

Landstingets revisorer

2009-02-03

Dnr REV/9/2009

Revisionschef Lennart Ledin 063-14 75 27
Certifierad revisor Jan-Olov Undvall, 063-14 75 24

Landstingsstyrelsen

Patientsäkerhet - förebyggande arbete

Revisionskontoret har på vårt uppdrag granskat det förebyggande patientsäkerhetsarbetet inom landstinget. Granskningen är också en uppföljning av vilka åtgärder som vår granskning år 2006 "Vajsing i vården" har föranlett.

Resultatet av granskningen framgår av bifogad granskningsrapport.

Resultatet av granskningen visar att i första hand bör följande åtgärdas för att öka patientsäkerheten och för att förbättra förutsättningarna för arbetet med detta.

- Landstingsledningen måste snarast slutföra arbetet med att ta fram ett fungerande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De som skall genomföra detta arbete måste få bättre förutsättningar för att kunna utföra arbetet.
- Det bör tillföras mer resurser till det centrala patientsäkerhetsarbetet. Våra iakttagelser visar att nuvarande resurser inte räcker för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Det behövs en kvalitetsutveckling av arbetet med händelseanalyser. Ansvariga för patientsäkerhetsarbetet bör beakta de brister som Socialstyrelsen iakttagit och satsa på fortbildning till dem som gör händelseanalyser. Läkarna bör mer aktivt delta i händelseanalyser. Ett sätt att öka läkarnas deltagande kan vara att låta läkare gå utbildning i händelseanalys. Det måste också avsättas tillräckligt med tid för arbetet med händelseanalyser. Detta är till stor del en ledningsfråga.
- Chefläkaren bör ges resurser så att denne kan börja att göra egna uppföljningar av gjorda händelseanalyser. Detta är en del i den egenkontroll som landstinget skall genomföra. Förutom att uppföljningar kan verka pådrivande på verksamheten att genomföra förebyggande åtgärder, innebär det en möjlighet att inhämta kunskap om varför vissa åtgärder inte har genomförts. Resultatet av uppföljningen bör återföras bl.a. till dem som gjort händelseanalyserna som en del i kvalitetsutvecklingen av dessa.
- Riskanalyser bör i högre utsträckning ske och då på övergripande nivå. Att riskanalysen sker på övergripande nivå medför att den som skall göra riskanalysen får en bättre överblick över riskerna. Ett annat skäl för att göra riskanalyser på övergripande nivå är det möjliggör att de som utför riskanalyser upparbetar en god kompetens inom området, då arbetet fördelas på ett begränsat antal personer. Övergripande nivå skulle t.ex. kunna vara Primärvården, Somatisk Specialistvård och Psykiatri. Vi anser också att det bör tillföras

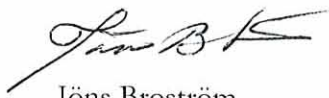
resurser så att riskanalyser kan ske enligt vedertagna metoder och att det skall finnas rutiner som säkerställer att landstingsledningen regelbundet informeras om riskerna i verksamheten.

- Landstinget bör enligt vår mening uppgradera Vajsing i avvaktan på att ett ev. nytt avvikelsesrapporteringsystem anskaffas.

Vi emotser senast den 5 juni 2009 landstingsstyrelsens yttrande över resultatet av granskningen med en redovisning av vilka åtgärder som styrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av resultatet. Av redovisningen bör framgå närmast ansvariga för åtgärderna samt tidplan.

För Jämtlands läns landstings revisorer


Mona Nyberg
Ordförande


Jöns Broström
Vice ordförande

Bilaga

Revisionskontorets revisionsrapport "Patientsäkerhet - förebyggande arbete"

Kopia

Fullmäktiges presidium
Beredningen för vård och rehabilitering
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefläkare
Chefen ledningsstab Utveckling
Vårdstrategen, ledningsstab Utveckling
Tandvårdschefen
Patientnämnden
Socialstyrelsen
Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)



Jämtlands Läns
Landsting

**PATIENTSÄKERHET -
FÖREBYGGANDE ARBETE**

Ansvarig: Jan- Olov Undvall

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
1.0	2009-02-03	

I NNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING/BAKGRUND	5
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	5
4	REVISIONSKRITERIER	6
5	METOD	6
6	RESULTAT	7
6.1	Aktuellt inom patientsäkerhetsarbete.....	7
6.2	Patientsäkerhetsorganisation	8
6.3	Görs händelseanalyser enligt socialstyrelsens rekommenderade vägledningmaterial?.....	9
6.4	Hur tillvaratas erfarenheter från händelseanalyser i det förebyggande riskhanteringsarbetet	11
6.4.1	Spridning av resultatet av händelseanalyser	12
6.4.2	Uppföljning av förbättringsåtgärdernas effekter	13
6.5	Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet	14
6.5.1	Det saknas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.....	15
6.6	Användning av erfarenheter från avvikelsearbetet i det förebyggande riskhanteringsarbetet.	16
6.6.1	Hur förslag från patienter och anhöriga tillvaratas i verksamheten	17
6.6.2	Vajsing	17
7	DOKUMENTFÖRTECKNING	19

1 SAMMANFATTNING

Revisionskontoret har på vårt uppdrag granskat det förebyggande patientsäkerhetsarbetet inom landstinget. Granskningen är också en uppföljning av vilka åtgärder som vår granskning år 2006 "Vajsing i vården" har föranlett.

Resultatet av granskningen visar att i första hand bör följande åtgärdas för att öka patientsäkerheten och för att förbättra förutsättningarna för arbetet med detta.

- Landstingsledningen måste snarast slutföra arbetet med att ta fram ett fungerande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De som skall genomföra detta arbete måste få bättre förutsättningar för att kunna utföra arbetet.
- Det bör tillföras mer resurser till det centrala patientsäkerhetsarbetet. Våra iakttagelser visar att nuvarande resurser inte räcker för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Det behövs en kvalitetsutveckling av arbetet med händelseanalyser. Ansvariga för patientsäkerhetsarbetet bör beakta de brister som Socialstyrelsen iakttagit och satsa på utbildning till dem som gör händelseanalyser. Läkarna bör mer aktivt delta i händelseanalysarbetet. Ett sätt att öka läkarnas deltagande kan vara att låta läkare gå utbildning i händelseanalys. Det måste också avsättas tillräckligt med tid för arbetet med händelseanalyser. Detta är till stor del en ledningsfråga.
- Chefläkaren bör ges resurser så att denne kan börja att göra egna uppföljningar av gjorda händelseanalyser. Detta är en del i den egenkontroll som landstinget skall genomföra. Förutom att uppföljningar kan verka pådrivande på verksamheten att genomföra förebyggande åtgärder, innebär det en möjlighet att inhämta kunskap om varför vissa åtgärder inte har genomförts. Resultatet av uppföljningen bör återföras bl.a. till dem som gjort händelseanalyserna som en del i kvalitetsutvecklingen av dessa.
- Riskanalyser bör i högre utsträckning ske och då på övergripande nivå. Att riskanalysen sker på övergripande nivå medför att den som skall göra riskanalysen får en bättre överblick över riskerna. Ett annat skäl för att göra riskanalyser på övergripande nivå är det möjliggör att de som utför riskanalyser upparbetar en god kompetens inom området, då arbetet fördelas på ett begränsat antal personer. Övergripande nivå skulle t.ex. kunna vara Primärvården, Somatisk Specialistvård och Psykiatri. Vi anser också att det bör tillföras resurser så att riskanalyser kan ske enligt vedertagna metoder och att det skall finnas rutiner som säkerställer att landstingsledningen regelbundet informeras om riskerna i verksamheten.
- Landstinget bör enligt vår mening uppgradera Vajsing i avvaktan på att ett ev. nytt avvikelserapporteringssystem anskaffas.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Vid vår tidigare granskning av patientsäkerhetsarbetet från 2006 "Vajsing i vården" granskade vi avvikelserapporteringen. I granskningen framkom att en stor andel av vårdskadorna inte avvikelserapporterades. Några hinder som uppgavs då för att rapportera avvikelser var bl.a. att det saknades tydliga rutiner för avvikelserapportering, men också att vissa verksamheter präglades av en syndabockskultur som hämmade benägenheten att rapportera avvikelser. I vår tidigare granskning framkom det också att det fanns en stor förbättringspotential i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

Vid revisorernas väsentlighets- och riskanalys under hösten 2007 bedömde de förtroendevalda revisorer att patientsäkerhetsarbetet åter bör granskas. Denna gång med fokus på hur det förebyggande riskhanteringsarbetet fungerar.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen är att undersöka om landstinget har ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. Fokus för granskningen har varit att undersöka hur resultatet av allvarigare avvikelser tillvaratas i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Syftet med granskningen är också att göra en uppföljning av den granskning av patientsäkerhetsarbetet som gjordes 2005.

4 REVISIONSKRITERIER

- Görs händelseanalyser vid Lex Maria - ärenden och för övrigt allvarliga avvikelser utifrån Socialstyrelsens rekommenderade vägledningsmaterial för händelseanalyser.
- Tillvaratas erfarenheter från händelseanalyser i det förebyggande riskhanteringsarbetet, enligt Socialstyrelsens författning 2005:12.
- Finns ett ledningssystem framtaget för kvalitet och patientsäkerhet som uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter enligt Socialstyrelsens författning 2005:12.
- Tillvaratas erfarenheter från avvikelsearbetet i det förebyggande riskhanteringsarbete enligt Socialstyrelsens författning 2005:12.

5 METOD

De granskningsmetoder som använts har varit dokumentanalyser och intervjuer.

Vi har genomfört tio djupintervjuer med tolv personer. Alla intervjuade har fått tagit del av intervjuanteckningarna för att korrigera ev. missuppfattningar. Intervjuerna har därefter godkänts av de intervjuade. Alla som intervjuats arbetar med patientsäkerhetsfrågor, men på lite olika nivåer. De som intervjuats är vårdutvecklare, enhetschefer, medicinskt ledningsansvarig, verksamhetsområdeschef, vårdstrateg och chefsläkare. Vi har även per telefon ställt frågor till ansvarig för analys- och utbildningsfrågor inom Socialstyrelsen.

I granskningen har vi också haft kontakt med systemansvarig för VAJSING¹ och VAJSINGS ägare, den Regionala tillsynsenheten på Socialstyrelsen och Utvecklingsenheten inom Hallands landsting. Dessa personers uppgifter har verifierats på annat sätt.

De dokument som ingått i granskningen har varit dokumenterade händelseanalyser, Lex Maria ärenden, landstingsinterna styrdokument om patientsäkerhetsarbete, rapporter från Socialstyrelsen och revisionsrapporter om patientsäkerhetsarbete etc.

I granskningen har vi slumpvist valt ut fem händelseanalyser som gjorts 2007 och 2008. Dessa händelseanalyser har vi mer ingående granskat avseende genomförandet och tillvaratagandet av resultatet. Vi redovisar emellertid inte vilka händelseanalyser som ingått i granskningen. Detta för att inte någon medarbetare skall känna sig utpekad.

¹ VAJSING är det avvikelserapporteringsystem som specialistsjukvården och primärvården använder.

6 RESULTAT

6.1 Aktuellt inom patientsäkerhetsarbete

Patientsäkerhetsutredningen

Skador i vården har blivit ett ärende för regeringen. Regeringen beslutade våren 2007 att tillsätta en utredning om patientsäkerhet och tillsyn m.m. som antagit namnet Patientsäkerhetsutredningen (Dir. 2007:57). Utredningen skall göra en översyn av den lagstiftning som omfattar bl.a. tillsyn över hälso- och sjukvården och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Utredningen anser och föreslår att det av regelverket tydligt ska framgå att den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att vidta alla åtgärder som behövs för att säkerställa att patienter inte ska drabbas av vårdskada. Patienternas erfarenheter ska tas tillvara - ingen patient ska behöva komma till skada innan åtgärder vidtas för att undanröja risker i verksamheten. Ett av utredningens förslag är att det införs en helt ny lag om patientsäkerhet.²

SKL satsning för att öka patientsäkerheten

Nu pågår en nationell satsning för ökad patientsäkerhet som Sveriges Kommuner och Landsting gör tillsammans med alla landsting och regioner. Målet är att halvera förekomsten av vårdrelaterade infektioner från tio till fem procent före utgången av 2009 jämfört med 2006.

Satsningen är starten på ett långsiktigt, systematiskt och uthålligt förbättringsarbete. Den fokuserar på sex typer av vårdskador som enligt landsting och regioner är särskilt vanliga och allvarliga:

- Urinvägsinfektioner i samband med vård
- Infektioner vid centrala venösa infarter
- Postoperativa sårinfektioner
- Läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Fallskador i samband med vård
- Trycksår i samband med vård

Socialstyrelsens granskning av vårdskador under 2008

Vid en journalgranskning gjord av Socialstyrelsen 2008 framkom att ungefär nio procent av patienterna inom somatisk sjukvård skadas inom vården (vårdskada). En vårdskada medförde i genomsnitt sex extra vårddygn³. För Östersunds sjukhus skulle detta innebära att ca 10 000 extra vårddygn per år beläggs med patienter som skadats i vården.

Hälften av alla vårdskador inträffar i samband med en operation eller andra invasiva ingrepp. Den näst vanligaste typen av vårdskador är vårdrelaterade infektioner. Felaktig läkemedelsbehandling var orsaken till

² Svensk Medicinsk Rätt nr 4 årgång 16 s. 23.

³ Vårdskador inom somatisk slutenvård Socialstyrelsen 2008

drygt en fjärdedel av alla vårdskador.⁴ (Invasiva ingrepp är t.ex. att föra in en urinvägskateter eller en central venkateter⁵).

6.2 Patientsäkerhetsorganisation

Patientsäkerhetsarbetet inom landstinget är för närvarande organiserat på följande sätt. Det finns en chefsläkare som är anmälningsansvarig läkare och programansvarig för patientsäkerhetsfrågor. Chefsläkaren hanterar också patientskadeärenden. Tidigare var chefsläkaren direkt underställd landstingsdirektören. Nu är chefsläkaren placerad inom ledningsstab Utveckling. Chefsläkaren anser att nuvarande placering i organisationen medför minskade möjligheter att informera landstingsledningen om patientsäkerhetsarbetet.

Inom ledningsstab Utveckling är också vårdstrategen placerad. Vårdstrategen är delaktig i patientsäkerhetsarbetet genom att göra olika övergripande utredningar om patientsäkerhetsfrågor.

Inom varje verksamhetsområde finns numera en vårdutvecklare. Vårdutvecklarna arbetar bl.a. med händelse- och riskanalyser. Område Kirurgi var det verksamhetsområdet som sist inrättade en tjänst som vårdutvecklare. Befattningen inrättades hösten 2008 på 50 %.

Det har inrättats en riskanalysgrupp där vårdutvecklare, medicinsk teknisk ingenjör, patientombuden samt risksamordnare ingår. Gruppen träffas en gång i månaden.

I intervjuerna har det framförts kritik mot nuvarande organisation av patientsäkerhetsarbetet. Några vårdutvecklare upplever organisationen som otydlig. De anser att det finns ett glapp i ansvarsfördelningen mellan vårdstrategens och chefsläkarens ansvarsområde.

Kritiken handlar också om att det saknas resurser för uppföljning av patientsäkerhetsarbetet. Några vårdutvecklare uppger att de saknar expertstöd för sitt arbete. Det har framförts önskemål om att den centrala patientsäkerhetsorganisationen utökas med fler tjänster. Enligt uppgift är det svårt att utveckla patientsäkerhetsarbetet som ensam chefsläkare. Som vi nämnt tidigare är tidsbrist hos chefsläkaren ett skäl till att det inte tagits fram ett ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhet.

Förslag till en ny patientsäkerhetsorganisation

Under hösten 2008 har det pågått ett arbete med att ta fram nya former för hur landstingsnivå och verksamhetsnivå bättre skall kunna samverka i patientsäkerhet och vårdkvalitet. Förslaget går bl.a. ut på att inrätta 3 chefsläkartjänster på deltid 50 %. Arbetsuppgifter som den medicinska rådgivaren tidigare haft skall också fördelas på dessa chefsläkartjänster. Två deltidstjänster på 50 % som vårdutvecklare kommer att inrättas inom den centrala patientsäkerhetsorganisationen. Vårdstrategen kommer att överta arbetet med att leda och samordna framtagandet av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Bedömningar

- Det bör tillföras mer resurser till det centrala patientsäkerhetsarbetet. Våra iakttagelser visar att nuvarande resurser inte räcker för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Chefsläkarens och vårdstrategens ansvarsområden bör förtydligas.
- Förslaget till ny patientsäkerhetsorganisation innebär möjligheter till förbättringar. Emellertid kan det finnas en risk med att införa chefsläkartjänster på deltid. Risken består i att dessa personer ”splittras” mellan det kliniska arbetet och chefsläkararbetet. Enligt vår mening är det en fördel om

⁴ Patientsäkerhet Tema Nr. 4. Socialstyrelsen

⁵ Telefonsamtal med Eva Stolpe redaktör för Patientsäkerhet Tema

den som skall samordna och leda arbetet med att ta fram ett kvalitets- och ledningssystem knyts till patientsäkerhetsorganisationen och underställs chefsläkarna i detta arbete.

- Omfattningen av patientsäkerhetsarbete bör också fördelas med utgångspunkt utifrån en riskbedömning mellan olika verksamheter. Inom verksamheter med högre risker för att vårdskada inträffar borde det satsas mer resurser på förebyggande patientsäkerhetsarbete. Då operationer är ett högriskområde för vårdskador är det otillfredsställande att område Kirurgi endast har en vårdutvecklare på 50 %. Inom de flesta andra verksamhetsområden arbetar vårdutvecklaren heltid.

6.3 Görs händelseanalyser enligt socialstyrelsens rekommenderade vägledningsmaterial?

Då en patient råkat ut för en allvarlig skada i vården eller kunde ha skadats allvarligt bör en händelseanalys utföras. Analysen ger förståelse för hur och varför händelsen inträffat samt ger information om vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att liknade händelser upprepas. En händelseanalys mynnar ut i förslag till riskförebyggande åtgärder⁶.

Händelseanalyser sker vanligtvis i samband med Lex Maria anmälningar. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) skall en anmälan enligt Lex Maria innehålla en intern utredning, vilket oftast sker i form av en händelseanalys. I Jämtlands läns landsting görs inga händelseanalyser vid Lex Maria anmälningar i samband med självmord. Istället sker det en annan form av internutredning.

Alla självmord, som skett inom fyra veckor efter kontakt med vården, ska anmälas enligt Lex Maria. Enligt Socialstyrelsen skall en internutredning i samband med självmord ske på samma sätt som vid övriga Lex Maria anmälningar⁷.

Vissa verksamhetsområden gör ibland även händelseanalyser på avvikelser som inte medför en anmälan enligt Lex Maria. Dessa händelseanalyser diarieförs inte utan betraktas som internt utredningsmaterial inom den avdelning/enhet där händelseanalysen gjordes.

Beslut om händelseanalys

Då händelseanalys görs i samband med Lex Maria anmälan är det anmälningsansvarig läkare via verksamhetschefen som initierar att händelseanalys görs. Chefsläkaren ger verksamhetschefen i uppdrag att göra en händelseanalys. Verksamhetschefen ger i sin tur ett skriftligt uppdrag till analysledaren, som vanligtvis är den som är vårdutvecklare inom verksamhetsområdet. Ibland kan en vårdutvecklare från ett annat verksamhetsområde vara analysledare.

Om händelseanalysen berör fler verksamhetsområden ger chefsläkaren uppdraget till det verksamhetsområde som är mest involverad i händelsen.

Det har, enligt uppgift, förekommit att anmälningsansvarig läkare velat göra en Lex Maria anmälan medan verksamhetsområdeschef har haft motsatt uppfattning. Vid ett fall, då sådan motsättning rådde, kunde vi konstatera att det inte gjordes någon Lex Maria anmälan.

När händelseanalysen är klar skall verksamhets(områdes)chefen skriva sina kommentarer och underteckna händelseanalysen. Händelseanalysen skickas sedan till anmälningsansvarig läkare och bifogas Lex Maria anmälan.

⁶ Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhet s. 10.

⁷ Telefonsamtal med Britta Olofsson Socialstyrelsen 29 oktober 2008.

Använder landstinget Socialstyrelsens rekommenderade analysmaterial

Det vägledningsmaterial som landstinget använder till händelseanalyser är det material som bl.a. landstinget i Östergötland i samarbete med SKL, Socialstyrelsen, Stockholmsläns landsting och LÖF⁸ har tagit fram. I Handboken beskrivs de olika stegen i analysen. De olika stegen är följande; initiera analysen, samla in data, beskriva händelsen, identifiera orsaker, analysera barriärer/skydd, utarbeta åtgärdsförslag och uppföljningsmetod, utarbeta slutrapport och besluta om åtgärder, återföring och uppföljning⁹.

Vi kan konstatera att i fyra av de fem händelseanalyser, som ingår i granskningen, har man till stor del följt socialstyrelsen framtagna vägledningsmaterialet. I en av händelseanalyserna, som vi tagit del av har analysledaren till stor del avvikit från de olika stegen. Analysledaren förklarar detta med att händelseanalysen var en av de första som gjordes inom landstinget och att det saknades kunskap om hur händelseanalyser skulle utformas.

De brister vi iakttagit i händelseanalyserna är hur återkopplingen sker till verksamhetsansvarig (dock i begränsad omfattning) och uppföljningen av beslutade åtgärder. Vi kommer att närmare belysa dessa brister längre fram i rapporten. Vi har emellertid inte mer utförligt granskat kvalitén i händelseanalyserna.

En granskning av kvalitén i händelseanalyser har gjorts av Socialstyrelsen. I denna granskning ingick händelseanalyser från flera landsting. I granskningen har det framkommit en del brister i hur händelseanalyser görs vilket har medfört att vägledningsmaterialet för närvarande håller på att revideras. Några av bristerna är följande:

- brister i analysgruppens sammansättning,
- brister i urvalet av intervjuade,
- att det saknas spårbarhet, dvs. det framgår inte hur man kommit fram till slutsatserna,
- att resultatet inte sprids till berörda och
- att det saknas uppföljning av åtgärdernas effekter¹⁰.

Utbildning i händelseanalys

25-30 personer har gått utbildning i händelseanalys. Framförallt är det vårdutvecklare, men även andra personalkategorier. Dock är det ingen läkare som har gått utbildningen. Detta anser några av de intervjuade är en brist och borde ha varit ett krav. Läkarkårens aktiva medverkan i analysarbetet är nödvändig¹¹. Enligt några intervjuade är det endast 10 -15 personer av dem som gick utbildningen som "aktivt" gör händelseanalyser idag. Det har inte genomförts någon samlad utbildning för avdelnings- och verksamhetschefer.

Läkarnas aktiva deltagande i analysarbetet

En förutsättning för en kvalitativt bra händelseanalys är läkarnas aktiva deltagande i analysarbetet. I några intervjuer har det framkommit att läkarnas deltagande i analysarbetet brister. Orsak till detta, som nämnts i intervjuerna, är att analyserna tar lång tid och att det ofta inte ges extra tid att delta i analysarbetet. Det finns också en rädsla att Lex Maria anmälan skall leda till anmälan till HSN. Ett annat skäl uppges vara att ingen läkare har genomgått utbildning i händelseanalys.

⁸ Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

⁹ Händelseanalys och Riskanalys

¹⁰ Krister Lundström Socialstyrelsen.

¹¹ Handbok för Händelse och Riskanalys s. 6.

Några av de intervjuade uppger att vissa läkare ser negativt på metodiken i händelseanalyser. I stället för att göra händelseanalyser uppges att läkarna genomför egna interna förbättringsarbeten.

Rutiner som säkerställer att patienten blir informerad

När en patient skadas i vården eller upplevt en händelse som skulle inneburi skada är det viktigt att det finns rutiner som säkerställer att patienten blir informerad. Patienten och anhörig bör få en tydlig ursäkt och informeras om vilka riskförebyggande åtgärder som vidtagits för att förhindra att liknade händelser inträffar.¹² Vid intervjuerna har det framkommit att anhöriga i regel kontaktats i samband med Lex Maria anmälan, men inte alltid. Vi har inte kunnat finna något i styrdokumentet om att vården skall framföra en ursäkt till patienter som skadats i vården.

Bedömning

- Ansvariga för patientsäkerhetsarbetet bör beakta de brister som Socialstyrelsen iakttagit och satsa på fortbildning till dem som gör händelseanalyser.
- Läkarna bör mer aktivt delta i händelseanalyserarbetet. Ett sätt att öka läkarnas deltagande kan vara att låta läkare gå utbildning i händelseanalys. Det måste också avsättas tillräckligt med tid för arbetet med händelseanalyser. Detta är till stor del en ledningsfråga.
- Det är viktigt att chefer inom sjukvårdsorganisationen har goda kunskaper om patientsäkerhetsarbete eller tillgång till expertkunskap.
- Om chefsläkaren bedömer att en Lex Maria anmälan skall göras, bör denna bedömning ligga fast även om verksamhets(områdes)chef har annan uppfattning i frågan. Verksamhets(områdes)chefens bedömning ska, enligt vår mening, inte avgöra chefsläkarens ställningstagande i sådana fall.
- Landstinget bör formulera en rutin om att det alltid framförs en tydlig ursäkt till patienter som skadats i vården.
- Händelseanalyser bör även ske vid Lex Maria anmälningar i samband med självmord. Vi anser att det inte finns något skäl för undantaget. En förutsättning för att kunna vidta riskförebyggande åtgärder är att identifiera och analysera orsaker till att självmord begås.

6.4 Hur tillvaratas erfarenheter från händelseanalyser i det förebyggande riskhanteringsarbetet

Enligt författningen om Lex Maria skall resultatet från internutredningen tillvaratas i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

Överlag har de riskförebyggande åtgärderna från händelseanalyserna införts inom den del av organisationen där händelsen inträffade, dock inte alltid. Vissa riskförebyggande åtgärder som i händelseanalysen framställts som brister i system har av verksamhetsansvariga i stället tolkas som brister hos en enskild individ. Man har då ansett det svårt att formulera en rutin om detta och den föreslagna förbättringsåtgärden har därför inte genomförts.

¹² God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Andra orsaker till att inte förbättringsåtgärder genomförts är att den berörda enheten varit beroende av andra delar av landstingsorganisationen för genomförandet. Då fördröjningar uppstått inom andra delar av landstingsorganisationen har det medfört att åtgärder ännu inte genomförts. Ibland har det handlat om utrustning som skall upphandlas och att upphandlingen dragit ut på tiden.

I en av händelseanalyserna godkände inte verksamhetsområdeschefen resultatet i händelseanalysen och har därför inte vidtagit de riskförebyggande åtgärderna. Verksamhetsområdeschefen ansåg att vissa av dessa riskförebyggande åtgärder var orealistiska att genomföra. Enligt verksamhetsområdeschefen förelåg brist i återkoppling av resultatet med denne och anser att händelseanalysen är ofullbordad. Detta gällde en händelseanalys som berörde fler verksamhetsområden och där inte Lex Maria anmälan gjordes.

Några intervjuade från primärvården uppger att det förekommit brister i återföring av analysresultatet. Detta gäller händelseanalyser som berört både primärvård och specialistvård och där specialistvården utfört händelseanalysen.

I de flesta Lex Maria ärenden följer Socialstyrelsen upp att verksamheten vidtar riskförebyggande åtgärder. Chefsläkaren tycker att Socialstyrelsens uppföljningsbesök är bra. Uppföljningsbesöken sätter press på verksamheten att genomföra åtgärderna, framhåller hon. Chefsläkaren har inte haft tid att göra egna uppföljningar av förbättringsåtgärderna. Det sker således ingen uppföljning av händelseanalyser som genomförts på avvikelser som inte lett till Lex Maria anmälan.

Enligt uppgift kommer Socialstyrelsen sannolikt att ändra sina uppföljningar i framtiden och mer fokusera på hur vårdgivarens egenkontroller fungerar¹³. Detta innebär att Socialstyrelsen uppföljningsbesök kommer att inriktas bl.a. på hur landstingen själva följer upp sina händelseanalyser¹⁴.

Bedömningar

- Chefsläkaren bör ges resurser så att denne kan påbörja att göra egna uppföljningar av gjorda händelseanalyser. Detta är en del i den egenkontroll som landstinget skall genomföra. Förutom att uppföljningar kan verka pådrivande på verksamheten att genomföra de riskförebyggande åtgärderna, innebär det en möjlighet att inhämta kunskap om varför inte vissa åtgärder genomförts. Resultatet av uppföljningen bör återföras bl.a. till dem som gjort händelseanalysen som en del i kvalitetsutvecklingen av dessa.
- Det bör tas fram landstingsövergripande rutiner för hur förbättringsåtgärder som berör flera verksamhetsområden skall återföras till respektive verksamhetsområde. En förutsättning för att förbättringsåtgärderna ska kunna införas är att berörda verksamheten blir informerad om dessa.

6.4.1 Spridning av resultatet av händelseanalyser

Enligt intervjuerna sprids resultatet av händelseanalyser vanligtvis vid arbetsplatsträffar. Om händelsen berör endast en person kan dock återföringen bli extra känslig.

Det finns olika uppfattningar bland dem som intervjuats om det behövs ytterligare stödåtgärder för personer som är involverade i en Lex Maria anmälan. Primärvården har nyligen tagit fram rutiner för stödåtgärder för personal som är föremål för anmälningar. Motsvarande rutiner för specialistsjukvården har vi inte kunnat finna.

¹³ Telefon intervju med Krister Lundström på Socialstyrelsen 8 december 2008.

¹⁴ God vård om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården s.23.

Revisionskontoret

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Händelseanalyser sprids ibland också utanför den egna enheten, t.ex. vid enhetsträffar, utbildningsdagar och vid MLA¹⁵ träffar. Resultatet från en av de händelseanalyser som ingick i granskningen sprids vid en rikstäckande konferens. Vårdutvecklare får information och genomgång av händelseanalyser vid sina sammankomster. Enligt chefsläkaren är det dock i undantagsfall som resultatet av händelseanalyser sprids utanför den egna avdelningen. Flera av de intervjuade är öppna för en ökad spridning av resultatet från händelseanalyser.

Inom Primärvården har det beslutats att fr.o.m. 1 januari 2009 skall alla händelseanalyser läggas på intranätet för spridning i utbildningssyfte. Det blir dock upp till respektive enhetschef att själv bedöma vilka riskförebyggande åtgärder som skall gälla inom hälsocentralen. I intervjuerna har det framförts önskemål om att det i högre grad skall finnas samma rutiner inom hälsocentralerna. Detta för att bl.a. underlätta samverkan mellan hälsocentraler.

I vår dokumentanalys har vi inte kunnat finna några landstingsövergripande rutiner för spridning av resultatet av händelseanalyser.

Enligt uppgift finns planer att införa en gemensam databas för händelseanalyser på riksnivå. Denna databas skall vara tillgänglig för landstingen och bl.a. utgöra en källa för riskanalyser.

Bedömning

- Det är viktigt att resultatet av händelseanalyser även sprids utanför den egna avdelningen/enheten. Syftet med händelseanalyser är att minska risker för att vårdskador inträffar. Det är därför viktigt att andra avdelningar/enheter där liknande händelser skulle kunna inträffa blir informerade och kan vidta riskförebyggande åtgärder. Därför anser vi att det skall tas fram landstingsövergripande rutiner för systematisk spridning av resultatet av händelseanalyser till andra berörda delar av sjukvårdsorganisationen.
- Det beslut som primärvården har fattat om att lägga ut händelseanalyser på intranätet bör också kunna tas inom specialistsjukvården. Riskförebyggande åtgärder, i form av t.ex. ändrade rutiner, skall vara obligatoriska att införa. Det skall inte vara upp till varje hälsocentral att själv avgöra om nya rutiner skall införas om det inte finns synnerliga skäl för detta. Något som i så fall kan prövas som ett dispensärende.
- Det är viktigt att det finns stödåtgärder för medarbetare som är involverade i Lex Marie ärenden eller föremål för anmälningar till HSAN. Detta är god personalpolitik.

6.4.2 Uppföljning av förbättringsåtgärdernas effekter

När det gäller uppföljning av förbättringsåtgärdernas effekter, svarar flertalet av de intervjuade att sådan uppföljning inte görs. Några intervjuade uppger dock att de följt upp vissa riskförebyggande åtgärder. En intervjuad har konstaterat att antalet avvikelser minskat.

Det saknas rutiner för systematisk uppföljning av åtgärdernas effekter. Några hänvisar till dokumentet "Rutiner för patientsäkerhet inom Primärvården". Vi har dock inte hittat någon anvisning om uppföljning av åtgärdernas effekter i detta dokument. Som vi tidigare nämnt kommer Socialstyrelsen att i högre grad följa upp hur vårdgivarens egenkontroll fungerar. Egenkontroll innebär också att landstinget gör en regelbunden, systematisk uppföljning av de riskförebyggande åtgärdernas effekter. Enligt författningen finns ett åliggande för vårdgivaren att ha en egenkontroll.¹⁶

¹⁵ Medicinsk ledningsansvarig

¹⁶ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården s. 23.

Bedömningar

- Det bör tas fram landstingsövergripande rutiner för uppföljning av de riskförebyggande åtgärdernas effekter. Det är först vid uppföljning av åtgärdernas effekter som verksamheten får veta om det var rätt åtgärder som vidtagits.
- Uppföljning av åtgärdernas effekter bör också återföras till dem som genomfört händelseanalysen som en del i kvalitetsutvecklingen av händelseanalyser.

6.5 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Enligt Socialstyrelsens författning 2005:12 skall varje vårdgivare ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhetsarbete. (Med vårdgivare avses i detta sammanhang landstingsstyrelsen). Detta är ett "skallkrav" i författningen som gäller fr.o.m. 1 september 2005.

Ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är ett system för att fastställa grundprinciperna för ledning av verksamheten avseende kvalitet och patientsäkerhet¹⁷. Syftet med ledningssystemet är att skapa en grundläggande struktur i verksamheten för att så långt som möjligt förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador¹⁸.

Landstingsledningens ansvar är att fastställa övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Landstingsledningen skall också säkerställa att chefer och medarbetare har den kompetens, engagemang, ansvar och de befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete¹⁹. Landstingsledningen skall också ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhetsområde är ändamålsenligt²⁰.

Utifrån landstingets övergripande ledningssystem skall varje verksamhetsområde formulera sitt eget ledningssystem. Verksamhetschefens ansvar är att styra, följa upp och utveckla verksamheten med mål och dokumenterade rutiner.

Varje medarbetares ansvar är att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet bl.a. genom att delta i avvikelshantering och mål- och resultatuppföljning²¹.

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet omfattar rutiner för: bemötande av patienter, metoder för diagnostik vård och behandling, kompetens, samverkan och samarbete, riskhantering, avvikelshantering, försörjning av tjänster, produkter och teknik samt spårbarhet. Vidare ingår krav på systematisk egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring²².

Ett sätt att visa att landstinget uppfyller kraven i författningen är att låta sig bli certifierad enligt de standarder som omnämns i författningen. Om vårdgivaren inte certifierats enligt dessa angivna standarder finns det inga detaljerade anvisningar i författningen för att kunna bedöma om ett landsting uppfyller kraven. Ett grundkrav för att uppfylla författningen är att det finns en dokumenterad beskrivning av ledningssystemet. En bedömning får sedan ske bl.a. utifrån denna dokumentation och genom intervjuer²³.

¹⁷ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 12

¹⁸ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 13

¹⁹ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 17

²⁰ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 5

²¹ God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 18

²² God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, sidan 19-23

²³ Telefon intervju med Krister Lundström Socialstyrelsen.

6.5.1 Det saknas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

I vår tidigare granskning av patientsäkerhetsarbetet "Vajsing i vården" riktade vi kritik mot att det saknades ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom landstinget. Landstingsstyrelsen svarade att ett ledningssystem som uppfyller kraven i socialstyrelsens författning skulle tas fram. Senast vid årsskiftet 2006/2007 skulle ett samlat dokument med beskrivning av ledningssystemet finnas.

Enligt intervjuerna saknas fortfarande ett landstingsövergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Någon dokumenterad beskrivning av ledningssystemet har inte tagits fram.

Delar av ett ledningssystem har tagits fram t.ex. verksamhetsplan för avvikelshantering. Dokumentet är dock inte diarieförd.

Orsaken till att det inte tagits fram ett övergripande ledningssystem uppges vara att chefsläkaren, som fick uppdraget, har saknat tid för att göra detta arbete.

Avsaknaden av övergripande ledningssystem har haft hämmande effekt på verksamhetsområdena att ta fram egna ledningssystem. Några verksamhetsområden har, dock i varierande grad, utarbetat egna ledningssystem. Inom Primärvården har styrdokumentet "Rutiner för patientsäkerhetsarbete" beslutats att gälla fr.o.m. 1 januari 2009.

Landsting som kommit längre i sitt arbete med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är bl.a. landstinget i Kalmar, Östra Götalands landsting och landstinget i Halland. Det sist nämnda landstinget har ett certifierat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. (Ledningssystemet i Halland benämns Falkenbergsmodellen).

Bedömningar

- Landstingsledningen måste snarast slutföra arbetet med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Vi anser att den/de som skall genomföra detta arbete måste få förutsättningar för att kunna utföra detta arbete.
- Landstinget bör ta del av erfarenheter från landsting som kommit längre i sitt arbete med att ta fram ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.
- Några verksamhetsområden har i varierande grad utarbetat egna ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Vi anser dock att arbetet har startats i fel ände. Verksamhetsområdena skall utgå från landstingsledningens övergripande ledningssystem vid framtagande av egna ledningssystem. Det är landstingsledningen som skall ange direktiv för hur verksamhetsområdena ska utarbetar sina rutiner.
- Införandet av ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet leder på sikt också till ekonomiska besparingar för landstinget. Detta då systematiskt kvalitets och patientsäkerhetsarbete med stor sannolikhet minskar kvalitetsbristkostnaderna i vården²⁴.

²⁴ Den stora kvalitetsbristkostnaden i tjänsteorganisationer är oftast i tid.

Tid som går åt för att:

- göra om saker som blivit fel,
- göra "fel" saker,
- tala med missnöjda "patienter/kunder",
- leta efter information, personer, utrustning, etc.
- tid man tvingas vänta på andra.

- Det är otillfredsställande att verksamhetsplanen för patientsäkerhet inte diarieförts. Vi anser att denna typ av dokument alltid skall diarieföras.

6.6 Användning av erfarenheter från avvikelsearbetet i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

Händelseanalyser görs efter att det inträffat en allvarligare händelse. Riskanalyser görs innan det inträffat en allvarligare händelse. Riskanalys görs på underlag av bl.a. avvikelser och patientklagomål. Riskanalys utförs för att identifiera risker i verksamheten, så att dessa risker kan elimineras, reduceras eller kontrolleras ²⁵.

Det är en fördel om riskanalyser sker på övergripande nivå eftersom man då får en bättre överblick över riskerna²⁶. Vid vår tidigare granskning av patientsäkerhetsarbetet "Vajsing i vården" pekade vi på att det dels förekom en underrapportering av avvikelser och dels att det fanns brister i tillvaratagandet av inrapporterade avvikelser i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Vi framhöll då att rutiner för det riskförebyggande arbetet måste tas fram. Vi ansåg också att riskanalyser bör redovisas för landstingsledningen.

Vid intervjuerna har det framkommit att det fortfarande saknas landstingsövergripande rutiner för förebyggande riskhanteringsarbete. I viss mån görs riskanalyser, men oftast utan att dessa dokumenteras. I dokumentet "Rutiner för patientsäkerhetsarbete inom primärvården" finns i en bilaga en kortfattad beskrivning av riskanalys.

Enligt intervjuer saknas det struktur och gemensamma metoder för riskanalys inom landstinget. Enligt uppgift finns en stor utvecklingspotential inom detta område. Enligt intervjuer finns det effektiva metoder som skulle kunna användas för riskanalys inom landstinget. En sådan metod är Global Trigger Tool. Genom denna metod kan man hitta vårdskador genom att regelbundet granska patientjournaler. Utifrån denna information kan man sedan beräkna förekomsten av skador och deras svårighetsgrad och få en grund för analyser och åtgärder.²⁷ Enligt intervjuer krävs det dock en övergripande struktur och resurser för att kunna införa denna metod.

Bedömningar

- Vi anser det otillfredsställande att inte landstingsövergripande rutiner för riskanalys tagits fram. Sådana rutiner bör skyndsamt tas fram.
- Vi anser att riskanalyser i högre utsträckning bör ske och då på övergripande nivå. Att riskanalysen sker på övergripande nivå medför att den som skall göra riskanalysen får en bättre överblick över riskerna. Ett annat skäl för att göra riskanalyser på övergripande nivå är att det möjliggör att de som utför riskanalyser upparbetar en god kompetens inom området, då arbetet fördelas på ett begränsat antal personer. Övergripande nivå skulle t.ex. kunna vara Primärvården, Somatisk Specialistvård och Psykiatri.
- Vi anser att det bör tillföras resurser så att riskanalyser kan ske med vedertagna och effektiva metoder.

²⁵ Händelseanalys & Riskanalys s. 29.

²⁶ Riskanalys i teori baserad på avvikelshantering i praktiken Socialstyrelsen.

²⁷ Patientsäkerhet Tema Nr 4.

- Det skall finnas rutiner som säkerställer att landstingsledningen regelbundet informeras om riskerna i verksamheten.

6.6.1 Hur förslag från patienter och anhöriga tillvaratas i verksamheten

Det är viktigt att förslag och klagomål från patienter återkopplas till verksamheten. Utveckling av rutiner för att tillvarata klagomål är viktigt för att öka kvalitet och patientsäkerhet²⁸.

Enligt de intervjuade tillvaratas ofta klagomål från patienter, men ibland på lite olika sätt. Skillnader i hur klagomålen tillvaratas handlar till viss del om klagomålets art och till viss del på olika rutiner inom sjukvårdsorganisationen.

Enligt uppgift är det inte alltid som patientklagomål avvikelserapporteras. Enligt intervjuer infördes det som rutin att registrera patientklagomål som avvikelser inom Primärvården fr.o.m. 2008. Vi kan emellertid konstatera att en dokumenterad rutin att patientklagomål skall avvikelserapportera funnits sedan 2003²⁹. De klagomål som registrerats som avvikelser under 2008 inom primärvården kommer att sammanställas av vårdutvecklaren.

Vid vår tidigare granskning "Vajsing i vården" framkom att det saknades rutiner för att informera patienter var de kunde lämna klagomål.

Enligt några intervjuade tas synpunkter från patientnämnden upp på arbetsplatsträffar. Inom primärvården återförs erfarenheter från patientnämnden till hälsocentralerna två gånger per år.

Bedömningar

- Det bör tas fram landstingsövergripande rutiner för hur klagomål från patienter och närstående återkopplas till verksamheten.
- Klagomål från patienter bör alltid avvikelserapporteras.
- Vi anser att erfarenheter från patientnämnden i högre grad bör tillvaratas i det förebyggande riskhanteringsarbetet.

6.6.2 Vajsing

Vajsing är det IT-baserade avvikelserapporteringssystem som Primärvården och Specialistsjukvården för närvarande använder. Primärvården har använt Vajsing sedan 2005 och Specialistsjukvården sedan 1997. Folk tandvården använder ett annat system för avvikelserapportering.

Vår tidigare granskning av patientsäkerhet "Vajsing i vården" visade att det fanns oklarheter om vem som var systemägare för Vajsing. Vi kan konstatera att det vid tidpunkten för granskningen fortfarande fanns oklarheter kring detta. Chefläkaren är utsedd att vara systemägare, men denne tycker sig inte ha kvar uppdraget.

En utredning om vilket avvikelserapporteringssystem landstinget framöver ska använda har genomförts under sommaren och hösten 2008. Något beslut om vilket avvikelserapporteringssystem landstinget skall använda har vi inte kunnat återfinna.

²⁸ God Vård, om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i vården s. 19, Socialstyrelsen.

²⁹ Primärvårdens rutiner vid avvikelserapportering, Lex Maria och patientförsäkring.

RevisionskontoretJan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Befintlig version av Vajsing bygger på en gammal programvara, vilket innebär att systemet ibland upplevs som trögarbetat och att det finns begränsningar i möjligheten att få ut sammanställningar över avvikelser. Sedan drygt ett år tillbaka finns en ny version av Vajsing framtagen, där begränsningarna i befintliga versionen inte kvarstår. Landstingets kostnad för att införa den uppgraderade versionen skulle uppgå till 40 tkr.

Vi kan konstatera att landstingsledningen valt att inte uppgradera Vajsing trots att chefsläkaren förespråkat en uppgradering av Vajsing i avvaktan på att ett eventuellt nytt avvikelssystem införs.

Vår tidigare granskning av patientsäkerhetsarbetet "Vajsing i vården" visade att 30 % av personalen ansåg att ett hinder mot att rapportera avvikelser var att det var omständligt och krångligt.

Bedömning

- Det är viktigt att landstinget har ett avvikelshanteringssystem som möjliggör att rapportering av avvikelser sker så smidigt som möjligt. Det är också viktigt att systemet gör det möjligt att enkelt hantera inrapporterade avvikelser och att man på ett smidigt sätt kan få ut sammanställningar. Om avvikelssystemet upplevs som trögarbetat bedömer vi att det finns risk att färre rapporterade avvikelser och en sämre hantering av inrapporterade avvikelser. Ett ändamålsenligt avvikelserapporteringssystem är en grundläggande förutsättning i det förebyggande riskhanteringsarbetet. Landstinget bör enligt vår mening uppgradera Vajsing i avvaktan på ett eventuellt nytt avvikelshanteringssystem.
- Vi anser det otillfredsställande att oklarheter kring systemägarskapet för Vajsing kvarstår.

Ort och datum

Namnteckning
Certifierad kommunal revisor

7 DOKUMENTFÖRTECKNING

- Förslag struktur och former för arbete med vårdkvalitet och patientsäkerhet, 2008-11-14, Jämtlands läns landsting.
- Verksamhetsplan, Patientsäkerhet version 1.0, 2007-03-08, Jämtlands läns landsting.
- ”Vajsing i vården” Granskning av avvikelserapportering 2006-02-07, Dnr Rev/4/2006, Jämtlands läns landsting.
- Uppsägning av service- /underhållsavtal för avvikelssystemet Vajsing Web, 2008-06-03, Dnr 581/2008.
- Avtal om underhåll av avvikelshanteringssystem Vajsing Web, 2007-05-03, Jämtlands läns landsting.
- Riktlinjer för handläggning av avvikelser och anmälningsärenden, 2004-11-04, Jämtlands läns landsting.
- Anmälan enl. Lex Maria, 2008-04-03, Jämtlands läns landsting.
- Rutiner för patientsäkerhetsarbete inom Primärvården, version 3, 2009-01-01, Jämtlands läns landsting.
- God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, januari, Socialstyrelsen, 2006, ISBN: 91-85482-05-6.
- Inledning till Landstingskontorets ledningssystem 2008-04-04, Landstinget i Halland.
- Checklista för granskning av händelseanalyser, Socialstyrelsen
- Vårdskador inom slutna somatisk vård, juni 2008, Socialstyrelsen, Artikel nr 2008-109-16
- Patientsäkerhet Tema, Nr 4, 2008, Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet
- Uppföljning av landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. En granskning utförd på uppdrag av landstingets revisorer i Landstinget i Kalmar län av Anna Roland, 2008-06-13.
- Svensk Medicinsk Rätt, Nr 4 2008
- Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete, december 2005, Socialstyrelsen, ISBN: 91-7164-093-2.