.3 Ansvarspersoner	6
1.4 Kvalitetskultur och patientsäkerhetskultur	7
2 Kvalitetsarbete.....	8
2.1 Förbättringsarbete.....	8
2.2 Mätning, kontroll av kvaliteten, kvalitetsindikatorer, egenkontroll, auditering?	9
2.3 Målsättning och mätning	10
3 Riskhantering.....	10
3.1 Riskanalys	10
3.2 Identifiering och hantering av säkerhetsrisker.....	11
3.3. Målsättning och mätning	12
4 Rapportering och anmälningssystem.....	12
4.1 Rapportering av avvikelser och farliga situationer	12
4.2 Handläggning och utredning av inkomna rapporter	13
4.3 Händelseanalys och åtgärder utgående från rapporter med allvarliga följder	14
4.4 Stöd till personalen efter händelser med allvarliga följder.....	14
4.5 Rapportering som krävs enligt andra författningar.....	15
4.6 Målsättning och mätning	15
5 Personalens deltagande.....	16
6 Introduktion och fortbildning	16
6.1 Introduktion för högkvalitativ och säker verksamhet.....	16
6.2 Fortbildning kopplad till mål med kvalitet och patientsäkerhet	17
6.3 Målsättning och mätning	18
7 Patienternas och anhörigas delaktighet	18
7.1 Vårdplan, serviceplan och rehabiliteringsplan	18
7.2 Responssystem för brister i kvalitet och patientsäkerhet.....	18
7.3 Stöd till patienter och anhöriga efter negativ händelse.....	19
7.4 Målsättning och mätning	19
8 Regionalt samarbete	20
8.1 Samarbetsformer inom K5	20

8.2 Samarbetsformer mellan K5:s kommuner och Vasa sjukvårdsdistrikt.....	20
8.3 Målsättning och mätning	21
9 Planens genomförande och uppdatering.....	21
10 Riktlinjer för god och säker vård.....	22
10.1 Patientsäkerhet i läkemedelsbehandlingen och läkemedelsförsörjningen	22
10.2 Säker apparatur och medicintekniska produkter	22
10.3 Dokumentation informationsutbyte och informationssystem.....	23
10.4 Övrig fysisk vårdmiljö.....	24
10.5 Utbildning i patientsäkerhet	24
10.6 Arbetsmetoder för patientsäkerhet	24
Litteraturförteckning	26

Inledning

Finland och resten av västvärlden chockades för några år sedan då siffror utgående från en amerikansk undersökning visade på att var tionde patient i sjukvården råkar ut för en negativ händelse i kontakt med vården och att mellan 700 och 1700 felbehandlingar i den finländska vården årligen leder till dödlig utgång. Undersökningar har samtidigt kommit fram till att hela hälften av dessa negativa händelser kunde förhindras. Utgående från detta har vi Finland under de senaste åren mobiliserat för ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården.

Finlands första patientsäkerhetsstrategi ”Vi främjar patientsäkerheten tillsammans 2009-2013” ger visioner och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvårdslagen (§8, 1326/2010) säger att verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner samt att den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Lagen säger vidare att verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för hur kvalitetsledning och patientsäkerhet tillgodoses. Innehållet preciseras i förordning om kvalitetsledning och patientsäkerhet (341/2011). Planen ska också beakta samarbetet med serviceproducenter inom socialvården i syfte att främja patientsäkerheten.

Inom Kust-Österbottens samkommun för social- och primärhälsovård (K5), aktualiserades frågan om att skriva en gemensam plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet från Malax, Korsnäs, Närpes och Kaskös sida. I dagsläget är kommunerna på väldigt olika nivå med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i och med att Malax-Korsnäs hvc satsat mycket på kvalitetsarbetet och därigenom erhållit kvalitetscertifikat. I Kristinestad har man skrivit en egen patientsäkerhetsplan. Utmaningen med denna plan är därför att sätta en gemensam grundnivå för kvalitetsledning och patientsäkerhet. Svårigheten är att gå in på alltför detaljrik nivå eftersom de olika organisationerna har olika ledning både politiskt och administrativt.

Planen är skriven för att tillämpas inom både hälsovården och socialvården i kommunerna i K5. Eftersom utgångsläget är hälsovårdens lagstiftning används för enkelhetens och läsbarhetens skull begreppen patient och patientsäkerhet. Men planens andemening är att begreppet patient alltid också innefattar klient och kund samt att begreppet patientsäkerhet alltid också innefattar klientsäkerhet. Arbetet med kvalitet och klientsäkerhet är lika viktigt inom socialvården som inom hälso- och sjukvården.

Visionen med planen är att organisationerna ska skapa en kultur av kvalitet och patientsäkerhet. Fokus i planen ligger på de principer, den praxis och de rutiner som personalen, enheterna och organisationerna ska använda i arbetet med kvalitet, förbättringsarbete och patientsäkerhet. Målet med planen är att ge organisationerna en grundstruktur för kvalitetsarbetet som de sedan får uppdatera och vidareutveckla för att bättre passa de egna organisationerna. Planen fokuserar på målsättning för och mätning av kvalitet och patientsäkerhet och den är skriven så att den kan användas som grund för självvärdering och egenkontroll av kvalitet och patientsäkerhet. Målet med planen är också att den ska utgöra en gemensam syn på kvalitet och patientsäkerhet inom kommunerna i K5 så att det regionala samarbetet runt dessa frågor förbättras. Planen är skriven utgående från lagstiftningens krav på planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet.

Även om kvaliteten på vården och omsorgen inom K5 överlag är på en bra nivå förekommer ändå statistiskt sett vårdskador eftersom majoriteten av organisationerna inte arbetar aktivt med riskhantering och förbättringsarbete. Arbetet med kvalitetsledning och patientsäkerhet är i mångt och mycket bara i startgroparna i K5-kommunerna. Att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten kräver målmedvetet och strukturerat arbete. Att förbättra kvaliteten och patientsäkerheten förutsätter att vården utformas enligt

patientens behov av trygghet, vård och omsorg – inte efter vårdens och omsorgens organisatoriska behov. Vi främjar kvaliteten och patientsäkerheten tillsammans!

1 Ledning av kvalitetsarbetet

För att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakter med vården och för att personalen ska ha möjligheter att utföra ett tryggt och säkert arbete behövs klara regler, rutiner och ansvarsfördelning på alla nivåer. Det är viktigt att utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten grundar sig på att arbetet görs välplanerat, systematiskt och organiserat ända från ledande tjänstemän till enskilda arbetstagare. För detta ansvarar ledningen.

Ett ledningssystem ska fastställa grundprinciper för ledningen av verksamheten, göra upp mål i enlighet med kvalitetskrav samt följa upp och utvärdera organisationens målsättningar. Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet ska skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador. Ändamålsenligheten i systemet ska kontinuerligt utvärderas och förbättras.

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet är inte ett separat system utan det ska vara integrerat i det ledningssystem som den övriga organisationen har. Det ska på ett öppet sätt tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och allmänhet. Ledningssystemet ska vara enkelt och det bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens målsättningar.

1.1 Ledningen ansvar för kvalitet och patientsäkerhet

Ledningen för organisationen bär totalansvaret för kvaliteten och patientsäkerheten. Detta ansvar kan ledningen inte delegera. Ledningen är ansvarig för att patientsäkerheten sätts främst i alla led; inte bara i praktiska vårdssituationer utan även när det gäller övergripande målsättningar, utveckling av nya behandlingsmetoder, inköp av utrustning och vid omorganiseringar. Ledningen är ansvarig för att kvalitet och patientsäkerhet genomsyrar vision, målsättning och praxis inom hela organisationen.

- Ledningen framhåller kvalitet och patientsäkerhet i all verksamhet och ser till att arbetsförhållandena möjliggör högklassig och säker vård.
- Ledningen ansvarar för att personalen ges instruktioner för högklassig och säker vård utgående från vedertagna riktlinjer och rekommendationer om god praxis. Instruktionerna och beskrivningarna av praxis ska vara tydliga och uppdaterade och alla ska ha tillgång till dem.
- Ledningen ser till att organisationen har tillräckligt med personal och att hela personalen har tillräcklig kompetens att utföra sitt arbete. Man beaktar också beredskap för eventuella undantags- och förändringssituationer.
- Ledningen ansvarar för att alla beslut, också ekonomiska, bedöms också ur patient-säkerhetssynvinkel.
- Ledningen ansvarar för att riskhantering genomförs på alla organisationsnivåer samt för att information om risker, riskhändelser och negativa händelser samlas in, analyseras och används i utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten.

- Ledningen fastställer målen och utvecklingsåtgärderna för kvaliteten och patientsäkerheten i den årliga verksamhets- och ekonomiplanen. Dessa mål ska vara mätbara, de ska dokumenteras och kontinuerligt följas upp. De ekonomiska förutsättningarna för utvecklingsåtgärderna tryggas samtidigt i ekonomiplanen.
- Ledningen ansvarar för att patientsäkerheten beaktas i utvecklingen av arbetsmiljön och anskaffningsbesluten. Arbetsmiljön bör trygga både patienternas och personalens säkerhet och i anskaffningsbeslut eftersträvar man enhetlig och förenlig apparatur och system.
- Ledningen ansvarar för att organisationens krav på kvalitet och patientsäkerhet gäller också hos de tjänster som man köper från utomstående serviceproducenter. Detta säkerställs redan i upphandlingsskedet.
- Ledningen ansvarar också i övrigt för att det som överenskoms i denna plan för kvalitetsledning och patientsäkerhet förverkligas.

1.2 Personalledning som främjar kvalitet och patientsäkerhet

Engagerat ledarskap, att stärka personalens autonomi, god kommunikation, tillit och rättvisa samt social interaktion är viktiga moment för att skapa ett starkt säkerhetsklimat. Förmännen:

- visar tydligt åt sin personal att kvalitet och patientsäkerhet är viktigt och satsa på och att säkerhet är allas ansvar.
- har ett öppet informationsflöde samt ett öppet, tillitsfullt och icke-skuldbeläggande klimat.
- ger arbetet tillräckliga resurser och avsätter tid för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.
- arbetar med en tydligt strukturerad organisation.
- identifierar och åtgärdar ständigt risker och brister i systemet.
- har ett decentraliserat beslutsfattande.
- lär av misstag. Stöder medarbetare, patienter och anhöriga efter att misstag inträffat.
- ordnar fortbildning enligt avdelningens behov och målsättningar, övar gärna med simulerade övningar.
- bedriver arbetet med en gemensam situationsmedvetenhet.

1.3 Ansvarspersoner

För att arbetet med kvalitet och patientsäkerhet systematiskt ska drivas framåt är det viktigt att organisationen klart definierar ansvarspersoner för detta. Varje organisation måste utse, beroende på sin storlek, minst en person som ansvarar för utvecklingen av patientsäkerheten. På motsvarande sätt är det också att rekommendera att organisationen utser en person som är ansvarig för utvecklingen av kvaliteten. Det är också viktigt att man på avdelningarna och enheterna lyfter fram kvalitet och patientsäkerhet genom att också här utse ansvarspersoner för detta. Dessa nyckelpersoner bör fortbildas för sina uppgifter. Om det hjälper till att uppfylla målsättningarna med kvalitet och patientsäkerhet kan organisationerna också ta arbetsgrupper för kvalitet och patientsäkerhet i bruk.

Kvalitets- och patientsäkerhetskoordinatorn ansvarar för systemet för kvalitetsledning och patientsäkerhet upprätthålls och utvecklas i organisationen. Kvalitets- och patientsäkerhetskoordinatorn ansvarar för att planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet utvecklas och uppdateras. Denna person ansvarar också för att uppgifter om organisationens läge gällande kvalitet och patientsäkerhet samlas in och sammanställs till

verksamhets- och ekonomiplanen. Koordinatorn fungerar som sakkunnig i frågor som rör kvalitet och patientsäkerhet och stöder organisationens övriga ansvarspersoner och arbetsgrupper i detta utvecklingsarbete.

Kvalitets- och patientsäkerhetsansvariga fungerar som sakkunnig i kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor på de egna arbetsenheterna. Dessa har till uppgift att främja kvaliteten och patientsäkerheten på den egna avdelningen i samarbete med enheternas förmän och övriga ansvarspersoner för patientsäkerheten. Målet är att utveckla arbetssätt och rutiner så att vården på avdelningen är säker och effektiv. En viktig uppgift för patientsäkerhetsansvariga är att uppmuntra personalen till säkerhetstänkande och rapportering av farliga situationer. Patientsäkerhetsansvariga stöder förmännens strävan att upprätthålla ett klimat som inte skuldbelägger de anställda. De patientsäkerhetsansvariga sammanställer material enligt kvalitets- och patientsäkerhetskoordinators direktiv.

1.4 Kvalitetskultur och patientsäkerhetskultur

Att skapa en kvalitetskultur i vård och omsorg förutsätter ett systematiskt arbetssätt som stöds av ledningen samt de vården och attityder som finns i organisationen. I en kvalitetskultur har organisationen en gemensam förståelse för och har förbundit sig till att utveckla och upprätthålla hög kvalitet i den service man producerar. Organisationen i sin helhet har implementerat arbetssätt för kvalitetssäkring, kvalitetsstyrning, kvalitetskontroll och kvalitetsutveckling.

- ❖ Patienten/klienten sätts i fokus. Vården och omsorgen ges i samförstånd med vårdtagaren på ett sådant sätt att individuella behov och önskemål beaktas.
- ❖ Servicen inom social- och hälsovården ges i rätt tid.
- ❖ Personalen är kompetent, yrkesskicklig och förverkligar vården och omsorgen på ett tryggt sätt med hjälp av praxis som baserar sig på forskning och erfarenhet.
- ❖ Tillräckligt med kompetent och kunnig personal finns att tillgå i alla arbetsskiften.
- ❖ Patientsäkerheten är en del av vården och klientsäkerheten är en del av den sociala servicen.
- ❖ Samarbetet och informationsflödet mellan alla vårdgivare präglas av kontinuitet. Servicen är smidig och vårdtagarna får service utan onödiga fördröjningar, upprepningar eller onödiga åtgärder.
- ❖ Patienten/klienten ges möjlighet att tillsammans med personalen delta i uppgörandet av sin egen vårdplan/serviceplan/rehabiliteringsplan.
- ❖ Vårdtagaren upplever hälso- och välfärdsnytta av den service som ges.

Patientsäkerhetskultur innebär att ledningen, arbetsgemenskapen och arbetstagarna skapar förutsättningar för att alltid handla på ett sådant sätt att vården och omsorgen är säker, effektiv och skapar så lite skada som möjligt för patienterna och klienterna. I en organisation som genomsyras av en sådan kultur stöder värderingar, attityder, arbetssätt och ledningens beslut att man som patient och klient får en säker och trygg vård och omsorg. Arbetet med att skapa en patient- och klientsäkerhetskultur bör vara planerat och strukturerat. För att lyckas krävs ett djupt engagemang från ledningens sida med att skapa förutsättningar för säkerhetsarbetet.

- ❖ Vården och omsorgen är säker och effektiv på alla nivåer.
- ❖ Ledningen betonar patient- och klientsäkerheten i all verksamhet och garanterar att arbetsförhållandena är sådana att vården och omsorgen kan ges på ett säkert och tryggt sätt.
- ❖ Främjandet av patient- och klientsäkerheten ingår i verksamhets- och ekonomiplaneringen samt att alla beslut som görs bedöms också med tanke på patient- och klientsäkerheten.

- ❖ Ledningen ansvarar för att patient- och klientsäkerhetsindikatorer mäts och följs upp.
- ❖ Mänskliga misstag i vården och omsorgen minskas genom att bygga klara processer och handlingsdirektiv för personalen.
- ❖ Förmännen skapar en förtroendefull atmosfär där personalen vågar lyfta fram och diskutera misstag så att man lär sig av misstagen och inte upprepar dessa.
- ❖ Misstag och risksituationer rapporteras. Rapporterna analyseras, behandlas och används i utvecklingen av all service.
- ❖ Riskhantering utvecklas och används i det dagliga arbetet.
- ❖ Patienterna, klienterna och deras anhöriga ges möjlighet att berätta om eventuella brister i patientsäkerheten.
- ❖ Introduktionen av nyanställda och studerande lär ut handlingssätt som stöder patient- och klientsäkerheten.

2 Kvalitetsarbete

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i vården innebär att arbetet ska vara långsiktigt, patientorienterat och präglad av ett förebyggande syn- och arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. Det är viktigt att lokala förbättringsarbeten inte förblir enbart lokala utan att de sprids och utnyttjas i berörd verksamhet både i egen organisation och regionalt.

Enligt målsättningar för förbättring och kvalitet ska kvalitativ vård vara:

Säker - skador i samband med vård undviks genom systematiskt förebyggande arbete

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig – vården ska vara baserad på vetenskap och evidens och främja befolkningens hälsoutveckling.

Patientfokuserad – vården ska ges på ett respektfullt sätt och man ska ta patientens individuella behov, önskemål och värderingar i beaktande.

I rimlig tid – man ska minimera väntetider och fördröjningar både för patienter och personal.

Effektiv – vården ges i samverkan så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

Jämlig – vården ges och fördelas på lika villkor för alla invånare.

2.1 Förbättringsarbete

Förbättringskunskap är ett samlande begrepp för de olika teorier och vetenskaper som används för att lyckas med förändringar som ska leda till hållbara förbättringar, utveckling och innovation av verksamheter och arbetssätt.

All förbättring kräver förändring men alla förändringar är inte förbättringar! Förbättringar sker sällan av sig själva utan kräver oftast aktivt, systematiskt och noggrant arbete. En organisation som inte längre förmår att anpassa sig till förändrade förhållanden i omvärlden riskerar att inte längre kunna uppfylla sitt syfte och tappar sitt existensberättigande. Genom att arbeta med förbättringsarbete kan man ofta samtidigt öka kvaliteten och sänka kostnaderna.

För att systematiskt kunna förändra och förbättra redan inlärd arbetsmetoder och rutiner kan man använda sig av olika modeller för förbättringsarbete. Den modell som oftast omnämns i sammanhanget är PGSA-hjulet (kallas också kvalitetshjulet, Nolan-modellen eller PDSA-cykeln).



2.2 Mätning, kontroll av kvaliteten, kvalitetsindikatorer, egenkontroll, auditering?

Att följa upp verksamheten för att få information om den service man producerar är viktigt för vårdkvaliteten. *Mätning* av olika kvalitetsindikatorer och egenkontroll är två sätt att följa upp hur verksamheten fungerar. Fel utförda och planerade blir mätningarna lätt oanvändbara, ger inte svar på det man söker efter och därför oanvändbara i kvalitetsutvecklingen. Både målsättningar och mätningar ska utgå från det organisationen vill lyckas med (kritiska framgångsfaktorer). Man ska mäta det som är viktigt och går att påverka, medarbetarna måste förstå vad som mäts, varför och vad de förväntas göra efter att mätningarna är färdiga. Bra mätningresultat ska vara objektiva och inte omedelbart kunna ifrågasättas. Mätningen ska vara lätt att förstå och redogöra, kostnaderna för den ska vara rimliga och den ska vara enkel att genomföra.

Kvalitetsindikatorer är mätbara egenskaper eller omständigheter som kan användas för att kvantitativt uttrycka kvalitetsnivån hos någon del av verksamheten. Kvalitetsindikatorer ska möjliggöra uppföljning och jämförelser, initiera kvalitetsförbättringar samt öka tillgängligheten till information. Kvalitetsindikatorer kan användas både för att belysa kvaliteten i vården för en viss patient, en viss verksamhet eller exempelvis för en viss vårdkedja. Exempel på kvalitetsindikatorer är fall, postoperativa sårinfektioner, trycksår, riskuppfattning och läkemedelsfel i vårdens övergångar. Kvalitetsindikatorer är en av grundstenarna i kvalitetssäkringsinstrumentet RAI (resident assessment instrument) som i K5 används inom äldreomsorgen.

Egenkontroll eller självvärdering innebär en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder. Detta är organisationens egen självständiga kvalitetskontroll att verksamheten uppfyller lagstiftning, kvalitetsrekommendationer och egna krav organisationen har sig ålagd. Inom den privata social- och hälsovården är egenkontroll lagstadgad men Valvira rekommenderar att också kommunal verksamhet genomför egenkontroller. I den nya lagen om tjänster för äldre lagstiftas också om att föreståndare för verksamhetsenheter i social- och hälsovården ska göra planerad egenkontroll för att följa upp att servicen är högkvalitativ, säker och tillgänglig.

2.3 Målsättning och mätning

- ❖ Ledningen ansvarar för och initierar systematiskt förbättringsarbete och förverkligar kvalitetsledningssystemet.
- ❖ Vården och servicen i organisationen är säker, kunskapsbaserad, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.
- ❖ Personalen är motiverad till och delaktig i det systematiska förbättrings- och kvalitetsarbetet.

3 Riskhantering

Säkerheten i vården beror inte på en enskild individ, någon utrustning eller en enhet utan handlar om att hantera en sammansatt interaktion mellan människor, organisation och teknik. Grunden för att göra vården säker bygger på att alla i vårdsystemet – oavsett roll – ger det riskförebyggande arbetet en hög prioritet. Alla verksamheter behöver därför ha ett system för att minska antalet tillbud och avvikelser, begränsa skadeverkningar av avvikelser och få verksamhetens process för riskhantering att fungera.

En vårdenhet som är inriktad på säkerhet beaktar både patienternas och personalens säkerhet. Att utveckla säkerheten och riskhanteringen förutsätter en välfungerande organisation med klara strukturer och riktlinjer från ledningens sida om hur säkerhetsrisker utvärderas och hanteras. I en lärande organisation utvecklas arbetsmiljön, processerna, handlingssätten och instruktionerna utgående från kontinuerliga riskvärderingar.

RISKOMRÅDE	BESKRIVNING
Risker i anslutning till patientsäkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Vårdens nivå• Vårdens kontinuitet• Vårdens tillgänglighet• Tillgång till information och journaler, konfidentialitet• Arbetstagarens skicklighet
Risker i indirekt anslutning till patientsäkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Sjukhusmiljö, apparatur, personalens säkerhet• Storolyckor• Förebyggande av infektioner (personalens åtgärder)• Problemafval
Personalens säkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Trygg arbetsmiljö (patientvård, lyft, förflyttningar, skyddskläder, apparatur)• Hantering av ämnen som är farliga för hälsan• Fortbildning och träning av personalen
Risker i anslutning till organisationens verksamhet	<ul style="list-style-type: none">• Information, informationsgång• Hantering av resurser, ansvarsfrågor• Datasystem och deras funktion

Exempel på risker i anslutning till patientsäkerhet

3.1 Riskanalys

En risk innebär att en negativ händelse kan inträffa som kan leda till en vårdskada. Att analysera risker är ett proaktivt arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna och deras konsekvenser. Riskanalys är en kraftfull arbetsmetod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. Som hjälp vid riskanalysen är det bäst att använda en redan utvecklad metod för riskanalys. Två exempel på riskanalyser med exempel på användbara blanketter som stöd för analysen:

http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf eller på svenska <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>

En riskanalys kan göras både på enhetsnivå, på samarbete mellan enheter och på organisationsnivå. Riskanalyser som görs på organisatorisk nivå är ofta mera omfattande och komplexa än riskanalyser som görs på enskilda delar av arbetsprocesser.

Riskanalys borde göras åtminstone i följande situationer:

- ❖ I samband med upprepade iakttagelser av risker och mindre allvarliga avvikelser inom en arbetsprocess.
- ❖ Då medarbetare uppfattar att ett arbetsmoment är riskfyllt.
- ❖ Före en ny metod eller apparatur tas i bruk.
- ❖ Vid organisationsförändringar.
- ❖ Då negativa händelser har inträffat i en liknande organisation som även skulle kunna inträffa i den egna verksamheten.
- ❖ Då flera händelseanalyser har gjorts inom ett område, men betydande risker kvarstår.

Risker diskuteras och behandlas kontinuerligt på enhetsnivå av enhetens förman samt ansvariga för kvalitet och patientsäkerhet. Risker som omfattar hela organisationen eller flera enheter i organisationen analyseras av ledningsgruppen. I samband med förändringar i organisationen borde en analysgrupp utses av ledningen för att samla in fakta och göra riskanalys.

3.2 Identifiering och hantering av säkerhetsrisker

Då riskmedvetenheten bland personalen är hög arbetar personalen utan att ta onödiga risker. Säkerhetstänkande och riskvärdering är en del av det enskilda patientmötet. Det handlar både om att personalen lär sig att känna igen de varningssignaler som ofta föregår misstag och att sedan också höja beredskapen att minimera de negativa konsekvenserna av de misstag som faktiskt sker.

Med hjälp av olika åtgärder i vårdssystemet och organisationen kan man bygga barriärer som omöjliggör eller gör det svårare för personalen att begå misstag. Möjliga förbättringsåtgärder och deras uppskattade effektivitet:

Mycket effektiva åtgärder	Effektiva åtgärder	Begränsat effektiva åtgärder
Massivt engagemang och fokus på kvalitets- och patientsäkerhetskultur och patientsäkerhetsarbete från ledningens sida	Förbättrad kommunikation och dokumentation	Dubbelkontroller
Ändringar i enhetens fysiska utformning	Minskad arbetsbelastning	Visuella eller andra varningssignaler
Användartestning av ny utrustning eller produkt före inköp	Användarvänligt IT-stöd	Nya riktlinjer, protokoll eller policyer
Tekniska barriärer som omöjliggör felanvändning	Minskning/eliminering av störningar	Undervisning/utbildning
Förenkling av processer och reduktion av antalet processteg	Minnesstöd, t.ex checklistor och lathundar	Fler studier/analyser
Standardisering av utrustning,	Minskning/eliminering av	

produkter, processer och rutiner	produkter eller preparat med liknande namn eller utseende (LASA)	
	Praktisk övning. Motläsning av muntliga ordinationer (closed-loop-kommunikation). Resservsystem för viktiga funktioner.	

3.3. Målsättning och mätning

- ❖ Kommunerna inom K5 bestämmer vilken strukturerad metod för riskanalys man använder. Exempel finns bifogade. Metoden är klart definierad och stödmaterial i form av exempelvis blanketter och flödesschema görs upp.
- ❖ Organisationen hanterar proaktivt risker och minskar antalet tillbud och avvikelser.
- ❖ Ledningen visar stor öppenhet och stimulerar medarbetarna till förutsättningslösa diskussioner om verksamhetens risker.
- ❖ Personalen har en hög riskmedvetenhet och arbetar utan att ta onödiga risker.
- ❖ Enheterna och personalen är aktivt involverade i riskförebyggande arbete och riskanalys.

4 Rapportering och anmälningssystem

En säker och högklassig organisation har klara och tydliga rutiner för hur riskmoment, farliga situationer och brister i kvaliteten rapporteras, behandlas och följs upp. Organisationens ledning och förmän har som uppgift att skapa ett öppet och rättvist klimat som uppmuntrar personalen, patienterna och de anhöriga att aktivt rapportera riskhändelser. Den information man får från olika anmälningar och rapporter analyseras systematiskt. Man tittar på strukturerna och processerna i organisationen, riskfaktorer, rutiner och skyddssystem som redan finns. Utgående från de rapporter och anmälningar som kommer in används informationen för förbättringsarbetet och organisationen lär sig av sina brister.

4.1 Rapportering av avvikelser och farliga situationer

Målet med att rapportera avvikelser och farliga situationer är att verksamheten ska bli bättre och säkrare. För ändamålet bör organisationen ha ett standardiserat system för rapportering och lärande. I Vasa sjukvårdsdistrikt används allmänt det elektroniska rapporteringssystemet HaiPro men organisationerna kan också använda andra system. I rapporterna ska framgå en beskrivning av vad som hänt, hur det gått till, händelseförloppet samt följderna av händelsen.

Personalen bör anmäla farliga situationer och säkerhetsrisker åtminstone i de fall där:

- ❖ anmälningen kan bidra till att förbättra patientsäkerheten

- ❖ andra kan ta lärdom av den information som fås via anmälningen
- ❖ verksamhetssystemet och de metoder som skapats för att säkerställa säkerheten inte fungerar på avsett sätt.

För att rapporteringen av avvikelser, riskhändelser och negativa händelser också ska betyda att patientsäkerheten förbättras i det praktiska arbetet bör följande tillämpas i organisationen:

- ❖ personalen är motiverad till och förstår betydelsen av att rapportera både negativa händelser och tillbud.
- ❖ organisationens ledning och enheternas förmän skapar ett öppet och rättvist klimat som uppmuntrar personalen att rapportera.
- ❖ det är enkelt att göra rapporter och hela personalen känner till hur man rapporterar.
- ❖ personalen kan rapportera negativa händelser och tillbud anonymt och utan rädsla för att bli bestraffad för det man rapporterar om.
- ❖ organisationen analyserar alla inkomna rapporter, tar lärdom av det som inträffat och använder informationen i sitt förbättringsarbete.
- ❖ personalen informeras regelbundet om resultaten av rapporterna och resultatet diskuteras på enheterna. I de fall andra avdelningar och enheter har nytta av informationen i rapporterna informeras också dessa om resultatet av rapporterna.

4.2 Handläggning och utredning av inkomna rapporter

Enbart att rapportera negativa händelser och tillbud förbättrar inte verksamheten.

Som handläggare av rapporter om farliga situationer fungerar i regel enhetens förman eller biträdande förman. Anmälningarna handläggs och klassificeras på den enhet där händelsen inträffat omedelbart eller senast en månad efter att rapporten om händelsen tagits emot.

För handläggning av rapporter i HaiPro används sjukvårdsdistriktets Handbok för handläggare (http://www.vaasankekussairaala.fi/Pa_Svenska/Rekrytering_och_professionella/Patientsakerhet/HaiPro)

Utredningen och analysen av farliga situationer görs utgående från typen av händelse samt enligt den risk som händelsen är förknippad med.

Riskstorlek	Genomförande av utredning av farlig situation
1 Obetydlig risk	Statistikförs och klassificeras lokalt av handläggaren. Genomförs i situationer där risken förknippad med händelsen är obetydlig och händelsen inte kräver omedelbara åtgärder. Mål: fundera över hur händelsen uppkommit och vad som kunde utvecklas för att den inte ska hända igen.
2-3 Låg risk Medelhög risk	Händelsen analyseras och åtgärdsrekommendationer ges på lokal nivå av handläggaren samt vid behov av 1-2 sakkunniga. Genomförs då skadan som drabbat eller kunde ha drabbat patienten är lindrig eller måttlig.

	Mål: fundera över hur händelsen uppkommit och vad som kunde utvecklas för att den inte ska hända igen.
4-5 Hög risk Allvarlig risk	<p>Utredningen baserar sig på en händelseanalys av en särskilt tillsatt analysgrupp.</p> <p>Genomförs då skadan som drabbat eller kunde ha drabbat patienten är allvarlig (exempelvis dödsfall, permanenta skador, invaliditet).</p> <p>Slutsatser och rekommendationer som baseras på händelseförlopp, bidragande faktorer och utredning införs i en separat rapport. Hela organisationen informeras om åtgärdsrekommendationerna så att händelsen inte upprepas.</p>

4.3 Händelseanalys och åtgärder utgående från rapporter med allvarliga följder

En farlig situation klassificeras som allvarlig när följderna av den leder eller kunde leda till dödsfall eller livsfara, då den leder till eller kunde leda till inledande av sjukhusvård eller fortsatt sjukhusvård samt då den leder till eller kunde leda till betydande hälsoeffekter, betydande skada eller försämrad funktionsförmåga av tillfällig eller bestående natur.

Analys av rapporter med allvarliga följder kräver en särskilt systematisk handläggning för att händelsen inte ska upprepa sig. Som hjälp finns analysmodeller som exempelvis Root cause analysis (RCA). På svenska finns analysmodeller för händelseanalys i Socialstyrelsens publikation *Riskanalys och händelseanalys* (2009). Målsättningen är att närmare analyserar och undersöker vårdens, vårdplaneringens, arbetsmiljöns och organisationens andel i händelseförloppet och utgående från strukturerna och processerna i systemet bygga säkringar och skydd för att händelsen inte ska upprepas.

Samtliga rapporter som i det första handläggnings- och analyskedet klassificerats som varande av hög risk eller allvarlig risk (4-5) bör analyseras mera systematiskt. Det är handläggarens ansvar att informera ledningen om att en sådan rapport har inkommit och det är ledningens ansvar att aktivera och följa utredningsarbetet.

I organisationen ska finnas en utsedd grupp som analyserar dessa rapporter efter att handläggaren på respektive avdelning gjort bedömningen att händelsen är av allvarlig karaktär. Utredningsgruppens uppgift är att initiera analys, samla in fakta, beskriva händelseförloppet, identifiera bakomliggande orsaker, utarbeta åtgärdsförslag och metod för uppföljning samt besluta om åtgärder, uppföljning och tidsplan gör genomförande av åtgärderna. Resultatet redovisar utredningsgruppen i en slutrapport.

4.4 Stöd till personalen efter händelser med allvarliga följder

Att vara med om att vålla en allvarlig vårdskada är chockartat och kan leda till oro för att göra fel igen, minskat självförtroende, sömnsvårigheter, kroppsliga symptom, självmordstankar, lägre arbetstillfredsställelse och skadat personligt rykte. Arbetstagaren i fråga har också funderingar runt vad händer honom efter det som inträffat, om han ska bli uppsagd eller bestraffad. Det är en viktig arbetsmiljöfråga att ha organisatorisk beredskap att stöda personal som varit inblandad i en vårdskada. Det

är viktigt att ha ett på förhand överenskommet handlingsprogram för dessa situationer så att personalen vet att de får stöd från arbetsgivaren. Den drabbades närmaste förman har här ett stort ansvar att bedöma om personen i fråga klarar av att arbeta, att hålla regelbunden kontakt med den anställda och dennes mående samt att informera om hur pågående utredningar avancerar. Kamratstöd från den egna arbetsgruppen är också viktigt. Ibland behöver insatserna kompletteras med stöd från företagshälsovården eller psykosociala enheten.

4.5 Rapportering som krävs enligt andra författningar

Förutom risker i anknytning till patientsäkerheten bör organisationen också ge anvisningar åt personalen att rapportera till åtminstone följande register:

- Anmälan om misstänkta livsmedels- och vattenburna epidemier
http://www.ktl.fi/portal/svenska/for_halsoframjare/infektionssjukdomar/utredning_och_uppfoljning_av_epidemier
- Anmälan om misstänkt läkemedelsbiverkning
http://www.fimea.fi/om_fimea/blanketter#biverkningar
- Anmälan om misstänkt vaccinationsbiverkning
http://www.ktl.fi/portal/svenska/publikationer/guider_och_handbocker/vaccinatorens_handbok/biverkningar_av_vaccinationer/anmalning_av_vaccinationsbiverkningar/#navi2
- Anmälan om risksituation med medicintekniska produkter
http://www.valvira.fi/se/tillstand/medicintekniska_produkter/anmalan_om_risksituation/anvandarens_anmalan
- Anmälan om strålningsskador
- Anmälan om smittsamma sjukdomar
http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/infektiaudit
- Anmälan om allvarliga skador i samband med blodtransfusion <http://www.veripalvelu.fi/www/140>
- Anmälan till implantatregistret
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/lomakkeet/tandimplantat.pdf>

Det är viktigt att organisationen också använder informationen i dessa register för att systematiskt förbättra sin verksamhet och göra den säkrare.

4.6 Målsättning och mätning

- ❖ Personalen är motiverad att rapportera farliga situationer, negativa händelser och tillbud.
- ❖ Organisationen lär sig av farliga situationer, negativa händelser och tillbud och bygger skyddssystem och bättre rutiner så att de inte upprepas.
- ❖ I organisationen finns ett responssystem så att all personal som berörs informeras om de utvecklings- och förbättringsåtgärder som görs utgående från analys av rapporterna.
- ❖ Allvarliga händelser analyseras systematiskt och åtgärder görs för att händelserna inte ska upprepas.
- ❖ Patientombudsmannen och socialombudsmannen rapporterar årligen om sitt arbete till ledningen.
- ❖ En sammanställning av inkomna rapporter och utförda åtgärder görs enhetsvis och sammanställs årligen för varje organisation. Rapporterna delges kommunens/stadens vård- och omsorgsnämnd samt ledningen för Kust-Österbottens samkommun för socialvård- och primärhälsovård, K5.

5 Personalens deltagande

Det systematiska kvalitetsarbetet ska vara integrerat i hela verksamheten. Alla medarbetare ska aktivt delta i både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Hela personalen har ansvar över att arbetet utförs tryggt, säkert och effektivt, med patienten fokus samt att vården ges i rätt tid, är effektiv och jämlik. Ledningen värnar om att klimatet för kvalitetsutvecklingen och patientsäkerheten är öppet, förtroendefullt och lärande.

Alla som direkt eller indirekt har med vården av patienterna och klienterna att göra vet och känner att utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten är en del av deras arbete.

Personalen uppmuntras och ges möjlighet att föra fram egna observationer och idéer gällande utvecklingen av kvalitet och patientsäkerhet.

Multiprofessionella arbetsgrupper runt kvalitetsförbättring och patientsäkerhet organiseras utgående från riskbedömningar, resultat från rapporteringssystem samt behov av förbättringsarbete och införande av nya arbetsmetoder.

Personalen informeras kontinuerligt och strukturerat om aktuella frågor som rör utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten både på enheten, i organisationen, inom samkommunen, inom sjukvårdsdistriktet samt på nationell nivå. Informationen är enkel och enhetlig att hitta för hela personalen.

Frågor som rör kvalitet och patientsäkerhet diskuteras på avdelningsmöten och i utvecklingssamtal.

Personalen får regelbundet konstruktiv och uppbyggande respons på sin egen insats i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet både som enskild medarbetare och arbetsgrupp. För detta ansvarar ledningen och förmännen.

Goda idéer och utvecklingsförslag belönas i organisationen.

6 Introduktion och fortbildning

Varje yrkesutbildad person ska ha den utbildning och kompetens som uppgiften kräver samt tillräckliga kunskaper och färdigheter för att utföra arbetet på ett bra och säkert sätt. Introduktion och fortbildning är viktiga verktyg för kompetensutveckling, kvalitet och patientsäkerhet. Kvaliteten och patientsäkerheten i organisationen förbättras endast om ledningen och personalen har tillräckliga kunskaper, färdigheter och kompetens för sina uppgifter. Detta tryggas genom kontroll av kompetensen och bedömning av lämpligheten i samband med rekryteringen, att tillräcklig introduktion ges i arbetsuppgifterna samt genom kontinuerlig fortbildning och uppföljning av kompetensen.

6.1 Introduktion för högkvalitativ och säker verksamhet

Arbetsgivaren ska säkerställa att varje anställd har fått den introduktion som behövs för att utföra sina arbetsuppgifter väl. Introduktion ges åt nyanställda samt personal som fått nya arbetsuppgifter. Det är arbetsgivarens sak att säkerställa att externa serviceleverantörer också har fått den utbildning och de färdigheter de behöver för att utföra arbetet väl.

För att öka kvaliteten och patientsäkerheten i introduktionen ska varje avdelning ha ett skriftligt introduktionsmaterial eller introduktionsplan. Introduktionsmaterialet kan utformas på olika sätt men målet är att det ska stöda förmän och personal att lära ut trygga, goda och evidensbaserade arbetsmetoder åt all personal som ska lära sig nya arbetsuppgifter. Introduktionsmaterialet bör utgå från och lära ut organisationens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Introduktionsplanen ska uppdateras årligen. Avdelningens förman bär ansvaret för introduktionen men kan delegera delar av denna till övriga arbetstagare i organisationen. Förmannen dokumenterar och utvärderar introduktionen tillsammans med den nya arbetstagaren och introduktionen avslutas då man bedömer att arbetsuppgifterna kan utföras på ett bra och säkert sätt.

6.2 Fortbildning kopplad till mål med kvalitet och patientsäkerhet

Målet med fortbildningen av personalen är att upprätthålla, utveckla och fördjupa personalens kunnande, teamarbete och yrkesskicklighet utgående från de anställdas utvecklingsbehov samt organisationens uppgifter, arbetsmetoder och målsättningar. Då man utvärderar utvecklingsbehovet ska man beakta både individ-, team-, och organisationsnivå. Varje arbetstagare har rätt och är skyldig att kontinuerligt utveckla och uppdatera sin kunskap och sin skicklighet. Utgående från svårighetsgraden i arbetsuppgifterna ska arbetsgivaren ge arbetstagarna möjlighet att delta i tillräckligt med fortbildning för att arbetet ska kunna utföras säkert och bra. Arbetsgivaren ska stöda, värdesätta och belöna de anställdas arbetsinsats och strävan till utveckling och förbättring.

Utgående från organisationens målsättningar, förbättringsarbetet och personalens behov av kompetenshöjning planeras fortbildningen. Fortbildningen dokumenteras och rapporteras i form av en fortbildningsplan och för denna finns en utnämnd ansvarsperson. Fortbildning ordnas i egen regi men man använder sig också av regionala och nationella fortbildningar med målsättningen att personalens kompetens och skicklighet höjs och att den praktiska patientvården blir bättre och säkrare. Fortbildningsplanen görs halvårsvis och uppdateras regelbundet. Ledningen och förmännen är ansvariga för innehållet i fortbildningsplanen medan den som ansvarar för fortbildningsplanen samlar in uppgifter om fortbildningar och säkerställer att personalen har uppgifter om tillbudsstående fortbildningar. Den ansvariga för fortbildningsplanen rapporterar årligen vilka fortbildningar som ordnats och bjudits ut åt personalen inom egen organisation, inom K5 samt i övrigt.

Det är viktigt att fortbildningen årligen innehåller också utbildning i frågor som rör kvalitetsutveckling, metoder för förbättringsarbete och patientsäkerhet. För att personalen ska kunna delta i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet behöver den kunskap i grundläggande teoretiska frågor kring dessa ämnen. Detta är också ledningens möjlighet att skapa ett strukturerat och målmedvetet förbättringsarbete.

I organisationen finns ett system för dokumentering av hur personalen fortbildat sig. För upprätthållandet av detta ansvarar förmännen och personalen. Fortbildningsaktiviteten bör tas upp på utvecklingssamtalen och den rapporteras också årsvis till ledningen. Personalen bör också kunna ge feedback på den fortbildning som ordnas och på det sätt som fortbildning ordnas i organisationen.

6.3 Målsättning och mätning

- ❖ Varje avdelning i organisationen har en skriftlig introduktionsplan för standardiserad och strukturerad introduktion. Introduktionsplanen uppdateras årligen.
- ❖ Alla nyanställda och all personal som får nya arbetsuppgifter får tillräcklig introduktion enligt introduktionsplanen.
- ❖ Fortbildningen planeras utgående från organisationens målsättningar, förbättringsarbetet och personalens behov av kunskap och skicklighet. Utvecklingssamtalen, och vid behov kompetenskartläggningar, används som hjälpmedel för planering av fortbildningen. Planeringen är strukturerad och dokumenteras i en fortbildningsplan som uppdateras regelbundet.
- ❖ I fortbildningen ingår årligen frågor som rör kvalitetsutveckling, metoder för förbättring samt kunskap om patientsäkerhet.
- ❖ Arbetstagarnas fortbildning registreras och redovisas årligen.

7 Patienternas och anhörigas delaktighet

Patienterna, klienterna och deras anhöriga ska ges möjlighet att delta i förbättrandet av kvaliteten och patientsäkerheten. Vården och servicen ges i samförstånd med patienterna och det är viktigt att patienten får tillräckligt med information och råd om sitt tillstånd för att få tillräcklig egenmakt och självbestämmande i vården. Personalen informerar på ett förståeligt sätt om behandlingsalternativ, läkemedelsbehandling samt de risker som finns i anslutning till dessa. Personalen lyssnar på patienten och uppmuntrar patienterna att berätta om symptom, önskemål och bekymmer. Om patienten så önskar informeras också anhöriga eller annan närstående om patientens situation.

7.1 Vårdplan, serviceplan och rehabiliteringsplan

Genom att göra upp en vårdplan stärks patientens ställning i sin omvårdnad samtidigt som kvaliteten och patientsäkerheten förbättras. Planen ska också bidra till ökad egenvård från patientens sida. Planen utgår från det vårdbehov patienten upplever sig ha och det mål patienten ställer upp. Planen uppgörs och uppdateras i samarbete mellan patient och vårdpersonal, den görs på ett strukturerat och standardiserat sätt och dokumenteras i skriftlig form. För planen utses en ansvarig person som samordnar funktionerna runt vårdplanen. Blanketten för vårdplanen utgör en del av patientjournalen och kommer i framtiden att fogas till det nationella elektroniska patientdataarkivet. Varje organisation bör ha enhetliga och klara riktlinjer för hur vårdplanerna görs upp, förverkligas och uppdateras.

Inom hälso- och sjukvården kallas denna vårdplan *Hälso- och vårdplan* medan den inom äldreomsorgen kallas *Service- och vårdplan*. Inom rehabiliteringen kallas den plan man gör upp *Rehabiliteringsplan*.

7.2 Responssystem för brister i kvalitet och patientsäkerhet

För patienten och de anhöriga är vanligen det viktigaste att patienten får så bra och trygg vård som möjligt. Patienten och vårdpersonalen ser på vårdkvaliteten och patientsäkerheten ur olika perspektiv. Precis som man uppmuntrar personalen till att rapportera om brister i kvalitet och patientsäkerhet bör också patienter

och anhöriga uppmuntras till att göra detsamma. Och precis som organisationen tar lärdom av personalens rapporter om brister i kvalitet och patientsäkerhet bör ledningen och organisationen ta lärdom av patienternas och de anhörigas rapporter.

Allmänheten informeras om hur de kan föra fram sina observationer och vem man kan kontakta om man vill diskutera dessa frågor. Att ge respons på brister i kvalitet och patientsäkerhet bör vara enkelt att göra för patienterna och de anhöriga. Det är viktigt att organisationen har ett öppet och förtroendefullt klimat mot allmänhetens rapportering om brister i kvalitet och patientsäkerhet. Även om rapporter ska kunna göras anonymt bör patienterna och de anhöriga uppmuntras att lämna kontaktuppgifter. Dels för att man vid behov ska kunna utreda situationen närmare och dels för att kunna ge respons tillbaka på hur bristerna har hanterats och vilka förbättringar som gjorts utgående från rapporterna.

De rapporter som patienter och anhöriga gör angående brister i patientsäkerheten analyseras av ledningen enligt samma system som man analyserar HaiPro-rapporter från personalen. Alla inkomna rapporter dokumenteras tillsammans med uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits utgående från dessa.

Också patientorganisationer bör uppmuntras att ta kontakt gällande brister i kvalitet och patientsäkerhet. Företrädare för patientorganisationerna bör också kallas med i arbetsgrupper som ska trygga patientsäkerheten. Patientombudsmannen och socialombudsmannen bör också kunna ta emot och vidarebefordra ärenden som gäller kvalitet och patientsäkerhet.

Organisationerna bör också på ett öppet och lättillgängligt sätt informera om hur patienterna kan göra klagomål och anmärkningar om man är missnöjd med den vård man fått både inom hälsovården och anmärkningar om man är missnöjd med den vård man fått inom socialvården. Lättillgänglig information ska också finnas om hur man gör patientskadeanmälningar.

7.3 Stöd till patienter och anhöriga efter negativ händelse

Om en patient drabbats av en vårdrelaterad negativ händelse ska man öppet informera patienten eller dennes företrädare om detta. Det är naturligt att den som förorsakat eller deltagit i den negativa händelsen berättar om och förklarar vad som hänt. Om detta inte är möjligt kan också förmanen, vårdande läkaren eller en kollega informera patienten om händelsen. Man informerar också patienten om vilka åtgärder som vidtas eller redan vidtagits för att begränsa eventuella skador av det inträffade samt hur man går vidare. Det är viktigt att den som informerar patienten samtidigt ber om ursäkt för det inträffade.

7.4 Målsättning och mätning

- ❖ Patienterna, klienterna och deras anhöriga har lättillgängliga möjligheter att ge respons på kvalitet och patientsäkerhet. Rapporterna handläggs såsom HaiPro-rapporterna.
- ❖ Vid all regelbunden och långvarig vård finns en gjord och regelbundet uppdaterad vårdplan eller serviceplan.

8 Regionalt samarbete

Vården är en komplex verksamhet och det borde vara självklart att olika professioner och verksamheter ska samarbeta med varandra och med patienten. För att vården och vårdprocesserna ska bli bra krävs det att alla delar i systemet hänger ihop på ett genomtänkt sätt. För att undvika skador och kvalitetsbrister behöver all personal arbeta utgående från en helhetssyn på patientens behov. Hela vårdpersonalen ska se att patienten ständigt befinner sig i ett sammanhang med tidigare, nuvarande och kommande vårdkontakter. I en välfungerande servicekedja (vårdkedja) eller vårdprocess är alla led i vården till nytta för patienten oberoende vilken organisation som för tillfället vårdar patienten. För att servicekedjan ska fungera och för att ingen del i kedjan ska vara svagare än en annan behövs regionalt samarbete.

8.1 Samarbetsformer inom K5

FORTBILDNING samarbetar man redan om inom K5. Dels finns fortbildningsgruppen i vilken sitter representanter från alla kommuner där man diskuterar och planerar gemensamma fortbildningar och dels så ordnar man också gemensamma fortbildningar i K5:s regi. Det är viktigt att denna samarbetsform fortsätter och fördjupas.

MÄTNING och jämförelse av mätresultat kan man samarbeta om inom ramen för det övervakningsansvar K5 har över verksamheten inom hälso- och socialvården i de fem medlemskommunerna. Dels kan man utveckla gemensamma mätare för kvalitet och patientsäkerhet och dels kan man dela mätresultat för jämförelse och kvalitetsutveckling.

UTVECKLING, UPPFÖLJNING OCH UPPDATERING AV KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSPLANEN hör till K5:s övervakningsansvar och samarbetsformer för detta bör utvecklas. Den patientsäkerhetsgrupp som bildades inom K5 kunde med fördel ändras till en kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp med ansvar att samla in och jämföra mätresultat samt utgående från dessa utveckla kvaliteten och patientsäkerheten inom organisationerna i K5.

GEMENSAMMA RIKTLINJER OCH PRAXIS samarbetar man redan om inom K5. Med tanke på kvalitet och patientsäkerhet i den verksamhet kommunerna producerar bör denna samarbetsform fortsätta och fördjupas.

8.2 Samarbetsformer mellan K5:s kommuner och Vasa sjukvårdsdistrikt

Också inom sjukvårdsdistriktet samarbetar kommunerna i dagsläget om exempelvis ordnande av fortbildning och uppgörande av gemensamma arbetsmetoder och servicekedjor. Primär- och specialistsjukvårdstjänsterna samordnas också i den organisationsplan för hälso- och sjukvården som siktar på att skapa en funktionell helhet för vården och omsorgen i Vasa sjukvårdsdistrikt. I frågor som gäller kvalitet och patientsäkerhet delar vi material och praxis exempelvis i form av de patientsäkerhetsmeddelanden som sjukvårdsdistriktet ger ut. Inom sjukvårdsdistriktet finns också en regional arbetsgrupp för kvalitet och patientsäkerhet (LAK/PAK) i vilken representanter också från K5:s kommuner ingår. Händelseanalys är också en av de saker man med fördel kunde starta upp ett samarbete kring inom sjukvårdsdistriktet.

8.3 Målsättning och mätning

- ❖ Inom K5 skapas en enhetlig kvalitets- och patientsäkerhetskultur.
- ❖ Inom K5 planeras och ordnas fortbildning strukturerat utgående från organisationernas målsättningar. Också fortbildningar gällande förbättringskunskap, kvalitet och patientsäkerhet ordnas årligen och då med speciell fokus på fortbildning av ansvarspersoner inom området kvalitet och patientsäkerhet.
- ❖ Mätning av kvalitet och patientsäkerhet koordineras från K5:s sida.
- ❖ K5:s kvalitets- och patientsäkerhetsgrupp träffas regelbundet och diskuterar gemensamma frågor såsom funktionsdugliga mätare, mätresultat, resultat av rapportering om farliga situationer och praxis i anslutning till kvalitet och patientsäkerhet. I gruppen ingår representanter både från hälsovården och från socialvården.
- ❖ Från K5:s kommuner deltar man aktivt i det regionala samarbetet inom sjukvårdsdistriktet.

9 Planens genomförande och uppdatering

Meningen med den lagstiftade planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet är att både lagstiftningen och den finländska patientsäkerhetsstrategin ska uppfyllas också i K5-området. Ledningen för vård- och omsorgsavdelningen i kommunerna ansvarar för planen och dess verkställande samt att dess innehåll integreras i organisationens verksamhets- och ekonomiplan. Planen uppdateras årligen med utgångspunkt i hur arbetet med kvaliteten och patientsäkerheten framskrider. För uppdateringen ansvarar ledningen för kommunernas vård- och omsorgsavdelningar.

Kvalitets- och patientsäkerhetsplanen är inget självändamål utan ska vara ett levande dokument för att förbättra kvaliteten och minska vårdrelaterade skador inom K5. Innehållet i planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet bör implementeras och förankras i vård- och omsorgsorganisationernas strukturer och praxis så att vården som ges inom K5 är säker och effektiv. Implementeringen bör ske på ett sådant sätt att personalen uppfattar förbättringsarbetet och patientsäkerhetsarbetet som viktigt och intressant. Implementeringsprocessen dokumenteras och fastställs i form av en verksamhetsplan för kvalitet och patientsäkerhet där man för alla delområden i planen antecknar åtgärder, tidsplan, uppföljning och ansvarspersoner.

Enligt förordningen om uppgörande av en plan för kvalitet och patientsäkerhet ska organisationerna informera både personal och allmänhet om planen, dess innehåll och hur dessa kan delta i utvecklingen av kvalitet och patientsäkerhet. Personalen bör informeras om bakgrunden till planen, dess innehåll och vilken roll de spelar i att planen fullföljs. De delar av planen som rör allmänheten bör informeras om i media samt på organisationernas webbsidor. Allmänheten ska informeras åtminstone om det som står i denna plans punkt sju: patienters och anhörigas deltagande. Allmänheten bör också klart informeras om patientombudsmannens och socialombudsmannens arbete och kontaktuppgifter. Allmänheten bör också enkelt ha tillgång till information om hur man gör anmärkningar och klagomål. För denna första information ansvarar K5.

10 Riktlinjer för god och säker vård

10.1 Patientsäkerhet i läkemedelsbehandlingen och läkemedelsförsörjningen

Läkemedelsbehandling som genomförs på rätt sätt är trygg, ekonomisk och ändamålsenlig. Säker läkemedelsbehandling är en central del av patientsäkerheten. Då läkemedelsbehandlingen sker i samarbete mellan flera yrkesgrupper förutsätter det att vårdpersonalen behärskar både de olika skedena av läkemedelsbehandlingen och helheten. För att säkerställa och förenhetliga principerna för enheternas läkemedelsbehandling gav Social- och hälsovårdsministeriet år 2007 ut publikationen Säker läkemedelsbehandling – nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården.

Planen för läkemedelsbehandling

Eftersom läkemedelsbehandlingen är ett av de största riskområdena i hälsovården är det viktigt att enheterna har klara direktiv för hur läkemedelsbehandlingen förverkligas. Ansvaret för detta ligger på ledningen. Varje enhet som hanterar läkemedel bör därför göra upp en plan för läkemedelsbehandlingen. Personalens ansvar, skyldigheter och arbetsfördelning bör vara klar och tydlig. Principerna för tillståndsförfaranden bör vara definierade och användas. Personalen bör också ha klara direktiv för hur läkemedlen iordningställs och administreras samt hur läkemedelsbehandlingen dokumenteras. Planen bör uppmuntra personalen att rapportera alla misstag som sker i samband med läkemedelsbehandling.

Planen för läkemedelsbehandlingen används i introduktionen av ny personal samt som grund för fortbildningen av hela personalens kunskande i läkemedelsbehandling. För patientsäkerheten är det av stor vikt att enheterna identifierar vilka risker de har i samband med läkemedelsbehandlingen och utgående från detta uppdaterar planen för läkemedelsbehandlingen årligen.

LOVe

Nätutbildning i läkemedelsbehandling har tagits i bruk i Vasa sjukvårdsdistrikt. Utbildningen baserar sig på handboken för säker läkemedelsbehandling och målsättningen är att både förenhetliga praxis och säkerställa personalens kunskande gällande läkemedelsbehandling. Nätutbildningen innehåller också en tentmensadel där man i primärvården tentar grunderna i läkemedelskunskap (LOP), intravenös läkemedels- och vätskebehandling (IV) samt blodtransfusioner (ABO). Utgående från svårighetsgraden på läkemedelsbehandlingen ska personalens deltagande i LOVe fastställas i planen för läkemedelsbehandling.

Läkemedelsfel i övergångar mellan vårdenheter

Läkemedelsfel i övergångar mellan olika vårdenheter är en av de allra vanligaste bristerna i vården. Anledningen är ofta brister i kommunikationen och informationsöverföringen. Det kan ske mellan olika vårdenheter eller mellan vårdenheter och patienten, och ibland även dennes närstående. Misstag gjorda av hälso- och sjukvårdspersonal står för huvuddelen av läkemedelsfelen.

10.2 Säker apparatur och medicintekniska produkter

Lag om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård (629/2010) syftar till att upprätthålla och främja såväl säkerheten hos produkter och utrustning för hälso- och sjukvård som säker användning av denna utrustning.

En yrkesmässig användare ska försäkra sig om att:

- 1) den som använder en produkt för hälso- och sjukvård har sådan utbildning och erfarenhet som en säker användning kräver
- 2) på produkten eller med den ska följa behövliga märkningar och bruksanvisningar för en säker användning
- 3) produkten används i enlighet med det ändamål tillverkaren avsett och de anvisningar tillverkaren meddelat
- 4) produkten justeras, underhålls och får service i enlighet med tillverkarens anvisningar och i övrigt korrekt
- 5) det ställe där produkten används lämpar sig för en säker användning
- 6) andra produkter för hälso- och sjukvård, delar och konstruktioner, utrustning, programvara eller andra system och föremål som är kopplade till eller i omedelbar närhet av produkten inte äventyrar produktens prestanda eller patientens, användarens eller någon annans hälsa, samt att
- 7) endast den som har den yrkesskicklighet och sakkunskap som krävs får installera, reparera och utföra service på produkten.

Verksamhetsenheter för social- och hälsovården ska ha ett **kontrollsystem** för att garantera säkerheten hos produkter och deras användning. För detta ska enligt lagstiftningen finnas en **ansvarig person** som svarar för att lagen samt övriga bestämmelser och föreskrifter i anslutning till apparatur följs. Den ansvariga personen ansvarar för att i kontrollsystemet registreras:

- 1) för spårbarheten nödvändiga uppgifter om produkter som verksamhetsenheten använder, överlåtit vidare eller annars besitter eller som har införts i en patient,
- 2) uppgifter om riskhändelser som inträffat vid användningen av produkter, och
- 3) uppgifter som visar att den yrkesmässiga användaren har fullgjort de sju skyldigheter som räknas upp här ovan.

Om det i samband med användningen av en produkt eller apparat inom hälso- och sjukvård inträffar en risksituation eller om man upptäcker brister i en produkt är man som yrkesperson skyldig att anmäla detta till både Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och till tillverkaren eller dennes representant. Anmälan om allvarlig risksituation bör göras inom 10 dygn och om tillbud inom 30 dygn räknat från den tidpunkt då användaren eller dennes representant för första gången fått uppgiften om händelsen.

Blankett för anmälan hittar man här:

<http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/Sve/Risksituation-anvandare.pdf>

10.3 Dokumentation informationsutbyte och informationssystem

Dokumentering och informationsutbyte hör till vård- och omsorgspersonalens viktigaste dagliga arbetsuppgifter. Bra dokumentering skapar en grund för hanteringen av säkerhetsrisker och säkrar också informationsflödet gällande de patienter man vårdar.

Social- och hälsovårdsministeriet gav år 2012 ut publikationen Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely – opas terveydenhuollolle. Handboken innehåller all aktuell information och lagstiftning om dokumentation och journalhandlingar.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf

10.4 Övrig fysisk vårdmiljö

Patientsäkerheten ska beaktas också i den fysiska vårdmiljö som finns vid verksamhetsenheten. Förutom den information som ska finnas i räddningsplanen angående de fysiska vårdmiljön finns en hel rad andra direkta risker i miljön. Dessa är exempelvis risk för att halka, snubbla, falla eller ramla. Riskfaktorer är exempelvis hala golv (varningsmärken), fulla korridorer, överraskande trösklar eller trappor, avsaknad av patienttofflor samt försummelse av patientövervakningen. Indirekta risker är exempelvis dålig ventilation, otillräcklig städning och annan hygienrelaterad verksamhet. Man bör också beakta uteområden och parkeringar och de patientsäkerhetsrisker som finns i dessa.

10.5 Utbildning i patientsäkerhet

Förslag på ämnen som kan ingå i fortbildning om patientsäkerhet

- ❖ Vad är patientsäkerhet?
- ❖ Den mänskliga faktorn
- ❖ Systemorienterad organisation
- ❖ Teamarbete
- ❖ Kommunikation
- ❖ Att lära sig av fel och misstag
- ❖ Riskhantering
- ❖ Kvalitetsutveckling och metoder för förbättringsarbete
- ❖ Patienternas deltagande
- ❖ Bekämpning av vårdrelaterade infektioner
- ❖ Säker läkemedelsbehandling

10.6 Arbetsmetoder för patientsäkerhet

STANDARDISERING av material, utrustning och arbetsmetoder kan höja både kvalitet och patientsäkerhet. Användning av enhetlig medicinsk teknisk utrustning, gemensamma evidensbaserade behandlingsrekommendationer, samma utformning av arbetsytor, medicinförråd och material samt standardiserad vårddokumentation är viktiga saker för organisationerna att arbeta med.

CHECKLISTOR är verktyg för att nå en viss standard. De kan användas för att standardisera kommunikation och rutiner, säkra informationsflödet samt för att göra arbetsuppgifterna säkrare då arbetstagarna inte behöver aktivt minnas alla steg i processen. För att listorna ska öka patientsäkerheten krävs det att de väljs med omsorg och att införandet får stöd och följs upp.

DUBBELKONTROLLER innebär att två personer iakttar och bekräftar samma aktivitet. De används vid arbetsmoment där riskerna för misstag eller konsekvenserna av misstag kan bli omfattande, exempelvis i samband med läkemedelshantering. Då dubbelkontroller används är det viktigt att alla i arbetsgruppen förstår syftet med kontrollerna samt att de genomförs systematiskt.

SYSTEMATISK STRUKTURERAD KOMMUNIKATION används för att viktig information om patienten inte ska försvinna vid överlämning till kollegor vid skiftesbyte, i samband med konsultationer eller vid

överlämning till ny vårdenhet. ISBAR (*identifiering, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation*) är den mest kända formen av strukturerad kommunikation.

STANDARDISERADE RUTINER VID FÖRFLYTTNINGAR OCH ÖVERFÖRINGAR av patienter i vården är viktiga för patientsäkerheten.

BRIEFING, en kort genomgång av vad man ska göra innan ett speciellt arbetsmoment, är en viktig patientsäkerhetsåtgärd. Detta skapar en gemensam syn på vad man i arbetsgruppen kommer att göra så att alla vet vad som är planerat, vem som leder situationen, arbetsfördelning, lösningsmodeller på kritiska skeden, risker samt vad man gör om problem uppstår.

PATIENTSÄKERHETS-OBSERVATIONER kan göras för att synliggöra risker i det praktiska arbetet. Observationsområden kan vara hygienrutiner, klädregler, läkemedelshantering, kommunikation samt olika riskbeteenden. Observationerna kan vara kända eller okända för arbetstagarna. Iakttagelserna kan återföras såväl muntligt som skriftligt till berörd personal och ledning för att sedan ingå som underlag för åtgärder i enhetens förbättringsarbete.

Litteraturförteckning

Handbok om patientsäkerhet – som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin, Institutet för hälsa och välfärd 2012.

Terveydenhuollon laatuopas, Kommunförbundet 2012.

Vi främjar patientsäkerheten tillsammans – den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:4.

Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård, Gun Nordström och Bodil Wilde-Larsson, Studentlitteratur 2012.

Säker vård – att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg, Marion Lindh och Lena Sahlqvist, Natur&Kultur 2012.

Potilasturvallisuus, Helovuoto, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen, Kliinikko käsikirjat 2011.

Crossing the quality chasm – a new health system for the 21st century, 2001

God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2006.

Säkrare vård och omsorg – handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete, Sveriges kommuner och landsting 2011.

Risikanalys och händelseanalys - handbok för patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen 2009.

Plan för verkställande av kvalitetsledning och patientsäkerhet på Vasa centralsjukhus version 2, 2011.

Qulturum, centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård i Jönköpings län
<http://www.lj.se/qulturum>

THL:s hemsida om patientsäkerhet Potilasturvallisuutta taidolla – patientsäkerhet genom kunskap och färdighet http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/

Social- och hälsovårdsministeriet www.stm.fi