



## Länsgemensam riktlinje Patientsäkerhet



## Innehåll

1. Inledning .....	3
2. Patientsäkerhet.....	3
Gemensamt patientsäkerhetsarbete i Västra Götaland .....	3
Förebyggande patientsäkerhetsarbete .....	4
3. Avvikelse .....	5
Avvikelse mellan vårdgivare .....	5
4. Systematiskt förbättringsarbete .....	6
5. Uppföljning av avvikelser mellan vårdgivare .....	6
6. Definitioner .....	6

Remissförslag



## 1. Inledning

Denna *riktlinje* syftar till att tydliggöra parternas ansvar som vårdgivare i det gemensamma patientsäkerhetsarbetet och inkluderar både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Riktlinjen är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna).

Länsgemensamt politiskt forum ett har övergripande ansvar för patientsäkerheten samt att uppföljning sker på en aggregerad nivå.

Länets invånare benämns genomgående som *patient* och de som utför vård, stöd och omsorg benämns *vårdgivare*.

*Patientens behov av god och säker vård ska alltid tillgodoses utan onödigt dröjsmål.*

## 2. Patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att patienten inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. En säker vård är grunden i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården<sup>1</sup>.

*God och säker vård – överallt och alltid*, är den nationella visionen<sup>2</sup> för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet. Det nationella målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, 1 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen, (2010:659)<sup>3</sup>.

Vårdgivarna har gemensamt och eget ansvar för att vården ska vara god, säker och personcentrerad.

### Gemensamt patientsäkerhetsarbete i Västra Götaland

Det gemensamma arbetet med patientsäkerhet ska vara en integrerad del av det ordinarie förbättringsarbetet och bedrivs nära verksamheterna på lokal nivå. Ansvaret för att initiera och genomföra åtgärder utifrån identifierade risker och *avvikelser mellan vårdgivare* åligger respektive vårdgivare.

<sup>1</sup> [Vad är patientsäkerhet? - Patientsäkerhet](#)

<sup>2</sup> [Patientsäkerhet - Socialstyrelsen](#)

<sup>3</sup> [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) | Sveriges riksdag](#)

En förutsättning för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete är gemensamt agerande utifrån respektive vårdgivares uppdrag och ansvar. Brister i samverkan och informationsöverföring mellan vårdgivare ökar risken för negativ händelse och tillbud. Samverkan och kontinuitet i vården är avgörande för patientsäkerheten.

Tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare är en förutsättning för patientsäkerhet. Vårdgivare ska, var och en och tillsammans, arbeta förebyggande och systematiskt med både riskhantering och hantering av avvikelser.

I de fall organisatoriska brister identifieras lyfts avvikelse till den nivå där det finns förutsättningar att vidta relevanta åtgärder för att undvika upprepning.

### **Förebyggande patientsäkerhetsarbete**

Förebyggande och systematiskt patientsäkerhetsarbete skapar förutsättningar för att så få patienter som möjligt drabbas av vårdskador, negativa händelser och tillbud.

### **Organisationsnivå**

Vårdgivare behöver, inom och mellan sig, utveckla och stärka patientsäkerhetsperspektivet i gemensam planering och prioritering för att ge en jämlik, samordnad och personcentrerad vård. Vårdgivaren ska identifiera, analysera och hantera långsiktiga risker. Det kan exempelvis handla om förutsättningar i form av tillgång till kompetens eller utrustning för att vården ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt.

### **Individnivå**

För att säkerställa att vården av patienten kan tillhandahållas på ett säkert sätt, ska risker för patientsäkerheten bedömas och dokumenteras enligt 3 kap. Patientdatalagen (2008:355). Det innebär att arbeta tillsammans över organisatoriska gränser för att hitta lösningar baserade på de risker som identifieras samt att utifrån varje patients behov och förutsättningar, dokumentera och kommunicera mellan vårdgivare<sup>4</sup>. Var och en, oavsett profession, spelar en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet. Chefer och ledare har ansvar för att skapa förutsättningar för patientsäkert arbete.

---

<sup>4</sup> Styrdokument - Vårdsamverkan i Västra Götaland

*Att arbeta förebyggande är särskilt viktigt i ärenden där många vårdgivare är inblandade, där patientens sjukdomsbild är komplex eller när någon involverad vårdgivare anser att det behövs.*

### 3. Avvikelse

En avvikelse innebär en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat i samband med vård, stöd och omsorg.

Målet med vårdgivarens hantering av avvikelser är att identifiera patientsäkerhetsrisker, negativa händelser och tillbud som uppstår samt säkerställa följsamheten till ingångna avtal, överenskommelser och andra styrdokument. Hanteringen av avvikelser ska ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete.

Avvikelser kan handla om individärenden. Det kan också handla om organisatoriska eller systematiska brister hos vårdgivare som leder till att patienters behov inte tillgodoses. Avvikelser ska så långt det går lösas ut på lokal nivå.

#### Avvikelse mellan vårdgivare

Händelser, där gemensamt framtagna avtal, överenskommelser, riktlinjer eller rutiner inom vård och omsorg inte följs, betraktas som **avvikelser mellan vårdgivare**. Det kan handla om enskilda patientärenden, och om organisatoriska eller systematiska brister hos vårdgivare.

En avvikelse mellan vårdgivare är en händelse som berör fler än en vårdgivare.

Avvikelser mellan vårdgivare identifieras, registreras och hanteras i avsedd IT-tjänst. Avvikelserna ska hanteras skyndsamt, och återkoppling ges så snart händelsen är analyserad och det finns en plan för åtgärder.

Vårdgivare ansvarar för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare och använda resultatet för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser som vårdgivare inte kan lösa går vidare till hantering av oenighet och tvist, enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

## 4. Systematiskt förbättringsarbete

Vårdgivare ska gemensamt arbeta för kontinuerliga förbättringar inom vården genom att identifiera, analysera, åtgärda, följa upp och lära av avvikelser och andra händelser. Förbättringsarbete ska genomföras på ett strukturerat och lärande sätt i syfte att stegvis utveckla vården. Fokus ska ligga på att identifiera bakomliggande orsaker och systembrister snarare än att söka individuella fel. Som en del av detta förbättringsarbete kan händelseanalys användas som metod.

Vid negativa händelser som uppstår i samband med, eller i nära anslutning till, vårdövergångar samt vid samordnade vårdinsatser ska ledningsfunktioner inom både regional och kommunal hälso- och sjukvård, samt socialtjänst samarbeta i utredning och analys. Denna samverkan ska bidra till ökad patientsäkerhet och lärande inom hela vårdkedjan.

## 5. Uppföljning av avvikelser mellan vårdgivare

För att främja lärande och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska mönster och allvarlighetsgrad i avvikelser mellan vårdgivare regelbundet följas upp. Uppföljning ska ske på såväl lokal, delregional som länsnivå.

Sammanställning över rapporterade avvikelser på en aggregerad nivå ska vara en del i det gemensamma systematiska förbättringsarbetet mellan VGR och kommunerna. Detta ska leda till konkreta åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvården.

Varje år ska VGR och kommunerna via partsgemensamma forum gemensamt komma överens om vilka avvikelser som ska följas upp och hur det ska genomföras lokalt, delregionalt och inom länet. I samband med detta ska relevanta indikatorer specificeras och användas för att följa utvecklingen inom det valda området.

Lärandet kring resultatet av avvikelser mellan vårdgivare ska följas upp inom den egna organisationen samt inom vårdssamverkan i länet för spridning av lärdomar och erfarenheter i länet.

## 6. Definitioner

Definitionerna beskriver en läns gemensam tolkning av begrepp som används i riktlinjen. Ingen huvudman har tolkningsföreträde.

### Bedömning av patientsäkerhet

Riskbedömning inom patientsäkerhet är en systematisk process för att identifiera, analysera och värdera potentiella händelser eller situationer som kan leda till vårdskador eller brister i vårdens kvalitet och säkerhet. Syftet är att förebygga dessa genom att uppskatta sannolikheten för att de inträffar, bedöma deras konsekvenser och vidta åtgärder för att minska eller eliminera riskerna.

### **Händelseanalys**

En strukturerad metod för att klarlägga händelseförlopp och identifiera bakomliggande orsaker. Det kan ge underlag för förbättringsåtgärder som minskar risken för att liknande händelser inträffar igen samt bidra till lärande och utveckling inom vårdverksamheten.

### **Negativ händelse**

Händelse som medfört något oönskat.

### **Oenighet**

När två parter/vårdgivare inte når lösning i en viss fråga.

### **Parter**

Västra Götalandsregionen och var och en av kommunerna i Västra Götaland benämns i denna riktlinje som parterna.

Om regionen eller någon av kommunerna tecknar avtal med annan aktör och överlåter uppgifter de har ansvar för, ska denna riktlinje tillämpas.

### **Tillbud**

Händelse som hade kunnat medföra något oönskat.

### **Twist**

Eskalerad oenighet där lösning inte kan uppnås.

### **Vårdgivare**

Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

### **Vårdskada**

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt 1 kap. 5 § (2010:659) Patientsäkerhetslagen.