

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska
Innehållsansvar: Ann-Kristin Rimbe, (annri16), Verksamhetsutvecklare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-10

Giltig till: 2027-06-09

Patientsäkerhet, handlingsplan

Revideringar i denna version

2025-03-06 Mindre justeringar, nya flödesschema

Syfte

Genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete förebygga vårdskador samt ledningssystem som skapar förutsättningar för förbättringsarbete.

Arbetsbeskrivning

Kontinuerligt arbete med risk/händelse-analyser, egenkontroll och avvikelshantering. Uppföljning och utvärdering av förbättringsåtgärder. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet.

Förebygga vårdskador

Genom att identifiera och analysera latent risker som kan orsaka vårdskador samt undanröja eller begränsa dessa risker.

Detta säkerställs genom:

- Verksamhetens organisation för patientsäkerhet.
 1. Patientsäkerhet och avvikelserapportering är en stående punkt på agendan för verksamhetsledning, APT och VKP (Verksamhetens kvalitet- och patientsäkerhetsgrupp).
- Medarbetares rapporter av avvikelser liksom potentiella och upplevda risker.
- Utbildning och kompetens. I introduktion av nya medarbetare ingår information om patientsäkerhetsarbetet och vilka skyldigheter man har att rapportera avvikelser.
 2. På uppdrag av verksamhetschef (VC) utförs riskanalyser vid omorganisationer och nya arbetssätt.

- Egenkontroller utförs för att utvärdera följsamhet till rutiner och kvalitetssäkra arbetssätt, utifrån det som framkommit i händelseanalys samt LEX Maria anmälan.

Utreda händelser

Varje enskild medarbetare har ansvar för att rapportera avvikelser, patientsäkerhetsrisker och händelser där vårdskada har inträffat eller kunnat inträffa.

Verksamheten har ansvar för att utreda händelsen och om möjligt förhindra att liknande händelser uppstår igen.

Exempel

Patient: Medicinska avvikelser, dvs icke förväntade skador, sjukdomar och tillbud i samband med vård och behandling, men även tillfällen där patient inte vårdats i rätt tid.

Närstående: Brister i informationshantering eller annat klagomål.

Medarbetare: Arbetskada (risk för skada eller skada för medarbetare på arbetsplatsen eller under direkt färd till och från arbetet).

Utrustning: Risk för skada eller skada på medicinskteknisk utrustning, sjukvårdsmaterial, inventarier, telesystem, IT-system, fastighet eller mediaförsörjning.

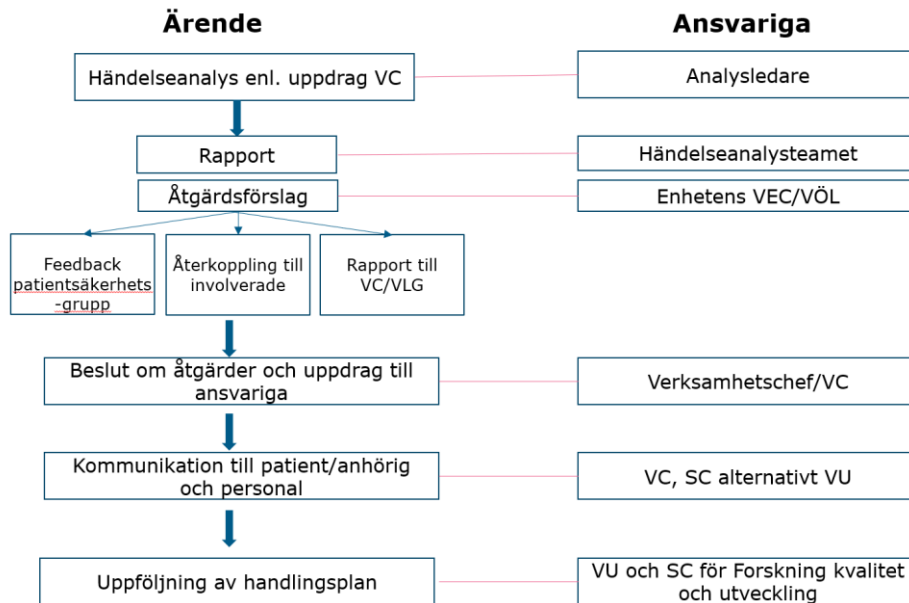
Organisation: När resurser som kompetens, tid eller utrustning inte nyttjas på bästa sätt och medarbetaren får minskade möjligheter till att utföra en god vård och/eller ett effektivt arbete.

Avvikelse rapportering i Med Control Pro

Avvikelse rapporteras på den enhet där den upptäcks. Ärendansvariga på respektive enhet gör en första bedömning av ärendet och i samråd med Vårdenhetschef (VEC), Vårdenhetsöverläkare (VÖL) och vid behov verksamhetsutvecklare (VU) lägger ärendet på lämplig rollperson för orsaksutredning, åtgärdsförslag och uppföljning.

Allvarliga ärenden ska snarast bedömas av VC och skickas till Verksamhetsutvecklare som med ett analysteam utför händelseanalys.
Berörda verksamheter involveras tidigt i arbetet och förslag på åtgärder och uppföljning lyfts sedan till ledningsgruppen.

Varje enhet redovisar sina respektive avvikelser på sin enhet. VU sammanställer övergripande statistik.



Händelseanalys

Händelseanalys ska utföras när en patient kommit till allvarlig skada/risk för allvarlig skada. VC är uppdragsgivare.

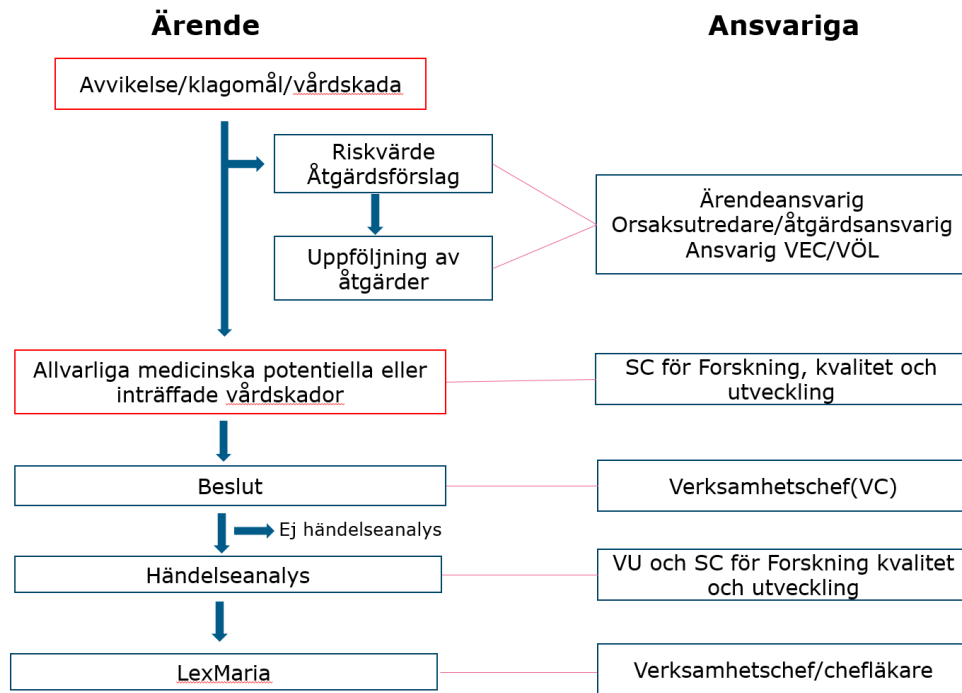
Händelseanalysen utförs i syfte att:

- Klargöra händelseförloppet och påverkande faktorer
- Ge underlag för förbättringar och vidta åtgärder
- Följa upp och utvärdera att beslutade åtgärder genomförts och om de haft avsedd effekt
- Görs alltid vid Lex Maria.

Då händelseanalysteamet skrivit slutrapport och lagt fram åtgärdsförslag redovisas arbetet i ledningsgruppen av sektionschef för Forskning, Kvalitet och Utveckling (FUTU & A) och/eller VU. VC tar tillsammans med stöd av ledningsgruppen beslut om handlingsplanens innehåll.

Händelseanalysen ska kommuniceras ut i linjen.

Ansvarig för handlingsplanens genomförande är VC.



Lex Maria

VC har ansvar för att i samråd med chefläkare ta beslut om anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). När allvarlig händelse inträffat som har medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Enskild anmälan

Patient och närstående kan göra en enskild anmälan till IVO. Detta kan resultera i begäran om händelseanalys och även beslut om Lex Maria.

Engagera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet

Alla medarbetare ska känna till patientens rätt att lämna synpunkter på vården och hur handläggningen av dessa sker. Medarbetare ska vara behjälpliga patienterna med att lägga in klagomål i Med Control Pro. Avvikelsen kategoriseras som "Patientklagomål".

Klagomål hanteras i första hand av VEC eller VÖL och läggs in i Med Control Pro. Ärenden kan inkomma via expeditionen för Patientärenden vilka läggs till verksamhetsassistent och hanteras då primärt av VU och/eller sektionschef för Forskning, Kvalitet och Utveckling.

Information till patient eller närstående

VC ansvarar för att nedanstående blir utfört:

- Informera patienten att en vårdskada/patientskada skett och vilka åtgärder som kommer att vidtas
- Dokumentera vårdskadan i patientens journal (under aktiviteten "Vårdskada")
- Informera om verksamheten anmält händelsen som Lex Maria
- Informera om möjligheten att anmäla till IVO via enskild anmälan
- Informera om möjligheten att söka ersättning från patientförsäkringen (LöF)
- Informera om Patientnämnden för ytterligare vägledning

Att redovisa verksamhetens patientsäkerhetsarbete

Arbetet för patientsäkerhet och verksamhetsutveckling organiseras genom:

- Verksamhetschef
- Verksamhetsutvecklare
- Kvalitet- och patientsäkerhetsgrupp
- Kvalitet- och patientsäkerhetsombud
- VEC
- VÖL
- Sektionschef
- Händelseanalysledare
- Riskanalysledare

Varje år redogör verksamheten för patientsäkerhetsarbetet i verksamhetsplanen i Plan och Styr.

Ansvar

Ansvar för spridning och implementering har VEC/VÖL. VC ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Sektionschef för Forskning, Kvalitet och Utveckling, AOI

Verksamhetsutvecklare, AOI

"Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient." Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO."

Granskare/arbetsgrupp

Mathias Hård av Segerstad, Sektionschef Forskning, Kvalitet och Utveckling, AOI

Philippa Joersjö, Överläkare, anestesi och intensivvård, AOI

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska

Innehållsansvar: Ann-Kristin Rimbe, (annri16),
Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1330

Version: 5.0

Giltig från: 2025-06-10

Giltig till: 2027-06-09