

Riktlinje
Process: 3.0 RGK Leda, styra och organisera
Område:
Giltig fr.o.m: 2020-07-02
Giltig t.o.m: 2022-07-01
Faktaägare: Pär Lindgren, Regional chefläkare
Fastställd av: Martin Myrskog, Regiondirektör
Revisions nr: 3
Identifierare: 36315



Patientsäkerhet - ansvarsfördelning och rutiner.

Gäller för: Region Kronoberg

Enligt Patientsäkerhetslagen 2010:659 är vårdgivaren skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt beslut ska Region Kronoberg vara kvalitetsstyrt. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 ska vara grunden för utformande av Region Kronobergs strategi för patientsäkerhet.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivare enligt SOSF 2011:9 inrätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

SOSF 2011:9 3 kap 1§ Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet skall användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

Region Kronoberg fastställer i budget, verksamhetsplaner, policy och övriga styrdokument hur detta ska ske.

Uppföljning av uppsatta mål sker i årsanalys, delårs- och månadsrapporter samt särskilda dokument som patientsäkerhetsberättelse, patientsäkerhetsronder och revisioner.

Hälso- och sjukvårdsdirektör och ledningsgrupp ansvarar för att beslutat patientsäkerhetsarbete – fastställda handlingsplaner inom prioriterade patientsäkerhetsområden- genomförs i verksamheten.

Hälso- och sjukvårdsdirektören ansvarar för att utse anmälningsansvarig/ ansvariga enligt Lex Maria. Detta i enlighet med HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete samt HSLF-FS 2017:41 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)
I Region Kronoberg är chefläkarna utsedda att vara anmälningsansvariga/ ansvariga enligt Lex Maria.

Vid misstanke om vårdskada eller risk för vårdskada ska utredning göras enligt HSLF-FS 2017:40. Utredningen kan göras internt eller centralt. Verksamhetschef kan besluta om internutredning eller efterfråga centralt stöd i utredningen. Chefläkare tittar då igenom händelsen och fattar beslut om att central händelseanalys ska göras beroende på händelsens omfattning och/eller allvarlighetsgrad. Om händelseanalys ej ska/kan utföras går ärendet tillbaka till verksamhetschefen för beslut om internutredning.

Chefläkarna beslutar om händelseanalys eller internutredning ska genomföras vid avvikelser som bedöms som möjliga Lex Maria-ärenden. Utredning kan göras centralt eller inom verksamheten. Målsättningen är att sannolika lex Maria-ärenden utreds centralt.

Patientsäkerhetsstrateg ansvarar på uppdrag av chefläkare för organisation och rutiner för genomförande av centrala händelseanalyser och riskanalyser.

I samtliga utredningar är verksamhetschef formell uppdragsgivare och ska skriva ett uppdrag till utsedd analysledare. Verksamhetschef ansvarar även för att informera berörd personal att analys kommer göras och att kontakt kommer tas för intervju.

Chefläkare beslutar efter utredning om allvarlig vårdskada föreligger.

Verksamhetschef rättspsykiatri ansvarar för att utse anmälningsansvarig vid brister i säkerheten enligt SOSF 2006:9 7 kap. och att rutiner finns för anmälan.

Regional chefläkare ansvarar för att rutiner för avvikelshantering och Lex Maria-anmälan utarbetas. Dessa fastställs av Hälso- och sjukhusdirektör och görs kända i verksamheten.

Chefläkare kan svara för vårdgivaren till IVO och andra myndigheter i patientsäkerhetsärenden eller utse annan att ansvara för vårdgivarens yttrande. Frågor som är ställda direkt till verksamheten besvaras av verksamhetschef.

Verksamhetsområdeschefer och verksamhetschefer ansvarar för att beslutade förebyggande åtgärder vid identifierade risker genomförs och följs upp.

Verksamhetschefen ansvarar för att informera patienter och anhöriga om inträffade vårdskador enligt kraven i 3e kap. 8 § i Patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal skall inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Rutiner för patientsäkerhetsarbetet

Utbildning i patientsäkerhet

All nyanställd personal inom hälso och sjukvården som arbetar med patienter genomgår en obligatorisk introduktionsutbildning i patientsäkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att enhetens nyanställda anmäler sig till aktuella kursdatum

Avvikelsehantering

Region Kronoberg använder det IT baserade avvikelssystemet Synergi för all avvikelshantering.

Rutin för avvikelshantering fastställs av Regiondirektör.

Alla medarbetare har behörighet att skriva avvikelser i systemet.

Verksamhetschefen är ansvarig för att medarbetarna är medvetna om skyldigheten att skriva avvikelserapport vid iakttagna risker och tillbud.

Verksamhetschefen är ansvarig för att avvikelserapporter bearbetas analyseras och återförs till medarbetarna samt att åtgärder identifieras och genomförs för att minska risker för upprepning.

Verksamhetschefen är ansvarig för att patient och anhöriga informeras vid inträffad vårdskada och att deras synpunkter beaktas i utredningen samt att de informeras om vidtagna åtgärder.

Händelseanalys

Chefläkare fattar beslut om händelseanalys ska göras.

Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att organisation finns för genomförande av händelseanalys vid inträffad vårdskada och att utredning inför eventuell IVO-anmälan enligt Lex Maria görs skyndsamt. Uppdraget för utredning kan också kvarstå inom verksamheten, då i form av en internutredning.

Samtliga analyser/utredningar ska återföras till berörda verksamhetschefer.

Analysteamet ansvarar för att kalla till möte för återföring.

Verksamhetschef ansvarar för att genomförda händelseanalyser och internutredningar med åtgärdsförslag återförs och görs kända i verksamheten.

Chefläkare och patientsäkerhetsstrateg ansvarar för att genomförda händelseanalyser används i utbildningssyfte och finns tillgängliga samt att de analyseras för att identifiera risker.

Patientskadeförsäkring- LÖF

Samtliga anmälningar till LÖF registreras som avvikelser i Synergi. I de fall en avvikelse inte finns, registreras en avvikelse av ärendehandläggare patientsäkerhet

Samtliga LÖF-ärenden ska av verksamhetschef bedömas om det är en vårdskada (dvs om undvikbarhet föreligger) eller inte. Om vårdskada föreligger bör verksamhetschef initiera en utredning, om inte uppenbar orsak kan identifieras. Kontakt tas med chefläkare vid misstänkt allvarlig vårdskada för uppstart av händelseanalys eller internutredning. Chefläkare beslutar om internutredning eller händelseanalys är lämplig i det aktuella ärendet.

Verksamhetschef ansvarar för sammanställning och analys av verksamhetens LÖF ärenden i årsanalys.

Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för övergripande sammanställning och analys av Hälso- och sjukvårdens LÖF ärenden i årsanalys.

Klagomålsärende där IVO startar en utredning

Samtliga anmälningar som kommer till Region Kronoberg från eller via IVO registreras som avvikelser i Synergi. I de fall en avvikelse inte finns, registreras en avvikelse av ärendehandläggare patientsäkerhet

Samtliga IVO-ärenden ska av verksamhetschef bedömas om de är vårdskada eller inte. Om vårdskada föreligger bör verksamhetschef initiera en utredning, om inte uppenbar orsak kan identifieras. Kontakt tas med chefläkare vid misstänkt allvarlig vårdskada för uppstart av händelseanalys eller internutredning. Chefläkare beslutar om internutredning eller händelseanalys är lämplig i det aktuella ärendet.

Verksamhetschef ansvarar för sammanställning och analys av verksamhetens IVO ärenden i årsanalys.

Patientsäkerhetsstrateg ansvarar för övergripande sammanställning och analys av Hälso- och sjukvårdens IVO ärenden i årsanalys.

Uppföljning

Resultatet av det systematiska patientsäkerhetsarbetet presenteras i regionens och verksamhetsområdenas patientsäkerhetsberättelse och i respektive verksamhetsområdes årsanalys.

Patientsäkerhetsronder görs av chefläkare och patientsäkerhetsstrateg för uppföljning av mätresultat, kultur och systematik kring återkoppling och lärande av inträffade händelser, hur verksamheten arbetar med att säkerställa kompetens hos olika yrkesgrupper samt hur man arbetar med beslutade åtgärds paket inom prioriterade patientsäkerhetsområden. Varje verksamhet upprättar en lokal handlingsplan som följs upp kommande rond.

Regiongemensamma indikatorer används för att följa pågående patientsäkerhetsarbete såsom förekomst av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till riktlinjer för klädsel och handhygien, och förekomst av trycksår.

Mätning av säkerhetskultur ingår i medarbetarenkäten, intervall 1 – 2 år och redovisas. Mätresultatet följs upp på patientsäkerhetsronder. Enheter med sämre resultat erbjuds stöd i sitt förbättringsarbete.

Rutiner för stöd till personal och anmälan till IVO.

Personaldirektör ansvarar för att det finns rutiner för att stödja personal i anmälningsärenden, hantera frågor kring prøvotid och legitimation. Anmälan till IVO av legitimerad personal som bedöms kunna utgöra en fara för patientsäkerheten görs av verksamhetschef i samråd med HR och chefläkare.