

Fokusrapport

**Patientsäkerhetsstrategi för  
hälso- och sjukvården i SLL**

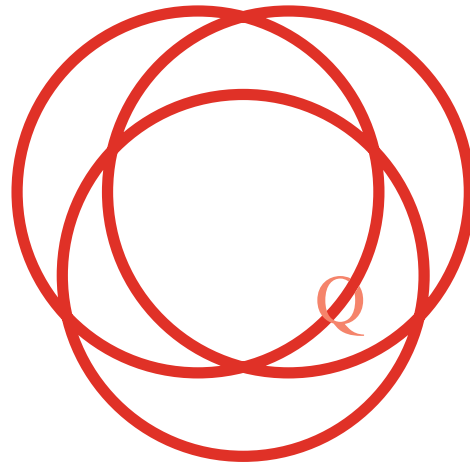
Stockholms läns landsting

2005

Medicinskt  
programarbete







Fokusrapport

# Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL

Rapporten är framtagen av:

Andreen Sachs Magna

Bergens Annelie

Engel Georg

Lawrence Marie

Lindh Marion

Orton Marie-Louise

Riesenfeld Tomas

Rising Inger

Striem Jörgen

Åkrantz Elisabeth

ISBN 91-85209-41-22

 **Stockholms läns landsting**  
FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

## **Om det medicinska programarbetet i SLL**

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholms läns landsting är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare.

Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom FORUM, Medicin och Omvårdnadsavdelningen. Sakkunniga från produktion och beställare deltar i arbetet. Patientföreträdarna har också en viktig roll i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholm Medicinska Råd och 17 Programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal årsrapporter, regionala vårdprogram och fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

Syftet med fokusrapporterna är att lyfta fram och belysa angelägna områden, att beskriva dagsläget och diskutera och föreslå möjliga lösningar.

Rapporterna från MPA skall vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och kommer att utgöra en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

## **Förord**

Programrådet för Kvalitetsutveckling inom Medicinska Programarbetet startade under år 2003 och skall vara vårdgivarnas och beställarnas gemensamma forum för utveckling av landstingsövergripande strategier för kvalitetsutveckling. Av de sex kvalitetsområden, som utmärker en god hälso- och sjukvård, har programrådet valt att som första fokusområde arbeta med strategier för ökad säkerhet i vården.

Under det dryga år som arbetet pågått har programrådet hämtat in erfarenheter av framgångsrikt säkerhetsarbete såväl inom det egna landstinget som andra landsting men också från andra industrier, främst flyget.

Insikten om att Stockholms läns landsting behöver en övergripande policy för patientsäkerheten och plan för patientsäkerhetsarbetet har vuxit fram under arbetets gång.

Det är vår förhoppning att denna rapport, som sammanfattar de lärdomar programrådet dragit under arbetets gång och som har formats som en strategi för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, skall kunna tjäna som underlag för en policy och plan och bidra till att höja patientsäkerheten i Stockholms läns landsting.

*Kaj Lindvall*  
Ordförande  
Stockholms Medicinska Råd

*Magna Andreen Sachs*  
Medicinskt Råd, ordförande  
Programrådet Kvalitetsutveckling

En god vård är en trygg vård!  
En trygg vård är en säker vård!  
En säker vård är att aktivt undvika risker!

## **Innehåll**

Om det medicinska programarbetet i SLL.....	2
Förord .....	3
Innehåll .....	5
Sammanfattning.....	7
Inledning.....	9
Syfte.....	10
Målgrupp .....	10
Arbetsgrupp och förankring.....	11
Bakgrund .....	11
Vision och värderingar .....	15
Mål.....	17
Kritiska framgångsfaktorer.....	17
Strategier.....	17
Samverkan med patienter .....	18
Utveckling av ett systemtänkande.....	19
Byggande av en lärande organisation.....	21
Stöd till säkerhetsarbetet .....	26
Skapande av en säkerhetskultur .....	29
Åtgärder – vad görs och vad kan och bör göras?.....	31
Referenser.....	33





## Sammanfattning

Hälso- och sjukvården är genom sin komplexitet och sin avancerade teknologi en högriskindustri. Förekomsten av risker och skador i hälso- och sjukvården är betydande och har på senare år rönt allt mer uppmärksamhet nationellt och internationellt.

Att skapa en så säker vård som möjligt genom ett aktivt förebyggande säkerhetsarbete har högsta prioritet för alla engagerade: vårdpersonal, chefer, ledare, politiker. Patienternas främsta behov är en säker och trygg vård och detta behov skall ”präglade all vård och behandling” i enlighet med den vision som inleder *Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting*. Patienterna har rätt att kräva att den vård, som är avsedd att hjälpa inte leder till skador och lidande, som hade kunnat undvikas.

Denna rapport har utformats som en beskrivning av strategiska utvecklingsområden att överväga för att nå visionen och målet: en hälso- och sjukvård där undvikbara risker aktivt elimineras.

De *kritiska framgångsfaktorerna* är att vision och värderingar tydliggörs och att attityder och förhållningssätt ändras från den förhärskande individsynen till en systemsyn. Ledares och medarbetares uppriktiga engagemang och ett långsiktigt och uthålligt lärande tillhör också de kritiska framgångsfaktorerna.

Samverkan med patienterna i säkerhetsarbetet, utveckling av ett systemtänkande, byggande av en lärande organisation, stöd till säkerhetsarbetet och skapande av en säkerhetskultur är de fem *strategiska utvecklingsområden*, som beskrivs i rapporten.

Patienterna har en viktig roll att fylla som iakttagare av risker i vården och bör därför vara delaktiga i avvikelserapporteringen och i säkerhetskontrollerna.

Systemtänkande innebär att man ser avvikande händelser som en effekt av det system av rutiner, regler, resurser, ansvar och den organisation inom vilken individen utför sitt vårdarbete.

Varje avvikande händelse är en möjlighet till lärande och skall därför som en sådan aktivt tas till vara: dokumenteras och analyseras för att åtgärder kan vidtas och upprepning förhindras.

En sådan systematik i det riskförebyggande arbetet bör stödjas av en organisatorisk struktur och en struktur för informationshantering och kompetensutveckling.

En säkerhetskultur utvecklas med en engagerad ledning, som efterfrågar och stödjer säkerhetsarbetet och har ett öppet, icke-skuldbeläggande förhållningssätt.

Förhoppningen är att rapporten dels skall kunna utgöra ett underlag för en konkret, landstingsövergripande handlingsplan för ökad patientsäkerhet i landstinget, dels direkt skall verka inspirerande på det säkerhetsarbete, som redan pågår i verksamheterna och på olika ledningsnivåer. Därmed skulle Landstingsrevisorernas rekommendation till beställare och vårdgivare i rapporten "Säker vård – att lära av misstag" (april 2002) att samråda bättre i frågor om patientsäkerheten och ta ansvar för att utveckla ett säkerhetstänkande, som fokuserar systemet och inte individen, kunna sägas vara hör-sammad.

## **Inledning**

Sedan mitten av 1990-talet har patientens säkerhet i vården blivit en alltmer uppmärksam fråga. Världshälsoorganisationens (WHO) församling antog i maj 2002 en resolution (WHA55.18) i vilken medlemsländerna uppmanades att fokusera patientsäkerhetsfrågorna och ledningen för WHO att vidta en serie aktiviteter med syfte att förbättra patientsäkerheten, bl a:

- utveckla globala normer och standarder
- främja utvecklingen av evidensbaserade riktlinjer
- stimulera till forskning inom fältet.

Inom EU är patientsäkerhet ett nyligen startat samarbetsområde.

I Danmark infördes 2004 en särskild lag om patientsäkerhet med krav på rapportering av avvikande händelser till ett nationellt system (1, 2).

I England pågår under ledning av NPSA (National Patient Safety Agency) genomförande av en nationell strategi för ökad patientsäkerhet inkluderande ett nationellt rapporteringssystem för avvikande händelser och riktlinjer för hälso- och sjukvårdens personal ("Seven steps to patient safety") (3).

I Sverige utkom riksdagens revisorer 2002 med rapporten "Att förebygga vårdskador. Statliga åtgärder för patientsäkerhet" och i januari 2004 arrangerade Landstingsförbundet, Svenska Läkarförbundet, Svenska Kommunal-arbetarförbundet, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Svenska Kommunförbundet, Svenska Läkaresällskapet samt Vårdförbundet en nationell Patientsäkerhetskonferens. Konferensen kommer att upprepas i september 2005.

Arrangörerna gjorde vid konferensen ett gemensamt uttalande om att alla som vänder sig till hälso- och sjukvården skall kunna känna tillit till vården och trygghet i att få en säker vård. Uttalandet avslutas med följande mening: "Vi kommer därför att på nationell nivå fortsätta våra gemensamma insatser i syfte att stödja det lokala och regionala patientsäkerhetsarbetet."

Med anledning av denna utfästelse har Landstingsförbundet byggt upp en särskild "Löpsedel för patientsäkerhet" på sin Internethemsida (4).

I Stockholms läns landsting presenterade Landstingsrevisorerna, april 2002, en rapport: "Säker vård – att lära av misstag", som byggde på intervjuer med beställare och producenter, där slutsatsen var att kännedom om omfattningen av avvikande händelser saknades generellt i landstinget. Beställare och vårdgivare rekommenderades

- att samråda bättre i frågor om patientsäkerhet och
- att ta ansvar för att utveckla ett säkerhetstänkande, som fokuserar systemet och inte individen.

I rapporten underströks också betydelsen av ett systematiskt säkerhetsarbete i verksamheterna och utveckling av ledarskapet med inriktning på säkerheten.

## **Syfte**

Detta strategidokument beskriver fem viktiga vägar för att skapa en säker vård för patienter och närstående. Avsikten är att dokumentet skall utgöra ett underlag för att ta fram en policy och en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet i Stockholms läns landsting.

## **Målgrupp**

Målgruppen är i första hand landstingets ledning, d v s politiker och *koncernledning*.

Dokumentet kan också användas direkt av *hälso- och sjukvårdens personal, verksamhetschefer och ledningsgrupper* som riktlinje för det interna arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Likasa är det möjligt för *beställarna* att använda dokumentet i arbetet med att utforma uppdragsbeskrivningar och kravspecifikationer samt uppföljningsplaner.

Slutligen kan *patientorganisationerna* använda rapporten för sitt arbete med att utveckla stöd till patienter och närstående.

## **Arbetsgrupp och förankring**

Rapporten har tagits fram av Medicinska programarbetets Programråd för Kvalitetsutveckling (Jörgen Striem, Georg Engel, Marion Lindh, Annelie Bergens, Marie-Louise Orton, Inger Rising, Tomas Riesenfeld, Elisabeth Åkrantz, Marie Lawrence, Magna Andreen Sachs). Varje medlem av rådet har haft ett ansvar för att förankra rapporten i sina respektive nätverk och organisationer.

Rapporten har varit på remiss till övriga programråd inom Medicinskt Programarbete samt förankrats i Stockholms läns landstings chefläkargrupp. Den har också kommunicerats med politiker, ledande tjänstemän och verksamhetsföreträdare dels vid Etikseminarium den 9 december 2004, dels vid en Öppen hearing i Medicinskt programarbete den 16 december 2004 samt med handikapp- och pensionärsorganisationerna vid samverkansmöte 20 januari 2005.

## **Bakgrund**

### **Kvalitet och ”normal risk” i hälso- och sjukvården**

En allmän definition av kvalitet är ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredställa uttalade eller underförstådda behov” (5).

De behov som åberopas i definitionen handlar inte bara om *vad* tjänsten – i det här fallet hälso- och sjukvården - skall åstadkomma utan också hur den skall vara utformad till innehåll och genomförande. Vården skall bli vara säker och i sig inte medföra några risker – utöver vad som ”är förbundet med en viss behandling eller diagnostik och som trots korrekta medicinska åtgärder kan medföra att en patient skadas (kalkylerad risk)”, s k ”normal risk” (6).

I Hälso- och sjukvårdslagen uttrycks detta behov på följande vis:

- ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa”,
- ”hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en *god vård* (vår kursivering)”.

I lagstiftarens uttolkning av *god vård* framgår att hälso- och sjukvården skall vara *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patient/brukarfokuserad, effektiv, jämlik och förmedlad i rimlig tid*.

Kvalitet är alltså en fråga om

- resultatet i relation till ett mål - i vad mån målet beträffande hälsan och funktionstillståndet nåddes - samt
- innehållet i tjänsten och sättet att förmedla den.

## **Hälso- och sjukvårdens kvalitetsområden**

### **1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård**

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård innebär att vården skall bygga på evidensbaserad kunskap och formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt och för att främja hälsoutvecklingen i befolkningen.

### **2. Säker vård**

Säker vård innebär att undvikbara skador i samband med vård elimineras genom ett aktivt förebyggande arbete.

### **3. Patientfokuserad vård**

En patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.

### **4. Effektiv vård**

Med effektiv vård avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.

## **5. Jämlik vård**

Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla medborgare.

## **6. Vård i rimlig tid**

Vård i rimlig tid innebär att inga patienter ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som de har behov av.

Sedan hösten 2002 utgör ovanstående sex kvalitetsområden ramen för beställarnas och producenternas målformuleringar och uppföljning av kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården (7). Självklart finns det inga skarpa gränser mellan områdena, men de tjänar som en relief mot vilken kvaliteten kan förstås och strategiska utvecklingsarbeten kan drivas.

Det kan med fog hävdas att området *säker vård* är den viktigaste och allt överskuggande kvalitetsdimensionen inom hälso- och sjukvården. *Den hälso- och sjukvård som är avsedd att hjälpa får inte medföra undvikbara risker.*

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, jämlik vård som ges i rimlig tid är en *förutsättning* för en säker vård och motsvarar i ordets djupaste mening betydelsen av en *patientfokuserad vård*.

## **Patientens säkerhet i hälso- och sjukvården**

Hälso- och sjukvård är förmodligen den mest komplexa verksamhet som finns. Den är vidare unik genom att den i hög grad bygger på människors agerande och på samspelet människor emellan och mellan teknik och människor.

I alla system där människor är medagerande förekommer misstag. Den insikten har flyg- och atomindustrierna utgått ifrån sedan länge, då de byggt sina säkerhetssystem. Hälso- och sjukvården är i kraft av sin komplexitet och verksamhetens innehåll en högriskindustri väl i paritet med dessa industrier men med den skillnaden, att inom hälso- och sjukvården pågår krascherna och läckagen hela tiden – och inte som enstaka koncentrerade händelser.

Det är mänskligt att fela – ”To err is human” – är titeln på en uppseendeväckande rapport, som kom 1999 och i hög grad har bidragit till de senaste årens fokusering på patientsäkerhetsfrågorna (8). I rapporten beräknades att mellan 44 och 98 tusen människor dör i USA varje år till följd av undvikbara skador i vården. Det är fem gånger fler än antalet omkomna i motortrafikolyckor under ett år i USA!

Omräknat till Sverige skulle det innebära att två till tre tusen människor per år dör till följd av undvikbara skador i vården och för Stockholms läns landsting skulle siffran innebära 4–600 undvikbara dödsfall per år.

I en dansk journalstudie visades att var tionde patient som vårdades inläggande på sjukhus drabbades av skada i vården och att hälften av skadorna var undvikbara (9).

Någon motsvarighet till den danska studien finns inte i Sverige, men det är troligt att situationen i vårt land liknar den i grannlandet.

I en översikt från Socialstyrelsen (”Patientsäkerhet och patientsäkerhets arbete”), som kom ut 2003 beräknades det att ”flera tusen” personer dör årligen i Sverige till följd av skador i vården (10). Siffran överensstämmer med den som beräknats på basen av studier i USA (se ovan).

Det finns studier i Sverige som visar att läkemedelsbiverkningar utgör orsaken till cirka 10–15 % av inläggningar i slutenvården. Högre siffror har också redovisats. Inom primärvården är felaktig läkemedelshantering en av de oftast förekommande avvikelserna. Vid rutinmässig kvalitetsuppföljning har förekomst av vårdrelaterade infektioner påvisats hos drygt 8 % bland inläggande patienter (11).

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag mottar anmälningar om skador i vården från 0,2 % av samtliga patienter som vårdas på landets sjukhus (11).

Det mesta talar alltså för att brister i patientsäkerheten är ett minst lika stort problem i hälso- och sjukvården i Sverige och därmed i Stockholms län som i Danmark eller något annat europeiskt land eller i USA.

### **De största säkerhetsriskerna**

Enligt Socialstyrelsens rapport (10) är de fem viktigaste områdena med bristande patientsäkerhet, kvantitativt och kvalitativt:



- brister i läkemedelshanteringen,
- brister i vårdhygienen,
- fallskador inom vårdinstitutioner,
- vissa bristande vådrutiner, t ex för remisshantering,
- bristande kommunikation patient/personal/annan vårdgivare.

## Vision och värderingar

*”Patienternas behov av trygghet och värdighet ska prägla all vård och behandling”.*

Ovanstående uttalande om den trygga vården är hämtat ur den Vision om den goda hälso- och sjukvården som inleder ”Värdegrunden för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” och som skall vara ledstjärnan för hälso- och sjukvården i vårt landsting. En god vård är en trygg vård och en trygg vård är en säker vård.

*Patienten har rätt till en god och säker hälso- och sjukvård fri från undvikbara risker.*

Värdegrundens fyra grundläggande värderingar människovärdet, hälsa, omsorg och rättvisa skall utgöra ramen för utvecklingen av normer och handlingsregler i hälso- och sjukvården.

För patientsäkerhetsarbetet har följande normer formulerats av arbetsgruppen:

- patienternas säkerhet skall alltid komma i första rummet,
- undvikbara risker och skador i vården skall aktivt förhindras,
- allas medverkan – också patienternas - i säkerhetsarbetet är en självklarhet och förutsättningen för framgång,

- avvikande händelser i hälso- och sjukvården skall ses som en möjlighet till lärande,
- säkerhetsfrämjande åtgärder skall kommuniceras öppet.

Brister i patientsäkerheten leder till lidande hos patienter och närstående, kostnader för hälso- och sjukvården och samhället i stort samt påverkar arbetsmiljön negativt (12). Brister i patientsäkerheten påverkar förtroendet för hälso- och sjukvården och därmed den läkande relationen mellan patient och vårdare. Därför skall brister i patientsäkerheten aktivt åtgärdas.

*Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett ansvar för att vården är säker och för att identifiera och undanröja undvikbara risker.*

## Mål

Målet är att genom riskförebyggande arbete eliminera undvikbara risker, skador och dödsfall samt därmed förknippat lidande.

## Kritiska framgångsfaktorer

För att nå visionen krävs

- tydliggörande av vision och värderingar,
- förändringar i attityder och förhållningssätt: från individsyn till systemsyn,
- ledares och medarbetares uppriktiga engagemang,
- ett långsiktigt och uthålligt lärande.

En framgångsfaktor är också att *patientsäkerhetsarbetet ses som en vital del av den övergripande, strategiska verksamhetsutvecklingen*. All erfarenhet säger att endast i verksamheter, där detta är en realitet sker verkliga framsteg i säkerhetsarbetet.

## Strategier

Vägen att nå visionen omfattar följande utvecklingsområden:

- Samverkan med patienter
- Utveckling av ett systemtänkande
- Byggande av en lärande organisation
- Stöd till säkerhetsarbetet
- Skapande av en säkerhetskultur

Samtliga fem utvecklingsområden måste beaktas samtidigt. Det finns inte en lösning. Det är genom att uthålligt arbeta på många olika förbättringsområden som målet nås.

## **Samverkan med patienter**

Patient och närstående är närmast att iaktta hur säkerhetsarbetet bedrivs och uppmärksamma var riskerna finns. Att involvera dem i det förebyggande säkerhetsarbetet är därför en väsentlig framgångsfaktor.

### **Patienten som säkerhetscontroller i vården**

Patienter och närstående kan medverka till att vården blir säkrare för dem själva och andra genom att de får information om säkerhetsrutiner och uppmanas medverka till att säkra följsamheten. Det kan t ex ske genom att tillhandahålla ett *informationsblad* med viktiga punkter att tänka på och göra själv. Det skapar delaktighet och patient och närstående kan medverka till att säkra att rutinerna följs. De kan på så sätt bli värdefulla säkerhetscontrollers i hälso- och sjukvården. Självklart innebär det inte att hälso- och sjukvårdspersonalen därmed fråntas sitt ansvar för att säkra att vård och behandling görs på rätt sätt.

Patienter och närstående kan också beredas möjlighet att *rapportera avvikelser* direkt till det interna avvikelshanteringssystemet via blankett eller dataskärm. Självklart skall de också känna att de kan göra detta muntligen till vårdpersonalen och vara säkra på att informationen tas om hand.

Ett sätt att visa, att patienternas medverkan i rapporteringen av avvikelser i vården är viktig och betydelsefull, är att ge *återföring* dels, när rapporten tagits emot och dels, när ”ärendet” avslutats. Vid det senare tillfället är det lämpligt att beskriva vad som gjorts för att undvika upprepning av den iakttagna avvikelserna eller för att förhindra att en sådan händelse leder till skada.

Denna möjlighet att rapportera till det interna avvikelshanteringssystemet (muntligen eller via rapport eller dataskärm) utesluter givetvis inte personalens skyldighet att tillhandahålla information om patientvägledarfunktionen, Patientnämnden, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller patientskaderegleringen (PSR).

### **Bemötande och omhändertagande av patienter**

Goda rutiner för att ta emot och *hantera klagomål* från patienter och närstående och en kultur som stöder en öppenhet i hanteringen av klagomålen är avgörande för upplevelsen av trygghet.

Likaså skall patienten underrättas om ”en skada eller sjukdom kan antas ha samband med vården eller behandlingen” (6). *En öppen och sanningsenlig information* i dessa situationer stärker upplevelsen av öppenhet och viljan att förebygga risker.

Motsatsen leder till ett system präglad av misstro, där avvikelser behandlas i allmän domstol som brottsmål, vilket allvarligt försvårar förutsättningarna för ett riskförebyggande arbete. Att behandla avvikelser i domstol ger också signalen att det är viktigare att fälla en enskild anställd än att rätta till de grundläggande orsakerna (13).

Informationen måste *kommuniceras* på ett sätt så att patienter och närstående verkligen förstår vad som skett, hur det kunde ske och att ansvarig vårdpersonal är uppriktigt ledsna över det inträffade. Det är också viktigt att framhäva att händelsen har startat ett analysarbete, som syftar till att ändra rutiner och förhindra upprepning. Resultatet av detta arbete bör också kommuniceras på ett tydligt och begripligt sätt med den drabbade för att bevara och stärka tilliten till hälso- och sjukvården.

Om patienten drabbats av skada i vården bör någon ansvarig läkare från verksamheten utses att stå för *kontinuiteten* i den fortsatta vården och behandlingen. Det är inte ovanligt att den som drabbats av en vårdskada upplever sig utlämnad och utan stöd att hantera konsekvenserna av skadan. Detta är givetvis inte acceptabelt och fördärvar förtroendet för hälso- och sjukvården och motverkar upplevelsen av en trygg vård.

### **Patientorganisationernas roll**

Patientorganisationer kan vara ett bra stöd för dem som drabbats av avvikan- de händelser i vården. I England finns en särskild organisation för patienter som drabbats av olika slags skador i vården (14). Patientorganisationerna kan också utgöra en *samarbetspartner*, när det gäller att öka medvetenheten hos patienterna, om vad de kan bidra med för att öka säkerheten i vården.

### **Utveckling av ett systemtänkande**

Två myter omhuldas fortfarande inom hälso- och sjukvården, nämligen perfektionsmyten och bestraffningsmyten (15). Dessa myter står för ett individtänkande och säger oss, att om människan anstränger sig tillräckligt mycket så gör hon inte fel, samt att bestraffning av misstag leder till att misstagen minskar. Kunskaperna från andra komplexa högriskindustrier som

flyget, rymdfarten och atomkraftindustrin har visat, att den allra vanligaste orsaken till avvikelser är brister i system och att åtgärderna skall riktas mot att förbättra systemet (16). Individinriktade åtgärder såsom bestraffning och andra sanktioner bidrar inte till att höja säkerheten.

### **Varför hände det? Hur kunde det ske?**

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården vill göra väl och ändå blir det inte alltid som det var tänkt – en avvikelse uppstår, som ibland leder till skador och lidande. Andra gånger stannar det vid ett tillbud: de negativa konsekvenserna kunde lyckligtvis förhindras, innan skadad var skedd. Risker i vården kan endast förhindras genom en uppriktig och noggrann orsaksanalys – inte genom bestraffningar och skuldbeläggande, d v s en individsyn.

Strategin som beskrivs i det här dokumentet bygger i stället på ett systemtänkande, som innebär att inträffade avvikelser ses som en följd av interaktioner mellan människa, teknologi, information och organisation, där regler och rutiner, arbetsmiljö och arbetsledning har stor betydelse.

I stället för att fråga: ”Vem är skyldig?”, ställer man frågan: ”Varför hände det? Hur kunde det ske?”.

### **Människa-Teknik-Organisation –”MTO”**

Med frågor som Varför? och Hur? Har man öppnat för ett MTO- tänkande. Ett sådant tänkande kring ”risk och säkerhet innebär att människor, teknologi och det organisatoriska sammanhanget analyseras som samverkande delsystem” (16). Ett sådant tänkande tillämpat på en olycksfallutredning innebär att ”orsaker/påverkansfaktorer i allmänhet går att finna i interaktioner mellan det teknologiska systemet, mänskliga aktiviteter och det sammanhang/grannskap som råder kring dessa” (17).

### **Ansvar**

Ett systemtänkande innebär inte att människorna i systemet frigörs från ett personligt ansvar för hur arbetet genomförs. I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, (LYHS 1998:53), beskrivs hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvaret för ”hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter”.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården beskrivs också verksamhetschefens ansvar för att ta fram och fastställa ett ändamålsenligt kvalitetssystem samt

vårdgivarens (sjukvårdshuvudmannens) ansvar för att ge direktiv och säkerställa att ett sådant system finns i varje verksamhet (5). Kvalitetssystemet skall säkerställa ”kvalitet och *säkerhet* (vår kursivering) i patientens vård”. En central del av systemet är rutiner för riskanalys och avvikelshantering. I systemtermer innebär det att ansvaret för systemet inom vilket personalen verkar ytterst åvilar vårdgivaren/sjukvårdshuvudmannen.

Verksamhetschefen har också ett självklart ledningsansvar för att vara uppmärksam på om någon medarbetare genom sitt beteende och sina handlingar i sig utgör en riskfaktor och vidta de åtgärder som behövs för att förhindra risker för patienterna.

### **Övrig riskprevention**

Ett systemtänkande kring risker och säkerhet innebär också att patientsäkerhetsarbetet integreras med övrigt riskpreventivt arbete. Det totala riskpanoramats i en verksamhet omfattar t ex också arbetsskador, fastighetsproblem, miljöproblem, stöld, händelser som också skall rapporteras, följas upp och åtgärdas för att förebygga upprepningar.

### **Byggande av en lärande organisation**

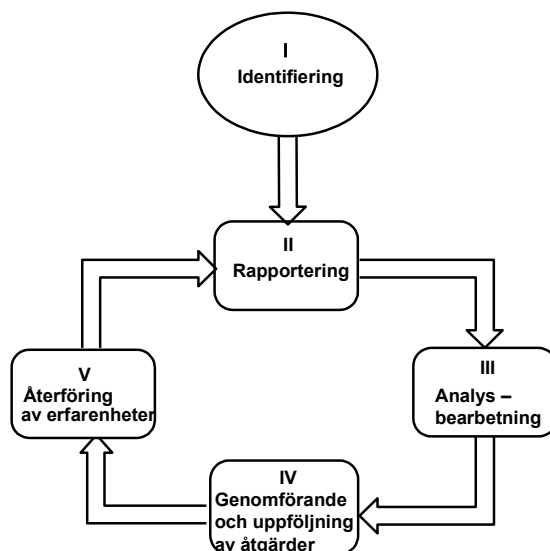
Före varje katastrofhändelse inom exempelvis flyget har mängder av tillbud inträffat utan att något av dem lett till en katastrof – tidigare (17). På samma sätt är det ofta i hälso- och sjukvården: när en olycka inträffar och en skada uppstår har liknande situationer förekommit tidigare men själva skadan genom olika korrigerande åtgärder i stunden kunnat undvikas.

### **Varje händelse – en möjlighet till lärande!**

Genom att identifiera och analysera alla riskiakttagelser och oväntade händelser – tillbud och skador – ges värdefulla och unika möjligheter till lärande och förhindrande av skador.

*Dessa möjligheter tas till vara inom ramen för ett fungerande avvikelshanteringssystem, d v s en rutin för att rapportera och hantera avvikelserapporter. Rutinen omfattar i enlighet med SOSFS 2002:4 (6) följande steg: identifiering, rapportering, analys, genomförande och uppföljning av åtgärder samt återföring av erfarenheter.*

Avvikelsehantering består alltså av ett antal väl definierade steg, som kan sägas utgöra delar i ett system, avvikelsehanteringssystemet.



Källa: Riktlinjer för avvikelserapportering vid Karolinska sjukhuset, 1997.

Samtliga dessa steg i avvikelsehanteringssystemet måste inom varje verksamhet vara *tydligt definierade* med angivande *hur* steget genomförs, *vem* som gör det och *vem* som är *mottagare* av resultatet.

Största enkelhet förordas bl a av Landstinget i Östergötland, som genom sitt projekt för patientsäkerhet inklusive avvikelsehantering byggt stor erfarenhet. Olika iakttagelser och avvikelser inom patientsäkerhetsområdet kan inte hanteras på olika sätt. Exempelvis skall läkemedelsbiverkningar rapporteras enligt samma system som andra avvikelser i vården. Det är inte heller meningsfullt att hantera ev Lex Maria- ärenden i något särskilt system vid sidan av. Det leder bara till osäkerhet om, vilken rapporteringsväg som skall användas och rapportering därför uteblir. Därmed går värdefull möjlighet till lärande förlorad. Mottagaren av rapporten tar ställning till den fortsatta hanteringen – inte rapportören. Rapportören skall däremot hållas underrättad.



En framgångsfaktor är enkelhet, d v s att hantera alla slag av avvikelser i ett och samma system: ”en händelse – ett system”.

I processen för avvikelshantering bör också beskrivas hur utfallet från avvikelshanteringssystemet byggs in i den övriga regelbundna verksamhetsuppföljningen.

En *särskild person* inom varje verksamhet bör ha *ansvaret att ta emot och samordna rapporter* till avvikelshanteringssystemet och tillse att ärenden hanteras enligt den rutin som upprättats. Yttersta ansvaret för systemet och hanteringen av varje ärende vilar förstås på verksamhetschefen.

När rutiner och organisation för ett fungerande avvikelshanteringssystem finns på plats är ett *IT-stöd för avvikelshanteringen* underlättande. Ett sådant IT-stöd kan med fördel vara gemensamt inom hela landstinget för att ge största möjlighet till *lärande och spridning* av kunskaper samt till fördjupade *studier och forskning* om risker i hälso- och sjukvården. Genom att fungera som ett kommunikationssystem ges möjligheter att upptäcka trender och se mönster beträffande typer av händelser och bakomliggande orsaker samt för alla att ta del av aidentifierade händelserapporteringar, gjorda analyser och åtgärder. Detta är också syftet med de nationella danska och engelska rapporteringssystemen (DanskPatientSikkerhedsDatabase, DPSD respektive National Reporting and Learning System, NRLS) (2,3).

## **Medarbetarskap och ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen har den bästa tillgången till kunskaper om risker i vården eftersom de är närmast – näst patienten själv – att göra iakttagelserna, uppleva tillbud och olyckorna. Därav följer att personalen har ett ansvar att meddela/rapportera iakttagelser, tillbud och olyckor samt medverka till analys av händelsekedjan och bakomliggande orsaker.

Detta synsätt överensstämmer också med det yrkesmässiga ansvaret enligt LYHS 1998:531 (lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område), SOSFS 1996:24 (föreskrift om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården), SOSFS 2000:1 (föreskrift om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården) och SOSFS 2002:4 (föreskrift om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria och lokal avvikelshantering).

Detta rapporteringsansvar får aldrig vara knutet till ett påföljdssystem. All erfarenhet säger, att då motverkas syftet med att kräva rapportering av

avvikelser: endast toppen av isberget blir synlig och verklig förbättring av patientsäkerheten uteblir.

*Hälso- och sjukvårdspersonalens medverkan i att rapportera avvikelser och identifiera risker måste på alla sätt uppmuntras och premieras – inte bestraffas! De anställda måste kunna känna oreserverad trygghet i att rapportera avvikelser och en genuin stolthet över att medverka till att göra vården säkrare.*

## **Orsaksanalys**

Avvikelsehanteringssystemet bör också innehålla rutiner för hur orsaksanalys skall göras inklusive urvalskriterier för vilka händelser, som bör bli föremål för fördjupad orsaksanalys.

Analyserna av bakomliggande orsaker bör, som ovan beskrivits, göras med en MTO- ansats (17). Samordnare av avvikelserapporterna på verksamhetsnivå bör ha en grundläggande utbildning i *metoder för MTO- analys* för att ev kunna leda interna MTO- analyser och för att kunna medverka i övergripande orsaks- och riskanalyser tillsammans med risk/säkerhetssamordnare på central nivå inom organisationen och landstinget. Dessa risk-/säkerhetssamordnare på central nivå bör ha en mer fördjupad utbildning i orsaksanalys med MTO- ansats.

Analys av en händelse måste ske i verksamheten, där händelsen inträffat och av tvärprofessionella team. Där skall också *värderingen och hanteringen* av de fakta som analysen lagt i dagen ske. Detta är en förutsättning för att ett lärande skall ske och förbättringar genomföras.

## **Riskanalys**

Där proaktivt säkerhetsarbete bedrivs, görs systematiska riskanalyser, innan en avvikelse inträffat för att identifiera risker, som kan vara förknippade med t ex införandet av nya metoder, ändringar i arbetsprocesser eller i organisationens struktur. Genom att analysera, värdera och hantera dessa risker i förväg *kan barriärer och konsekvenslindringar byggas in*. Avvikelsesamordnarna ute i verksamheten bör även ha grundläggande kunskaper i riskanalys och på central nivå i organisationen bör fördjupad kunskap och erfarenhet finnas till stöd för det verksamhetsnära arbetet.

## **Strukturer för lärande och öppenhet**

En lärande organisation bör ha strukturer för att säkra att lärdomar som uppnåtts i en del av organisationen blir tillgängliga för alla. I en sådan organisation är det självklart att dela med sig av erfarenheter och att söka sådan information hos andra aktörer, som har liknande verksamhet i andra delar av landstinget men också i andra landsting. (Jämför England och Danmark där utbytet sker på nationell nivå.)

Tillgång till information om inträffade händelser, genomförda orsaksanalyser och vidtagna åtgärder medför att samma sak inte behöver hända om och om igen på olika ställen. Informationen kan tillhandahållas via ett gemensamt IT-stöd och/eller via olika typer av *bulletiner eller nyhetsblad*. I säkerhetsfrågor av betydande risk kan särskilda *varningsblad* vara motiverade.

Ett viktigt verktyg i den lärande organisationens arbete med att öka patientsäkerheten är den öppna kommunikationen kring inträffade händelser. Att göra patientsäkerhetsfrågor till en naturlig del av alla personal-, avdelnings-, arbetsplats-, ledningsgruppsmöten, mm, innebär att frågorna får den önskvärda prioriteten och att individtänkandet tonas bort till förmån för ett systemtänkande. Som komplement till dessa *mötesstrukturer*, som är redskap i den vanliga verksamhetsledningen, kan också *särskilda möten*, (fallkonferenser, säkerhetskonferenser, ”mortality and morbidity” konferenser) rekommenderas.

*Gemensamma begrepp och termer* är en förutsättning för öppenhet och lärande i avvikelshanteringen och i erfarenhetsutbytet. Vi måste vara säkra på att vi menar samma sak när vi talar om avvikelser och när vi kategoriserar och klassificerar händelserna.

## **Målinriktad kompetensuppbyggnad**

Kunskaper och färdigheter är viktiga säkerhetsfrämjande faktorer. I alla verksamheter bör den individuella kompetensutvecklingen följa en tydlig plan som dels tar fasta på behoven av uppdaterade kunskaper och adekvat kompetens för *vårduppgifterna* och dels behoven av att tillägna sig kompetens inom sådana kunskapsområden som *orsaks- riskanalys, metoder i säkerhetsarbetet och ledarskap*. Annan angelägen kompetensutveckling av betydelse för säkerheten i akuta eller särskilt komplexa situationer är förmågan till *kommunikation och teamarbete*. Simulatorträning har på senare år

börjat användas inom hälso- och sjukvården för att träna dessa färdigheter med goda effekter.

## **Stöd till säkerhetsarbetet**

### **Informationsteknologi**

IT har en central roll för att underlätta avvikelshantering och spridningen av information som stödjer lärandet och underlättar säkerhetsarbetet. *Informationsförsörjning* är överhuvudtaget en primär säkerhetsfaktor. Som exempel kan nämnas tillgången till all patientbunden information - inkluderande läkemedelslista - när och där den behövs. Det är en förutsättning för säkra bedömningar och säkra åtgärder.

Annan säkerhetsstödande information är information om väntetider, vårdplatstillgång, olika verksamheters kvalitet, aktuell evidensbaserad kunskap, vårdprogram, beslutsstöd för val av läkemedel och för genomförande av övrig vård och behandling, mm. Direkt tillgång till sådan information i det dagliga vårdarbetet skulle underlätta arbetet och höja säkerheten betydligt (18,19).

### **Muntlig kommunikation**

Inom flyget sker kommunikationen på ett strukturerat sätt: den som mottar muntlig information upprepar vad som uppfattats och får *bekräftelse* på om det var korrekt. En sådan tydlighet i kommunikationen inom hälso- och sjukvården skulle sannolikt också bidra till ökad säkerhet och reducera förekomsten av missuppfattningar i kommunikationen inom vårdteam och över organisatoriska gränser. Detta sätt att kommunicera kan med fördel läras in i samband med simulatorträning.

### **Utvecklingsstöd**

Den lärande organisationen behöver stöd dels av ett nätverk av interna stöttare eller samordnare ("avvikelsesamordnare") i verksamheten dels av organisationsövergripande risk-/säkerhetssamordnare.

Varje enhet bör utse någon att vara *samordnare* för den interna avvikelshantering och leda arbetet med risk- och orsaksanalyser samt driva kontinuerlig kompetensutveckling i säkerhetsarbete. Till stöd för sådan utbildning

behövs ett komplett *utbildningspaket* inkluderande utbildningsmaterial och en handbok. På sikt kan möjligheten till e-learning även beaktas.

På övergripande nivå i organisationen (sjukhus, närsjukvårdsområde) bör det finnas risk-/säkerhetssamordnare med fördjupad kompetens inom orsaks-riskanalysområdet, som kan stötta det lokala säkerhetsarbetet och göra organisationsövergripande analyser och driva övergripande förbättringsarbeten.

Dessa samordnare på olika nivåer i landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation bör ingå i ett nätverk och beredas en plattform och en sammanhållande funktion för strategiskt uppföljnings-/utvecklings-/projektarbete, löpande erfarenhetsutbyte, fördjupade analyser och kontinuerlig kompetensutveckling, bl a i orsaks- och riskanalyser.

I Östergötlands läns landsting har man i dagarna skapat en övergripande enhet på koncernledningsnivå för patientsäkerhetsfrågorna som synes ha en sådan funktion ([www.lio.se](http://www.lio.se)).

*Det behövs en landstingsövergripande och sammanhållande organisation som stöder utvecklingen av säkerhetsarbetet.*

## **Ledarskap och ansvar**

Ett säkerhetssystem är på samma sätt som ett kvalitetssystem (SOSFS 1996:24) eller ett miljöledningssystem (ISO 14001) en modell och ett ledningssystem för fördelning av ansvar, rutiner och resurser för att leda säkerhetsarbetet.

Utgående från de grundläggande värderingarna har fem normer för patientsäkerhetsarbetet formulerats av arbetsgruppen. En av dem är ”allas medverkan – också patienternas – i säkerhetsarbete är en självklarhet och förutsättningen för framgång”. Ordet *alla* inkluderar även ledningen på alla nivåer – *politiker till verksamhetsledning*. Deras ansvar spänner från att ge direktiv och säkerställa till att ta fram och fastställa ändamålsenliga kvalitetssystem för säkerhetsarbetet.

Konkret innebär det att göra patientsäkerhetsfrågorna till viktiga *verksamhetsstyrningsfrågor* och att på dagordningen inkludera uppföljning av det riskförebyggande patientsäkerhetsarbetet med lägesrapporter från avvikelshanteringssystemet, genomförda förbättringsåtgärder och aktuella satsningar.

*Målformuleringar och resursallokeringar* för att stödja säkerhetsarbetet är en del av de ledningsfrågor som följer med ett ledningsengagemang i patientsäkerheten.

Säkerhetsarbete liksom allt förbättringsarbete tar tid och ibland även andra resurser i anspråk. Ledningen har ett ansvar för att tydliggöra att erforderliga resurser skall avsättas för förbättringsarbete, följa upp, värdera och premiera arbetet.

Erfarenheten nationellt och internationellt är att *ledningens engagemang* i patientsäkerhetsarbetet är den allt överskuggande och viktigaste framgångsfaktorn. Som jämförelse kan nämnas att exempelvis inom flyget är ansvaret och engagemanget på högsta ledningsnivå tydligt markerat genom att rapportering om säkerhetsfrågor sker löpande till högste chefen, företagets VD.

*Beställaren* har en viktig roll genom uppdragsformulering, uppföljning och ersättning i relation till prestation. Avtalsuppföljningar innebär att uppföljning sker mot mål och med hjälp av mätetal för patientsäkerheten.

### **Andra metoder och verktyg som stöder säkerhetsarbetet**

Nedan ges exempel på beprövade metoder för att främja patientsäkerheten. Varje verksamhet bör ha tillgång till dessa verktyg och använda dem på det sätt som passar den egna organisationen bäst.

- regelbunden utvärdering av vardagsarbetet,
- enkäter för självvärdering av systematiken i säkerhetsarbetet,
- systematisk granskning av standardiserad mortalitet,
- säkerhetsronder,
- scenarioövningar,
- fokusgrupper med såväl patienter som vårdpersonal,
- enkäter som mäter säkerhetskulturen i verksamheten (4).

Andra mer specifika verktyg är bl a vårdhygienronder, läkemedelsronder, individuella läkemedelsgenomgångar, Medicinska kvalitetsrådets riktlinjer för kvalitetssäkring vid användandet av Medicintekniska produkter (20), Handbok för hälso- och sjukvård (21).

## **Skapande av en säkerhetskultur**

### **Vad kännetecknar en säkerhetskultur?**

En kultur som främjar säkerheten i vården kännetecknas av att vara *icke-skuldbeläggande*. Avvikande händelser och iakttagna risker ses som möjligheter till förbättringar – ej som något skamligt.

I en säkerhetskultur kommunicerar man öppet om inträffade händelser, och delar aktivt med sig av sina erfarenheter och lärdomar utan att riskera bestraffning eller fördömande. Vidare upplevs det meningsfullt att delta i rapporteringen av avvikelser, eftersom rapporterna aktivt tas emot och används för att skapa förändringar i systemet, som leder till ökad säkerhet för patienterna.

Där en sådan kultur råder

- stöttar man den eller de som varit inblandade i ett allvarligt tillbud eller olycka, då en sådan händelse erfarenhetsmässigt leder till känslor av misslyckande och tvivel på ens lämplighet i yrket,
- tillåts det att vem som helst öppet påtalar iakttagelser som äventyrar säkerheten,
- inser alla sitt ansvar för att göra systemet säkrare,
- driver ledarna säkerhetsarbetet,
- råder öppenhet. Där förekommer inte heller namngivande och skuldbeläggande – ”naming and shaming”.

### **Hur uppstår en säkerhetskultur?**

En säkerhetskultur låter sig lika litet som någon annan kultur installeras och den uppstår inte utan aktivt stöd.

*En engagerad ledning som aktivt efterfrågar och stödjer säkerhetsarbetet är själva fundamentet för att utveckla en god säkerhetskultur.*

En kultur utvecklas på basen av öppet kommunicerade värderingar och som en konsekvens av det som sägs och det som görs.

När strategin – omsatt i en policy och en handlingsplan – börjar införas och alla, från högsta ledningsnivå och ut i vårdteamen, är medvetandegjorda om sitt ansvar för att skapa en säker vård baserad på ett systemtänkande och inte ett individtänkande, då kommer en säkerhetskultur att utvecklas.

När hela kedjan från patient och närstående via vårdpersonal, chefer och ledare i produktionen till den övergripande hälso- och sjukvårdsledningen i landstinget, inklusive politikerna, är öppet och synligt inriktad på att *minimera skador i samband med vård genom ett aktivt riskpreventivt arbete* kan vi sägas ha en säkerhetskultur. Att nå dit är den utmaning vi står inför i vårt landsting!



## **Åtgärder – vad görs och vad kan och bör göras?**

### **Vad görs?**

#### **Inom landstinget**

Många verksamheter har idag mer eller mindre väl utvecklade avvikelshanteringssystem. Några av de stora organisationerna har utbildat nyckelpersoner i metodik för orsaks- och riskanalys enligt MTO-ansats. Basala vårdhygienrutiner har skärpts i hela organisationen som följd av MRSA-utbrottet. Patientskadestatistiken från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har blivit startsignalen till analysarbete med syfte att nedbringa skadestatistiken.

Inom läkemedelsområdet finns förutsättningar att säkra rätt val av läkemedel genom JanusWebben, Kloka listan, återföring av förskrivningsprofiler och de lokala läkemedelskommittéernas arbete (22). Utveckling och testning sker också av gemensam läkemedelslista, elektroniskt beslutsstöd och elektronisk överföring av recept för att göra förskrivningen av läkemedel säkrare. På övergripande landstingsnivå startade ett projekt strax före årsslutet 2004 som syftar till införande av ett gemensamt IT-stöd för avvikelshantering i landstinget.

Stockholms läns landsting deltar tillsammans med Östergötlands läns landsting, Socialstyrelsen, LÖF, Sveriges kommuner och landsting i ett arbete för att ta fram ett utbildningsmaterial för att stödja MTO-utbildningen i orsaks- och riskanalys inom verksamheterna.

#### **På nationell nivå**

På Socialstyrelsen (Epidemiologiskt centrum, Enheten för klassifikationer och terminologi) har ett arbete med att definiera termer och begrepp inom området kvalitet och säkerhet i vården just startat. Sveriges Kommuner och Landsting har patientsäkerhet som ett arbetsområde och koordinerar olika

aktiviteter inom landstingen. Till hösten planeras den andra nationella patientsäkerhetskonferensen.

## **Vad kan göras?**

Utan att invänta övergripande initiativ kan alla aktörer i systemet redan nu ta itu med olika saker för att öka säkerheten. Detta dokument bör kunna tjäna som en inspirationskälla.

*Verksamheterna* bör se över sina avvikelshanteringssystem. Är själva processen i avvikelshandlingen tydligt beskriven och känd av alla? Är ansvariga för de olika aktiviteterna utsedda? Fungerar återföringen? Vilka fora används för lärandet? Hur ser kopplingen mellan avvikelshandlingen och det kliniska förbättringsarbetet ut? Vilka kriterier för val av förbättringsråden används?

*Beställaren* kan stödja utvecklingen av en fungerande avvikelshantering i verksamheten genom uppmana verksamheten redovisa: andel avvikelser som åtgärdats inom 1,2,4 veckor, andel avvikelser som blivit föremål för metodisk orsaksanalys (helst enligt MTO-koncept), andel åtgärder som följts upp inom ett år, andel avvikelser per kategori vårdrelaterade infektioner, trycksår, läkemedels- eller medicinsk teknisk utrustningsrelaterade avvikelser. Beställaren kan också uppmana verksamheten att redovisa vilka säkerhetsproblem man valt ut för förbättringsåtgärder, vilka dessa åtgärder är, vilka mål som satts upp för arbetet, vilka mönster beträffande typ av händelser/skador som kan ses, vilka trender, etc.

*Politikerna* kan stödja säkerhetsarbetet genom att föra upp patientsäkerheten på dagordningen och fatta beslut om övergripande mål för patientsäkerheten.

## **Vad bör göras?**

En policy och en gemensam handlingsplan för att skapa en säker vård där undvikbara risker aktivt elimineras bör tas fram och en organisation som stöder patientsäkerhetsarbetet bör byggas.

## Referenser

1. [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)
2. [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)
3. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)
4. [www.lf.svekom.se](http://www.lf.svekom.se)
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFS 1996:24. Socialstyrelsen. 1996.
6. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria samt lokal avvikelshantering. SOSFS 2002:4. Socialstyrelsen. 2002.
7. Kvalitetsparagraf i akutsjukhusavtalen för 2003. Hur blev det och hur går vi vidare? Fokusrapport, Medicinskt Programarbete. Stockholms läns landsting; 2003. ISBN 91-85209-03-1.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M. editors. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: Institute of Medicine, The National Academies Press; 1999.
9. Schiöler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Forekomsten af utilsigtede haendelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Laeger 2001;163:5370-80.
10. Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete. En översikt. Socialstyrelsen. 2003. ISBN 91-7201-802-X.
11. Årsrapport 2003. Medicinskt Programarbete. Programområde Kvalitetsutveckling. Stockholms läns landsting; 2003. ISBN 91-85209-25-2.
12. Kvalitetskostnader. Fokusrapport, Medicinskt Programarbete. Stockholms läns landsting; 2004. ISBN 91-85209-41-11.

13. Oroande anser Läkarförbundet. Läkartidningen 2004;101:3090.
14. [www.avma.org.uk](http://www.avma.org.uk)
15. Leape LL. Striving for perfection. *Clinical Chemistry* 2002;48:1871-2
16. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, England: Ashgate Publishing Limited; 2004.
17. Rollenhagen C. *Att utreda olycksfall. Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
18. Gilljam H, Andersson M, Bergman U, Eliasson A, Holmverg G. Bedside. Den handburna penndatorn för komplett journalföring i slutenvård. *Läkartidningen* 1995; 92:2293-2300.
19. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. *Patient Safety. Achieving a new standard of care*. Institute of Medicine. Washington DC: The National Academies Press; 2003.
20. *Kvalitetssäkring vid användandet av medicintekniska produkter*. Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets Medicinska kvalitetsråd. *Svensk Medicin*. Spri, Stockholm; 1997. ISSN 0284-5342.
21. *Handbok för hälso- och sjukvård*. [www.infomedica.se/handboken/](http://www.infomedica.se/handboken/)
22. Nyman K, Bergens A, Björin AS, Guterstam P, Nyrén O, Jansson U, et al. Återföring av förskrivningsprofiler vid en vårdcentral. Viktigt inslag i kvalitetssäkringen av läkemedelsförskrivningen. *Läkartidningen* 2001; 98:160-4.

### **Beställning**

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: [informationsmaterial.lsf@sll.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sll.se)

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:  
[www.hsn.sll.se/mpa](http://www.hsn.sll.se/mpa)



**Stockholms läns landsting**

FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00