

# Handbok om patientsäkerhet

som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin



© Författarna och Institutet för hälsa och välfärd

Översättning: Semantix Lingua Nordica Oy

Grafisk planering: Tiina Kuoppala  
Pärmfoto: Tiina Kuoppala

ISBN 978-952-245-577-2 (tryckt)  
ISSN 1798-0097 (tryckt)  
ISBN 978-952-245-578-9 (nätpublikation)  
ISSN 1798-0100 (nätpublikation)

Juvenes Print - Tammerfors Universitet Tryckeri  
Tammerfors 2012

## Till läsaren

Denna publikation ger anvisningar och tips om hur hälso- och sjukvårdsenheterna kan främja patientsäkerheten. Handboken utgår från 8 §, Kvalitet och patientsäkerhet, i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011), som utfärdats med stöd av lagen. Handboken grundar sig också på målen för den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013.

För innehållet i handboken svarar expertgruppen för den finländska patientsäkerhetsstrategin, som Institutet för hälsa och välfärd tillsatte våren 2010 och som har haft följande medlemmar:

Utvecklingschef Pia Maria Jonsson, Institutet för hälsa och välfärd (ordförande)  
 Förvaltningsöverläkare Päivi Koivuranta-Vaara, Finlands Kommunförbund (vice ordförande)  
 Specialforskare Persephone Doupi, Institutet för hälsa och välfärd  
 Enhetschef Harriet Finne-Soveri, Institutet för hälsa och välfärd  
 Medicinalrådet Timo Keistinen, Social- och hälsovårdsministeriet  
 Kvalitetschef Marina Kinnunen, Vasa sjukvårdsdistrikt  
 Ordförande Paavo Koistinen, Finlands Patientförbund rf  
 Hälsopolitisk sakkunnigläkare Mikko Nenonen, Finlands Läkarförbund  
 Enhetsdirektör Askko Nio, Patientförsäkringscentralen  
 Utbildningspolitisk ombudsman Soila Nordström, Tehy  
 Överläkare Juhani Ojanen, Samkommunen för Päijät-Häme social- och hälsovård  
 Enhetschef, medicinalrådet Pirjo Pennanen, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården  
 Överläkare Hannu Rintanen, Institutet för hälsa och välfärd  
 Överläkare Ilkka Saario, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt  
 Överprovisor Kristine Salminen, Fimea  
 Gruppens sekreterare har varit planerare Leena Nuorteva och samordnare av handboksarbetet överläkare Hannu Rintanen.

Handboken och länkhänvisningarna i denna finns på Institutet för hälsa och välfärds webbplats under adressen [http://potilasturvallisuus.thl.fi/sv\\_SE/web/potilasturvallisuus-sv](http://potilasturvallisuus.thl.fi/sv_SE/web/potilasturvallisuus-sv). På webbplatsen finns bl.a. länkar till patientsäkerhetsverktyg och den aktuella patientsäkerhetsordlistan med definitioner som följs i denna handbok.

Samtidigt med handboken om patientsäkerhet publiceras på Finlands Kommunförbunds webbplats en handbok om klinisk kvalitetsledning (se [www.kommunerna.net](http://www.kommunerna.net)). Handböckerna kan anlitas parallellt som stöd för verkställandet av kvalitetsledningen och patientsäkerheten vid verksamhetsenheterna.

Material som mer omfattande anknyter till hälso- och sjukvårdslagen finns på Institutet för hälsa och välfärds webbplats under adressen [www.thl.fi/terveydenhuoltolaki](http://www.thl.fi/terveydenhuoltolaki) (på finska).



# Innehåll

<b>1. INLEDNING</b>	7
1.1. Handbokens bakgrund och syfte	7
1.2. Patientsäkerhetens nuläge och problem	9
1.3. Patientsäkerhetsplanen – en beskrivning av patientsäkerhetssystemet	10
<b>2. PATIENTSÄKERHETSPLANENS INNEHÅLL</b>	11
2.1. Ledarskap och ansvariga personer	12
Ledningens totalansvar	12
Personer med ansvar för patientsäkerheten	12
Patientsäkerhetsfrämjande ledarskapspraxis	13
2.2. Personalledning och öppen säkerhetskultur	13
2.3. Personalens deltagande	15
2.4. Inskolning och utbildning av personalen	15
2.5. Patienternas och de närståendes deltagande	17
Ökat patientinflytande	17
Vårdplanen som patientsäkerhetsverktyg	18
Behandling av negativa händelser	19
2.6. Kvalitetsledningsdokument	19
Plan för läkemedelsbehandling	20
Bekämpning av vårdrelaterade infektioner	21
Säkerhetsplan	22
2.7. Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte	22
Hantering av säkerhetsrisker	23
Dokumentering, informationsutbyte och informationssystem	26
2.8. Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder	28
Organisationsnivå	29
Riksnivå	30
2.9. Regionalt samarbete	31
<b>3. FORTSATT ÅTGÄRDER INOM FRÄMJANDET AV PATIENTSÄKERHETEN</b>	33
<b>LITTERATURHÄNVISNINGAR</b>	35
<b>BILAGOR</b>	
1. Checklista för patientsäkerhetsplanen	38
2. Patientsäkerhetsverktyg	41
3. Patientsäkerhetsfrämjande aktörer	45



# 1. INLEDNING

## 1.1. Handbokens bakgrund och syfte

Patientsäkerhet innebär dels att patienten får nödvändig och rätt vård, dels att vården orsakar så små skador som möjligt. I vidare bemärkelse avses med patientsäkerhet de principer och rutiner som personalen, enheterna och organisationerna inom hälso- och sjukvården följer och som garanterar säkra vårdtjänster. Då avses med säker vård av en patient också säkerheten i samband med förebyggande av sjukdomar, diagnostik, behandling och rehabilitering. Säkerheten vid läkemedelsbehandling utgör en del av patientsäkerheten.<sup>1 2</sup>

Den viktigaste lagstiftningsgrunden för främjandet av patientsäkerheten finns i 8 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010), som trädde i kraft våren 2011. Paragrafen behandlar kvaliteten på och patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården.

### 8 § Kvalitet och patientsäkerhet

Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt.

Den kommunala primärvården ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalas.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskrivs det om de frågor som det ska överenskommas om i planen.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lagen förutsätter att hälso- och sjukvårdsenheterna gör upp en plan för kvalitetsledningen och tillgodoseendet av patientsäkerheten. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011), som kompletterar lagen, finns närmare bestämmelser om innehållet i och verkställandet av planen och dessutom om bl.a. hur patienterna och deras närstående ska informeras om planen (<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110341>).

Redan före ovan nämnda lagstiftning hade en av social- och hälsovårdsministeriet (SHM) tillsatt arbetsgrupp gjort upp den finländska patientsäkerhetsstrategin för åren 2009–2013.<sup>3</sup> I den behandlas patientsäkerheten ur fyra synvinklar: säkerhetskultur, ansvar, ledarskap och författningar. Som målbild, vision, för strategin fram till år 2013 angavs följande: ”Patientsäkerheten är förankrad i verksamhetens strukturer och praxis: vården är effektiv och säker.”

I strategin fastställs fem huvudmål och för vart och ett av dem delmål som borde uppfyllas före 2013. Senare lagstiftning följer samma riktlinjer.

#### Huvudmål i den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013

- Patienten deltar i förbättrandet av patientsäkerheten.
- Patientsäkerheten hanteras genom förutseende arbete och erfarenhet.
- Riskmoment rapporteras, vi lär oss av dem.
- Patientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser.
- Patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården.

[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1383571](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1383571)

Avsikten med denna handbok är att stöda verkställandet av den patientsäkerhetsfrämjande lagstiftningen och målen i den finländska patientsäkerhetsstrategin. I handboken avses med patientsäkerhetsplan en i förordningen förutsatt plan för att tillgodose patientsäkerheten. Patientsäkerhetsplanen kan utgöra ett självständigt dokument eller en del av en större kvalitetsledningsplan. Till sådana för patientsäkerheten ansvariga personer som förordningen förutsätter kan utses samma eller andra personer än de som ansvarar för kvalitetsledningen.

Handboken om patientsäkerhet är främst avsedd som stöd för hälso- och sjukvårdsenheterna när de gör upp sina patientsäkerhetsplaner. Handboken kan anlitas av såväl ledningen och vårdspersonalen som patienterna vid vårdenheterna. Handboken kan också vara till stöd för de förtroendevalda i deras



värv. Även om hälso- och sjukvårdslagen i regel tillämpas på verkställandet av och innehållet i den hälso- och sjukvård som faller på kommunernas organisationsansvar kan också övriga producenter av hälsovårdstjänster ha nytta av handboken i utvecklingen av sin egen verksamhet.

En del vårdenheter förfogar över ett särskilt kvalitetssystem. Ovan nämnda förordning om en kvalitets- respektive patientsäkerhetsplan förutsätter inte att ett separat kvalitetssystem implementeras, såvida det inte är motiverat med avseende på verksamhetsenheten i fråga. Den föreliggande handboken om patientsäkerhet innehåller inga allmänna anvisningar om implementeringen av kvalitetssystem.

Samtidigt med handboken om patientsäkerhet publiceras en handbok om klinisk kvalitetsledning, som har tagits fram i samarbete mellan kvalitetsexperten vid sjukvårdsdistrikten och Kommunförbundet. Innehållet i handboken om patientsäkerhet respektive klinisk kvalitetsledning har planerats i avsikt att handböckerna efter behov lätt ska kunna anlitas som parallella verktyg.

I främjandet av patientsäkerheten deltar ett stort nätverk av aktörer från tillsynsmyndigheter till patientorganisationer. Handboken presenterar kort också dessa aktörers verksamhet.

## 1.2. Patientsäkerhetens nuläge och problem

Hälso- och sjukvården berörs liksom dess verksamhetsförutsättningar fortlöpande av många förändringar som påverkar patientsäkerheten. Den medicinska utvecklingen för med sig nya och allt effektivare läkemedel och tekniker, som samtidigt ställer allt högre krav på välavvägd och rätt användning.

Specialiseringen leder till att ansvaret för vården splittras. Splittrade vårdprocesser och ett splittrat servicesystem försvårar genomförandet av en patientfokuserad, säker vård. Kontaktytsproblemen i synnerhet inom informationsutbytet ökar risken för fel. Dessutom är personalresurserna ofta knappa och personalomsättningen snabb, vilket försvårar genomförandet av en säker vård. De nuvarande elektroniska journalhandlingssystemen erbjuder otillfredsställande stöd för uppföljningen och främjandet av patientsäkerheten.

Vid alla vårdsenheter inträffar fel, eftersom risken att fela existerar i all mänsklig verksamhet. Utifrån kartläggningar av patientsäkerheten i flera länder har det uppskattats att var tionde sjukhuspatient lider av vårdrelaterade skador samt att var hundra drabbas av en allvarlig vårdrelaterad skada och var tusende av en vårdrelaterad skada eller ett vårdrelaterat fel som kan leda till döden.<sup>4</sup>

Några motsvarande finländska undersökningar har inte gjorts, eftersom de samstämmiga resultaten från jämförbara länder har ansetts avspegla läget också i Finland. Utgående från de utländska undersökningarna inträffar vid de finländska sjukhusen årligen uppskattningsvis minst 700, men eventuellt upp till 1 700 felbehandlingar med dödlig utgång. I Sverige inträffar årligen uppskattningsvis

3 000 dödsfall på grund av felbehandling.<sup>5</sup> Dödsfallen på grund av felbehandling är betydligt fler än dödsfallen i trafiken.

Anmärkningsvärt är att forskarna har kommit fram till att hela hälften av de nuvarande negativa händelserna kan förhindras om man föregriper riskerna, systematiskt följer upp verksamheten och lär sig av riskhändelserna och de negativa händelserna.

Utifrån ovan nämnda beräkningar orsakar de negativa händelserna och felbehandlingarna bara inom slutenvården i Finland merkostnader på 409 miljoner euro per år.<sup>6</sup> Enligt undersökningarna skulle åtminstone hälften av dessa kostnader, dvs. 205 miljoner per år, kunna undvikas. Kostnaderna skulle i så fall svara mot cirka tre procent av de årliga totalkostnaderna för hälso- och sjukvården. Genom patientsäkerhetsfrämjande åtgärder går det således att både minska det mänskliga lidandet och nå betydande inbesparingar inom vårdorganisationerna.<sup>7</sup>

### 1.3. Patientsäkerhetsplanen – en beskrivning av patientsäkerhetssystemet

Patientsäkerheten utgör grunden för hälso- och sjukvårdskvaliteten. Övriga kvalitetsdimensioner är bl.a. vårdens effektivitet, rättidighet och smidighet. Både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet grundar sig på ett strukturellt arbetssätt, och metoderna inom vardera är till stora delar desamma.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsenheterna göra upp en plan över kvalitetsledningen och tillgodoseendet av patientsäkerheten. Det är ledningen vid verksamhetsenheten som ansvarar för planen och verkställandet. Främjandet av patientsäkerheten ska integreras i organisationens verksamhets- och ekonomiplan. Beaktandet av patientsäkerheten som en del av verksamhetsplaneringen kräver att organisationen har förmåga att bedöma patientsäkerhetsriskerna som en del av allt övrigt beslutsfattande.

Patientsäkerhetsplanen utgör inget självändamål, utan ett instrument för att minska de vårdrelaterade skadorna och felbehandlingarna på alla organisationsnivåer. Omsättningen av planen i praktiken förutsätter ett effektivt patientsäkerhetssystem.

Med patientsäkerhetssystem avses här de samlade tillvägagångssätt vilka har beskrivits och vilka har getts anvisningar om på organisationsnivå och som också leds på alla nivåer. Systemets syfte är att identifiera, bedöma och kontrollera patientsäkerhetsriskerna. Det innefattar detaljerade beskrivningar av de tillvägagångssätt som ska iaktas enhetligt för att trygga och främja patientsäkerheten.

## 2. PATIENTSÄKERHETSPLANENS INNEHÅLL

I den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013 ställdes som mål att organisationerna före 2013 har gjort upp en patientsäkerhetsplan och utsett de personer som samordnar främjandet av patientsäkerheten. I och med 8 § i hälso- och sjukvårdslagen har målet blivit ett lagstadgat krav. I social- och hälsovårdsministeriets förordning, som kompletterar lagen, fastställs minimivillkoren för vad som ska överenskommas i planen för kvalitetsledningen respektive planen för att tillgodose patientsäkerheten.

Det här kapitlet behandlar punkt för punkt patientsäkerhetsplanens innehåll i enlighet med förordningen. Bilaga 1 innehåller dessutom ett sammandrag av det som ska inkluderas i planen. Förteckningen kan utnyttjas som checklista vid verkställandet av patientsäkerhetsplanen.

### PATIENTSÄKERHETSPLANENS INNEHÅLL

1. Ledarskap och ansvariga personer
2. Personalledning och öppen säkerhetskultur
3. Personalens deltagande
4. Inskolning och utbildning av personalen
5. Patientens och de närståendes deltagande
6. Kvalitetsledningsdokument
7. Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte
8. Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder
9. Regionalt samarbete

## 2.1. Ledarskap och ansvariga personer

I planen ska överenskommas de ansvariga personerna samt aktörerna i fråga om kvalitetsledning och tillgodoseende av patientsäkerheten samt på vilket sätt ledningen svarar för förutsättningarna och resurserna att bedriva verksamhet som är högkvalitativ och säker för patienterna.

**1 § 1 mom. 1 punkten i SHM:s förordning**

### Ledningens totalansvar

I patientsäkerhetsplanen fastställs både ledningens och personalens ansvar för patientsäkerheten vid hälso- och sjukvårdsenheten. Verksamhetsenhetens ledning bär totalansvaret för patientsäkerheten och dess förutsättningar. Detta ansvar kan ledningen inte delegera.

Ledningen ska framhålla patientsäkerheten i all verksamhet och se till att arbetsförhållandena möjliggör högklassig och säker vård. Ledningen ska se till att organisationen har tillräckligt med personal och de anställda tillräcklig kompetens för sitt arbete. Alla beslut inklusive ekonomiska beslut ska bedömas också ur patientsäkerhetens synvinkel.

Ledningen har ett centralt ansvar när det gäller att bedöma säkerhetsriskerna och bereda sig på sådana. Ledningen svarar för att riskhanteringen genomförs på alla organisationsnivåer och att information om risker, riskhändelser och negativa händelser skaffas och utnyttjas för att förbättra patientsäkerheten och utveckla servicesystemet.

En kommun kan ordna vård- och omsorgstjänster inte bara som eget arbete eller i samarbete med andra kommuner utan också genom upphandling via andra serviceproducenter. Vid upphandling av tjänster måste ledningen försäkra sig om att de köpta tjänsterna kvalitetsmässigt svarar mot den nivå som förutsätts av motsvarande kommunal verksamhet.

### Personer med ansvar för patientsäkerheten

Varje organisation måste utse minst en person med ansvar för patientsäkerheten. Organisationens storlek avgör om det behövs flera personer som ansvarar för genomförandet, uppföljningen och utvecklingen av patientsäkerhetsplanen; de ansvariga personernas ansvarsåligganden och uppgifter ska fastställas i planen.

För de olika nivåerna utser organisationsledningen de personer och arbetsgrupper som samordnar patientsäkerheten och som underlyder ledningen vid fattandet av patientsäkerhetsbeslut och utvecklingen av verksamheten. För områden som genomskär patientsäkerhetsarbetet kan grundas egna arbetsgrupper, till exempel för genomförandet av säker läkemedelsbehandling.

Stora organisationer behöver en grupp bestående av företrädare för ledningen för de olika verksamhetsområdena, till vilken regelbundet rapporteras om hur patientsäkerheten har utvecklats under en överenskommen observationsperiod och vilken svarar för den strategiska styrningen av patientsäkerheten.

### Patientsäkerhetsfrämjande ledarskapspraxis

Målen för och utvecklingsåtgärderna inom patientsäkerheten fastställs i organisationens årliga verksamhetsplan. I ekonomiplanen tryggas de ekonomiska förutsättningarna för de utvecklingsåtgärder som har fastställts i verksamhetsplanen och de funktioner som har beskrivits i patientsäkerhetssystemet.

Patientsäkerheten ska beaktas i personalplaneringen sålunda att personalvolymen och personalens kompetens är tillräckliga för att producera en säker vård. I resursplaneringen ska också beredskapen inför eventuella undantags- och förändringssituationer beaktas.

För främjandet av patientsäkerheten är det viktigt att instruktionerna för och beskrivningarna av praxis är tydliga och uppdaterade och att alla har tillgång till dem.

Patientsäkerheten ska beaktas i utvecklingen av arbetsmiljön och anskaffningsbesluten. Inom utvecklingen av arbetsmiljön är målet att trygga både patienternas och personalens säkerhet. I anskaffningsbeslut eftersträvas enhetlig och förenlig apparatur och enhetliga och förenliga system för att främja kontrollen över arbetet.

## 2.2. Personalledning och öppen säkerhetskultur

I planen ska överenskommas om sådana principer och praxis för personalledningen som stöder en högkvalitativ och säker verksamhet samt värderingar och förfaranden som stöder en öppen säkerhetskultur.

**1 § 1 mom. 2 punkten i SHM:s förordning**

Med patientsäkerhetskultur avses ett planmässigt och systematiskt tillvägagångssätt som främjar vården av patienterna, ledarskapet som stöd för detta samt värderingar och attityder. Tillvägagångssättet omfattar riskbedömning, förebyggande och korrigerande åtgärder samt fortlöpande utveckling av verksamheten. Patientsäkerhetskulturen innefattar föregripande och förhandsbedömning av risker och negativa händelser. Sannolikheten för fel beaktas, och målet är att ständigt lära sig av riskhändelser och negativa händelser.

Avsikten med 1 § 1 mom. 2 punkten i förordningen är att fästa uppmärksamhet vid vikten av ett gott ledarskap vid åstadkommandet av en öppen säkerhetskultur på arbetsplatsen. Ett ledarskap som stöder en högklassig och säker verksamhet inbegriper en öppen och icke skuldbeläggande verksamhetskultur. Att personalen förbinder sig till patientsäkerhetsarbetet är avgörande för hur arbetet lyckas.

Inom en patientsäkerhetsfrämjande kultur utgör säkerheten ett äkta värde som beaktas i beslutsfattandet och den dagliga verksamheten. Det väsentliga är att inse att patientsäkerheten bygger på flera olika faktorer och aktörer och inte på enskilda individers arbete. Patientsäkerhetskulturen innebär likaså att de olika verksamhetsenheterna är medvetna om osäkerhetsmoment i verksamheten och uppmärksamma på risker.<sup>8</sup>

Genom att stärka patientsäkerhetskulturen reduceras vårdriskerna och de skador som patienterna eventuellt orsakas under vården. I ett förtroendefullt och öppet klimat behandlas upptäckta avvikelser, tillbud och negativa händelser öppet och naturligt som en del av utvecklingen av verksamheten. Det väsentliga är ett multidisciplinärt tillvägagångssätt, ett öppet klimat och beredskap att fortlöpande utveckla verksamheten. Grunden för säkerhetskulturen läggs redan inom vårdutbildningen. En god arbetarskyddskultur främjar också säkerheten inom vården.

Öppenhet innebär att de skeenden som har lett till en negativ händelse behandlas ärligt och omedelbart efter händelsen i fråga. De upptäckta riskfaktorerna, misstagen eller faktorerna som orsakat felet analyseras och rapporteras för att man ska lära sig av dessa. Detta hindrar dock inte att ett ärende behandlas av tillsynsmyndigheterna, om ärendet tas upp till behandling som klagomål från en patient eller en närstående eller i övrigt som tillsynsärende.

Öppenhet och icke skuldbeläggande innebär vid sidan av respons stödande av de i en negativ händelse delaktiga anställda efter händelsen. Att en negativ händelse behandlas på arbetsplatsen är nödvändigt för att bevara de anställdas arbetsförmåga, och en anställd får inte lämnas ensam. Behandlingen av negativa händelser beaktas i arbetarskyddsplanen. De anställdas erfarenhet ska utnyttjas i utvecklingen av verksamheten utifrån en negativ händelse.

För mätning och uppföljning av patientsäkerhetskulturen har hälso- och sjukvårdsenheterna under de senaste åren tagit fram flera verktyg (s. 43). Det viktiga är att mätresultaten granskas och tolkas i samråd för att verksamheten och kulturen vid enheten ska kunna utvecklas utgående från slutsatserna.

## 2.3. Personalens deltagande

I planen ska överenskommas om förfaranden genom vilka personalen deltar i det multidisciplinära utvecklandet av kvalitetsledningen och patientsäkerheten samt får respons med tanke på lärandet i arbetet och utvecklandet av sin egen verksamhet.

**1 § 1 mom. 3 punkten i SHM:s förordning**

Patientsäkerheten grundar sig på organisationens och de anställdas fortlöpande förmåga att via framförhållning och responsystemet lära sig av de upptäckta riskerna, en s.k. lärande organisation.<sup>9</sup> Lärandet förutsätter att cheferna och ledningen särskilt satsar på öppenhet och har förmåga att behandla de upptäckta riskerna och felen systemorienterat. Detta skapar ett förtroendefullt klimat där man vågar diskutera felen. Vid sidan av ett klimat som stöder lärandet behövs tillvägagångssätt som grund för lärandet.

I promemorian om motivering till förordningen konstateras att ett sådant aktivt och multidisciplinärt personaldeltagande vid utvecklingen av patientsäkerheten som förordningen förutsätter tryggas bäst om personalen kan delta i uppgörandet och uppföljningen av planen samt utvecklingen av verksamheten utifrån denna.

Med patientsäkerhetskompetens avses en anställds medvetenhet om de risker som äventyrar patientsäkerheten och om riskhanteringspraxisen vid den egna verksamhetsenheten samt förmåga att tillämpa dessa i arbetet. Patientsäkerhetskompetensen omfattar till exempel kommunikation och samarbetsfärdigheter.

Det är chefens uppgift att se till att praxisen vid hanteringen av patientsäkerhetsrisker har beskrivits tydligt och att personalen har förutsättningar att tillämpa denna i verksamheten. Arbetsprocesserna ska vara lätta att uppfatta och den nödvändiga informationen för det dagliga arbetet lättillgänglig.

I arbetet ska vårdpersonalen iaktta principerna för främjandet av patientsäkerheten, tillämpa dess väsentliga metoder och utnyttja verktyg för, handböcker om och rekommendationer om främjandet av patientsäkerheten.

## 2.4. Inskolning och utbildning av personalen

I planen ska överenskommas om sådan inskolning av personalen som är ett villkor för högkvalitativ och säker verksamhet samt utbildning och handledning för studerande vid verksamhetsenheterna.

**1 § 1 mom. 4 punkten i SHM:s förordning**

Vid uppgörandet av patientsäkerhetsplanen är det nödvändigt att tänka efter hurdan kompetens och hurdana resurser enheten måste förfoga över för att nå de uppställda målen.

För att organisationens och verksamhetsenhetens ledning ska kunna leda patientsäkerhetsarbetet måste ledningen behärska de grundläggande patientsäkerhetskunskaperna ur fyra perspektiv: författningar, ledarskap, ansvarsåligganden och patientsäkerhetskultur.

En systematisk utveckling av organisationens patientsäkerhetskultur förutsätter ofta ett starkt förändringsledarskap och samtliga yrkesgruppers medverkan.

Patientsäkerheten kan förbättras endast om ledningen och personalen vid verksamhetsenheten har tillräckliga kunskaper och färdigheter samt tillräcklig kompetens för sina uppgifter. Detta tryggas genom kontroll av kompetensen och bedömning av lämpligheten i samband med rekryteringen, tillräcklig inskolning i uppgifterna, kontinuerlig fortbildning och uppföljning av kompetensen.

Patientsäkerhetsaspekten är för närvarande rätt svagt representerad i vårdutbildningen. Det har i viss mån talats om risker och fel inom vården, men ett helhetsinriktat, öppet och föregripande handlag håller först nu på att växa fram inom den grundläggande utbildningen och vidareutbildningen. Att anordna multidisciplinär utbildning och trygga en tillräcklig patientsäkerhetskompetens utgör en stor utmaning för vårdenheterna.

Personalens patientsäkerhetskompetens och utvecklingen av denna utgör en del av det övergripande främjandet av patientsäkerheten och inte någon fristående del. Även om personalen inte ännu skulle ha utbildats systematiskt ska nyrekryterade inskolas i enhetens eller uppgiftens nuvarande patientsäkerhetspraxis och tillvägagångssätt. Det gäller att ge akt på inskolningen också när arbetsuppgifterna ändras eller när en anställd som varit länge ledig återvänder till arbetet. Tillvägagångssätten i anslutning till utbildningen för och handledningen av hälso- och sjukvårdsstuderande förs in i verksamhetsenhetens patientsäkerhetsplan. Det är skäl att observera att av också underleverantörer ska avkrävas ett tillräckligt patientsäkerhetssystem samt tillräcklig kompetens och tillräckligt kunnande hos personalen.

Om brister upptäcks i en anställds arbete, ska arbetsgivaren efter behov vidta nödvändiga åtgärder. Arbetsgivaren kan till exempel ålägga en anställd att delta i utbildning, ge instruktioner eller order eller ge anmärkningar eller varningar. Ibland sköter en anställd trots utbildning och andra stödåtgärder inte sitt arbete korrekt. Då faller det på organisationsledningen att anmäla detta till tillsynsmyndigheterna. För den direkta patientsäkerheten svarar organisationsledningen, som är skyldig att avbryta verksamhet som äventyrar patientsäkerheten.<sup>10</sup>



## 2.5. Patienternas och de närståendes deltagande

I planen ska överenskommas om förfaranden för att patienter och deras anhöriga ska kunna ge respons på brister i kvalitetsledningen och patientsäkerheten, samt förfaranden för att informera och stödja patienter och deras anhöriga efter det att en patient drabbats av en negativ händelse.

### **1 § 1 mom. 5 punkten i SHM:s förordning**

I planen ska överenskommas om förfaranden genom vilka patienterna och deras anhöriga ska informeras om planen och om sina möjligheter att främja och påverka kvalitetsledningen och patientsäkerheten.

### **3 § Information till patienter i SHM:s förordning**

### Ökat patientinflytande

Även om den finländska lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)<sup>11</sup> redan länge har varit i kraft har patienten ofta inte tagits tillräckligt i beaktande i planeringen och genomförandet av vården och rehabiliteringen. Såväl den nya hälso- och sjukvårdslagen som förordningen i anslutning till denna förutsätter att patienternas deltagande framhävs i utvecklingen av såväl hälso- och sjukvårdens kvalitet som patientsäkerheten.

Ökat patientinflytande förutsätter tillräcklig tillgång till information och rådgivning. Detta innebär i praktiken bl.a. att man redan vid vårdens början försöker identifiera och bedöma de vårdrelaterade riskerna. Patienten informeras om riskerna och risknivåerna, och patienten och personalen diskuterar och behandlar dessa gemensamt.

Vården ska ges i samförstånd med patienten. Det är viktigt att patienten på ett förståeligt sätt ges information om sin sjukdom och behandlingen av denna, i synnerhet om läkemedelsbehandlingen. Personalen och patienten diskuterar vårdriskerna och utfallsutsikterna. Om patienten så önskar lämnar man sådan information också till patientens betrodda, anhöriga eller närstående.

Personalen lyssnar på patienten, och patienten deltar i planeringen och genomförandet av vården. För patientsäkerheten är det viktigt att patienten för fram de bakgrundsuppgifter som behövs, men patienten är inte nödvändigtvis alltid medveten om vilka uppgifter som är av betydelse för en lyckad vård. Patienten ska uppmuntras att dels berätta om sina symptom, önskemål och bekymmer, dels att ställa frågor om vården och behandlingen.

Lagstiftningen ger patienten en aktiv roll i planeringen av vården. Patienten bär dock inte huvudansvaret för patientsäkerheten utan detta ligger alltid hos

personalen och i sista hand hos organisationens ledning. Eventuellt ser patienten och organisationen på vårdkvaliteten och vårdssäkerheten ur olika perspektiv. För patienten är det viktigt att han eller hon får så bra och säker vård som möjligt. Huvudintresset för organisationen är hur vården har utfallit och hur verksamheten kan vidareutvecklas i framtiden.

Organisationen ska förfoga över tillvägagångssätt med hjälp av vilka patienten kan föra fram säkerhetsbrister som han eller hon har upptäckt. Patienten informeras om vem han eller hon kan kontakta i patientsäkerhetsfrågor. I ett förtroendefullt klimat vågar patienterna föra fram brister i vården. På så sätt kan man befatta sig med eventuella problem snabbt och öppet.

Som en del av den systematiska patientresponsen gäller det att samla in också patientsäkerhetsobservationer. Det är bra att behandla patienternas respons på verksamhetskvaliteten och patientsäkerheten jämsides med övrig uppföljningsinformation som organisationen samlar in. Företrädare för patienterna och patientorganisationerna kallas med i de grupper som ska trygga patientsäkerheten. På detta sätt förenklas tolkningen av responsen samtidigt som patienternas företrädare bereds tillfälle att lägga fram förslag för att förbättra kvaliteten och innehållet i verksamheten.

## Vårdplanen som patientsäkerhetsverktyg

I hälso- och vårdplanen för en patient sammanställs patientens samtliga hälsoproblem och de för dessa planerade åtgärderna. Planen utgår från det vårdbehov som patienten upplever sig ha och det mål som patienten ställer upp.

Med hänsyn till patientsäkerheten utgör vårdplanen ett väsentligt dokument med hjälp av vilket man tryggar inte bara patientens deltagande i sin egen vård och insikt om riskerna utan också en lyckad egenvård. Med hjälp av planen kan man säkert samordna behandlingen av olika sjukdomar och försäkra sig om att behandlingarna är kompatibla och genomförbara.

Planen uppgörs av patienten och en vårdanställd i samarbete, dock med beaktande av att endast en läkare kan besluta om medicinska undersökningar, ställa diagnoser och fastställa behandlingen. Å andra sidan har patienten rätt att tacka nej till erbjuden behandling, varvid han eller hon kan behandlas på något annat medicinskt godtagbart sätt.

När vårdplanen görs upp informeras patienten om sina sjukdomar, behandlingsalternativen och riskerna i anslutning till dessa. I vårdplanen överenskomms också om sådant som patienten själv ska sköta i samband med vården.

Vårdplanens struktur har tagits fram av Institutet för hälsa och välfärd tillsammans med hälso- och sjukvårdsaktörerna, och vårdplanen kommer att i sinom tid integreras i den elektroniska patientjournalen. I planen antecknas vårdbehovet och vårdmålet, genomförandet av och metoderna för vården, arbetsfördelningen, uppföljning och bedömning samt diagnos- och medicineringsförteckning. För planen utses en ansvarig person som samordnar vårdplanen.<sup>12</sup>

## Behandling av negativa händelser

Om en patient har drabbats av en vårdrelaterad negativ händelse ska patienten öppet informeras om detta i enlighet med de tillvägagångssätt som gemensamt har överenskommit i organisationens patientsäkerhetsplan. Händelsen och dess eventuella konsekvenser går igenom tillsammans med patienten och, om patienten så önskar, med patientens närstående. Det gäller att ta hänsyn till att patienten och de närstående kan behöva särskild hjälp och särskilt stöd för att förstå och bearbeta händelsen och dess konsekvenser.

Patienten ska informeras om att den som är missnöjd med sin hälso- och sjukvård eller bemötandet i samband med denna har rätt att framställa en anmärkning.<sup>11</sup> Anmärkningen framställs till chefen för hälso- och sjukvården eller någon annan säkerhetsansvarig person vid vårdenheten.

Om det vid behandlingen av en anmärkning eller i övrigt framgår att vården eller bemötandet kan leda till patientskadeansvar enligt patientskadelagen (585/86)<sup>13</sup>, skadeståndsansvar enligt skadeståndslagen eller disciplinärt förfarande eller säkringsåtgärd enligt någon annan lag, ska patienten informeras om hur ärendet kan anhängiggöras hos den behöriga myndigheten eller det behöriga organet.

Lagen om patientens ställning och rättigheter förutsätter att varje hälso- och sjukvårdsenhet har en patientombudsman, som informerar patienterna om deras rättigheter och arbetar för att främja dessa. Patientombudsmannen ska efter behov ge patienten råd och bistå patienten, om han eller hon är missnöjd med den vård eller det bemötande som han eller hon har fått. Patientombudsmannen hjälper patienten att reda ut sina problem på vårdplatsen.

Ombudsmannen ger också råd om och biträder efter behov patienten i avfattandet av en anmärkning, klagomål till en tillsynsmyndighet eller anmälan om patientskada till Patientförsäkringscentralen. Patientombudsmannen tar däremot inte ställning till de medicinska vårdbesluten gällande patienten. Ombudsmannen tar inte heller ställning till huruvida det har inträffat en patientskada i vården.

Den i händelsen delaktiga hälso- och sjukvårdspersonalen behöver också stöd och öppen behandling av frågan i ett uppbyggande klimat. Här spelar de närmaste cheferna och arbetskamraterna en viktig roll.

## 2.6. Kvalitetsledningsdokument

I planen ska överenskommas om de kvalitetsledningsdokument som används i verksamheten.

**1 § 1 mom. 6 punkten i SHM:s förordning**

Med hjälp av de i planen överenskomna dokumenten styrs vården så att den är högklassig och säker. Dokumenten har tillsvidare inte utnyttjats tillräckligt i patientsäkerhetsarbetet. I motiveringen till förordningen nämns som exempel dokument beskrivningar av vårdkedjan, instruktioner som fastställer processerna och plan för läkemedelsbehandling. Dokumenten kan bifogas kvalitetslednings- respektive patientsäkerhetsplanen.

## Plan för läkemedelsbehandling

Planen för läkemedelsbehandling utgör en väsentlig del av ledningssystemet och kvalitetsledningen vid verksamhetsenheten. Anvisningar om planen för läkemedelsbehandling ingår i social- och hälsovårdsministeriets handbok Säker läkemedelsbehandling.<sup>14</sup> Genomförandet av läkemedelsbehandlingen berörs av mångahanda lagstiftning, som finns noggrant förtecknad i handboken.

Planen för läkemedelsbehandling erbjuder ett praktiskt verktyg för systematisk kontroll och kvalitativ utveckling av läkemedelsbehandlingen vid verksamhets- och arbetsenheterna. Det är tillrådligt att planen inkluderar följande delområden:

- Innehåll i och praxis vid läkemedelsbehandling
- Tryggande och upprätthållande av kompetensen inom läkemedelsbehandling
- Personalens ansvarsåligganden och skyldigheter samt arbetsfördelning
- Tillståndspraxis
- Läkemedelsförsörjning: beställning, förvaring, tillverkning, iordningställande och återlämning av läkemedel, läkemedelsinformation, handledning och rådgivning
- Utdelning och administrering av läkemedel
- Patientinformation och patientrådgivning
- Bedömning av läkemedelsbehandlingens effekt
- Dokumentering och informationsutbyte
- Uppföljnings- och responsystem

I handboken om läkemedelsbehandling ges anvisningar om hur avvikelser i genomförandet av läkemedelsbehandlingar följs upp och behandlas. Verksamhetsenheterna uppmanas att via sitt fortbildningsregister följa upp färdigheterna, fortbildningsbehoven och utbildningsdeltagandet i samband med genomförandet av läkemedelsbehandlingar. Registret kan även vara regionalt och kan dessutom kompletteras med information om vilka anställda i regionen som har tillstånd för läkemedelsbehandling.

En del av de färskaste riktlinjerna för en säker läkemedelspolitik finns i social- och hälsovårdsministeriets publikation Läkemedelspolitiken 2020.<sup>15</sup> Enligt denna kan måluppfyllelsen för läkemedelsbehandlingen främjas till exempel med hjälp av patientspecifika planer för läkemedelsbehandling, läkemedelskort, totalbedömning av läkemedelsbehandlingen och dosadministrering. En plan för läkemedelsbehandling borde göras upp och läkemedelsbehandlingen och be-

hovet av denna regelbundet utvärderas i synnerhet för såväl dem som använder flera läkemedel samtidigt som äldre personer och andra specialgrupper.

Säkerheten vid läkemedelsbehandling kan främjas genom dels rapportering av medicineringsrelaterade riskhändelser och negativa händelser, dels säkerhetsförbättrande databaser. För vårdpersonalen utgörs de viktigaste informationskanalerna gällande läkemedelsbehandling av rekommendationerna om god medicinsk praxis och databasen Terveysportti med dess specialdatabaser, bland annat interaktions- och prisdatabaserna för läkemedel.<sup>16</sup>

Personer med rätt att ordinera eller lämna ut läkemedel ska meddela Fimea (Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet) upptäckta eller misstänkta biverkningar till följd av användningen av läkemedel, i synnerhet allvarliga och/eller oväntade sådana, och samtliga biverkningar av nya läkemedel.<sup>17</sup>

Biverkningar vid vaccineringar ska anmälas till Institutet för hälsa och välfärd (THL) på blanketten Anmälan om misstänkt vaccinationsbiverkning.<sup>18</sup>

## Bekämpning av vårdrelaterade infektioner

Bekämpningen av vårdrelaterade infektioner utgör en del av patientsäkerheten. Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (583/1986) omfattar bekämpningen av smittsamma sjukdomar bl.a. bekämpning av sjukhusinfektioner. Med sjukhusinfektion avses en infektion som har uppkommit eller fått sin början under vård vid en hälso- och sjukvårdsenhet. I den finländska prevalensstudien från 2005 hade 9 procent av de vuxna patienterna på akutsjukhusen minst en sjukhusinfektion.

Kommunerna är skyldiga att inom sitt eget område ordna bekämpningen av smittsamma sjukdomar enligt lagen om smittsamma sjukdomar som en del av folkhälsoarbetet i enlighet med vad som föreskrivs i såväl folkhälsolagen som hälso- och sjukvårdslagen. För uppföljningen och registreringen av mikrober som fastställs genom förordning av statsrådet och som är synnerligen resistent mot läkemedel har föreskrivits skyldigheter enligt lag (935/2003).<sup>19</sup> Sjukvårdsdistriktet styr bekämpningen, uppföljningen och utredningen av sjukhusinfektioner inom sitt eget område.

För att bekämpa vårdrelaterade infektioner kan ett sjukhus delta i programmet för förebyggande och bekämpning av sjukhusinfektioner (SIRO), som har tagits fram i samarbete mellan sjukhusen och Institutet för hälsa och välfärd. Programmet har som mål att bl.a. förebygga sjukhusinfektioner, utveckla uppföljningen av dessa, ta fram bekämpningsanvisningar om och rekommendationer för sjukhusinfektioner och ge akt på utbildningen och forskningen i sjukhusinfektioner.<sup>20</sup>

Institutet för hälsa och välfärd har liksom dess föregångare Folkhälsoinstitutet utarbetat ett stort antal såväl allmänna som sjukdoms- och upphovsspecifika anvisningar och rekommendationer i samband med infektionssjukdomar.<sup>21</sup> Anvisningarna har ofta omarbetats för att bättre passa in på de lokala förhållandena. Det är skäl att integrera sådana lokala anvisningar och andra instruktioner i den lokala patientsäkerhetsplanen.

Som källor anlitas dessutom den av Kommunförbundet utgivna boken ”Hoittoon liittyvien infektioiden torjunta”, som handlar om bekämpningen av vårdrelaterade infektioner, och i utbildningen av personalen det material som Föreningen för sjukhushygien i Finland har tagit fram.<sup>22</sup>

Fullföljandet av skyldigheterna enligt lagen om smittsamma sjukdomar förutsätter att vårdorganisationen har utsett en läkare och/eller sjukskötare med ansvar för infektionsbekämpningen och att anvisningar har utfärdats och praxisen har fastslagits för förebyggandet av och bl.a. användningen av antibiotika i samband med vårdrelaterade infektioner.

## Säkerhetsplan

Säkerhetsplaneringskyldigheten grundar sig på lagstiftningen om räddningsväsendet, i synnerhet på 15 § i räddningslagen.<sup>23</sup> En räddningsplan ska utarbetas för bl.a. sjukhus, ålderdomshem och vårdinrättningar. Vidare är arbetsgivaren enligt arbetarskyddslagen (738/2002) skyldig att genom nödvändiga åtgärder sörja för arbetstagarnas säkerhet och hälsa.<sup>24</sup> Arbetsgivaren ska fortgående och systematiskt ge akt på arbetsmiljön, arbetsklimatet och säkerheten hos arbetsätten genom att kartlägga olika faro- och riskmoment.

Social- och hälsovårdsministeriet gav 2005 ut publikationen Handbok i säkerhetsplanering för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården.<sup>25</sup> I handboken grundar sig säkerhetsplaneringen på ett brett säkerhetsbegrepp. Avsikten med handboken är att ge vård- och omsorgsenheterna grunder för uppgörandet av en säkerhetsplan och fastställande av säkerhetsnivån utgående från en riskkartläggning.

I säkerhetsplanen beskrivs olika riskhändelser, till exempel hot- och våldssituationer, bränder, brott, strålningsrisker och farliga kemikalier. Säkerhetsplanen ska ta upp verksamhetsmodellerna och bl.a. larmsystemen i olika olycks-, hot-, risk- och skadesituationer. Social- och hälsovårdsministeriets handbok beskriver bl.a. praxis för att förebygga att äldre faller omkull vid vård- och omsorgsenheterna. Säkerhetsplanen kan innehålla ett stort antal olika säkerhetsanvisningar för verksamhetsenheten och övriga dokument.

## 2.7. Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte

I planen ska överenskommas om kartläggning av säkerhets- och kvalitetsproblem samt identifiering och hantering av säkerhetsrisker.

**1 § 1 mom. 7 punkten i SHM:s förordning**

Planen ska behandla åtminstone nödvändig tillgång på service, vårdkedjor, verksamhetsenhetens fysiska miljö, infektioner som anknyter till hälso- och sjukvården, läkemedelsbehandling och tillhandahållande av läkemedelsförsörjning, produkter och utrustning för hälso- och sjukvården, personalen, personalens arbetsfördelning och kompetens, informationssystemen och anteckningar i journalhandlingar samt information-sutbytet inom verksamhetsenheterna och mellan dem.

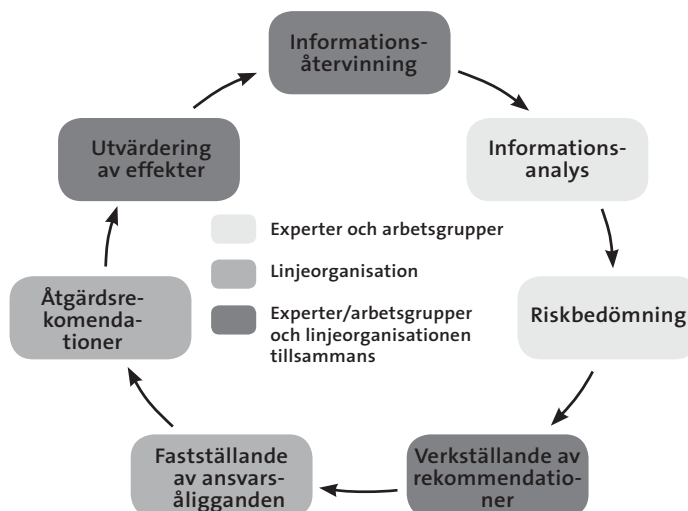
**1 § 2 mom. i SHM:s förordning**

## Hantering av säkerhetsrisker

En övergripande kvalitetsledning och riskhantering kräver att organisationen förfogar över ett tydligt tillvägagångssätt och strukturer för bedömning och hantering av säkerhetsrisker. I en lärande organisation utgör utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten ett fortlöpande arbete, som utnyttjar tidigare lärdomar och erfarenheter. Arbetsmiljön, processerna, tillvägagångssätten och anvisningarna utvecklas på basis av riskbedömningen. Dessutom följs fullföljandet av utvecklingsåtgärderna och deras effekt upp.

Organisationerna har tillgång till olika riskhanteringsprogram och riskhanteringspraxis. *Modellen för en trygg vårdenhet* (VTT och Läkemedelsverket 2004) siktar på en övergripande riskhantering med beaktande av vården av patienten, arbetssätt och miljö, användning och underhåll av apparatur samt förfaranden i organisationen.<sup>26</sup> Riskbedömningen grundar sig på en beskrivning av verksamheten, varvid riskhanteringen utgör en del av processbeskrivningen för kvalitetssystemet.

FIGUR 1. Exempel på beskrivning av ett patientsäkerhetssystem (Vasa centralsjukhus 2010)



Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgrupp för utveckling av säkerheten vid hälso- och sjukvårdsinstitutionerna koncentrerade sig på att utveckla den fysiska säkerheten vid vårdinstitutionerna.<sup>27</sup> I enlighet med det tilldelade uppdraget tog arbetsgruppen för vårdinstitutionerna fram en tydlig och lättanvänd riskhanteringsmodell, som kan tillämpas på olika miljöer.

### **Processhantering**

Syftet med beskrivningen och utvecklingen av processerna är att målinriktat och genomskinligt förenhetliga och effektivisera verksamheten. Vårdenheterna genomför processerna i anslutning till patientvården likartat oavsett diagnos, till exempel på vårdavdelningen vid ett sjukhus, på hälsostationsmottagningen eller vid jouren. Å andra sidan hänför sig en del av processerna särskilt till behandlingen av en viss sjukdom och kallas då för behandlingsprotokoll, behandlingsväg eller behandlingskedja beroende på beskrivningens omfattning och syfte. En beskrivning av de funktionsrelaterade processerna såväl förenhetligar förfarandena som förtydligar arbetsfördelningen och ansvarsåliggandena bland de anställda och förbättrar på så sätt inte bara smidigheten utan bidrar dessutom till att avvikelserna och felen minskar.

För de vanligaste sjukdomarna som behandlas vid en enhet är det motiverat att om möjligt utarbeta ett behandlingsprotokoll som grundar sig på vetenskapligt bevis och som fastställer hur respektive sjukdom behandlas vid enheten. Protokollen tryggar rätt behandling i rätt tid och förbättrar också behandlingseffekten och patientsäkerheten.

Diagnosrelaterade behandlingskedjor som sträcker sig över organisationsgränserna byggs upp i samarbete mellan alla som vårdar en patientgrupp. I behandlingskedjan införs behandlingens innehåll under olika faser, arbetsfördelningen mellan olika aktörer och trygghandlet av informationsutbytet.

Med hänsyn till patientsäkerheten är det skäl att i behandlingskedjorna fästa särskild uppmärksamhet vid de arbetsfaser som hänför sig till överföring av patienter samt trygghandlet av informationsutbytet mellan enheterna. Anlitandet av checklistor minskar felen och förenhetligar tillvägagångssätten.

### **Produkter och utrustning**

Vårdorganisationen ska utse en person med ansvar för säkerheten hos produkter och utrustning. Enligt 25 § i lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård ska en yrkesmässig användare lämna rapport till Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården om varje sådan riskhändelse som beror på produktens egenskaper, en avvikelse eller störning i produktens prestanda, brister i märkningen av produkten, en bristfällig eller felaktig bruksanvisning för produkten eller användningen av produkten. Anmälan ska ges också om det är oklart vilken andel en produkt eller utrustningen i fråga har i en händelse.<sup>28</sup>

En sådan händelse ska också anmälas till tillverkaren eller dennas representant, eftersom det är tillverkaren som har det primära ansvaret för att en pro-



dukt fyller kraven. Avvikelser och riskhändelser i anslutning till strålnalstrande apparater ska dessutom anmälas till Strålsäkerhetscentralen med stöd av strålskyddslagen.<sup>29</sup>

Syftet med lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård och de bestämmelser och föreskrifter som har utfärdats med stöd av denna är att upprätthålla och främja såväl säkerheten hos produkter och utrustning för hälso- och sjukvård som säker användning av sådana. Produkter och utrustning för hälso- och sjukvård är säkra när de används rätt och endast för det användningsändamål som tillverkaren har fastställt. Tillverkaren har minimerat riskerna vid användningen av produkter så att de ligger på godtagbar nivå. De risker som inte har kunnat elimineras genom tekniska lösningar utan att dessa skulle störa funktionsdugligheten har i enlighet med de väsentliga krav som ställs på produkter och utrustning uppgetts i bruksanvisningarna och på varningsskyltar. Om det i samband med användningen av en produkt eller utrustning för hälso- och sjukvård dock inträffar en risksituation eller en yrkesanvändare upptäcker brister i en produkt är han eller hon enligt lag skyldig att ge såväl Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården som tillverkaren eller dennas representant en anmälan om risksituationen.

På vårdenheten och yrkesanvändarna vid denna ställer lagen om produkter och utrustning för hälso- och sjukvård krav som hänför sig till användningen av, kontrollen över och underhållet av produkterna. Det är skäl att dessa krav integreras i patientsäkerhetsplanen. Vårdenheten och yrkesanvändarna vid denna ska enligt 24 § i lagen försäkra sig om följande:

- Den som använder en produkt för hälso- och sjukvård ska ha sådan utbildning och erfarenhet som en säker användning kräver.
- På produkten eller med denna ska följa behövliga märkningar och bruksanvisningar för en säker användning.
- Produkten ska användas i enlighet med det ändamål tillverkaren avsett och de anvisningar tillverkaren meddelat.
- Det ställe där produkten används ska lämpa sig för en säker användning.
- Andra produkter för hälso- och sjukvård, delar och konstruktioner, utrustning, programvara eller andra system och föremål som är kopplade till eller i omedelbar närhet av produkten får inte äventyra produktens prestanda eller patientens, användarens eller någon annans hälsa.
- Endast den som har den yrkesskicklighet och sakkunskap som krävs får installera, reparera och utföra service på produkten.

Vård- och omsorgsenheter ska ha en med stöd av 26 § i lagen utsedd ansvarig person som svarar för att enheten iakttar lagen liksom de bestämmelser och föreskrifter som utfärdats med stöd av denna. Dessutom ska enheten ha ett kontrollsystem för att garantera säkerheten hos produkter och vid användningen av dem. I kontrollsystemet ska registreras:

- För spårbarheten nödvändiga uppgifter om produkter som verksamhetsenheten använder, överlåtit vidare eller annars besitter eller som har införts i en patient
- Uppgifter om riskhändelser som inträffat vid användningen av produkter
- Uppgifter som visar att den yrkesmässiga användaren har fullgjort de skyldigheter som avses i 24 §.

### **Övrig fysisk vårdmiljö**

När patientsäkerhetsplanen görs upp är det viktigt att beakta eventuella patientsäkerhetsrisker också i den fysiska vårdmiljön vid verksamhetsenheten. Till dessa hör naturligtvis det som ska ingå i brand- och räddningsplanen.

Utöver dessa finns det ett stort antal övriga direkta risker i den fysiska miljön, såsom risk för att halka, snubbla, falla omkull eller ramla. Riskfaktorerna kan utgöras av bl.a. nytvättade och bonade golv (varningsmärken), fulla korridorer, överraskande trösklar eller trappor, avsaknaden av patienttofflor likväl som av försummelse av patientövervakningen. Indirekta risker kan orsakas av bl.a. dålig ventilation, otillräcklig städning och annan hygienrelaterad verksamhet.

För alla områden antecknas en verksamhetsplan, uppföljning och ansvarspersoner, som även kan vara andra än vårdanställda, bl.a. experter inom och chefer för olika delområden.

## **Dokumentering, informationsutbyte och informationssystem**

### **Dokumentering**

Dokumenteringen hör till vård- och omsorgspersonalens viktigaste dagliga arbetsuppgifter. Dokumenteringen utgör också ett viktigt instrument för rapportering av all information som behövs för samtliga delar i patientvården och anknyter därför mycket nära till informationsutbytet. Kontinuumet mellan bra dokumentering och informationsutbyte spelar en nyckelroll när det gäller att tillhandahålla en högklassig och säker vård. Bra dokumentering skapar också en grund för hanteringen av säkerhetsrisker.

Praktiska aspekter i samband med dokumenteringen av patientinformation behandlas i förordningen om journalhandlingar (289/2009) och den handbok som kompletterar den tidigare förordningen.<sup>30 31</sup> Handboken, som publicerades 2001, uppdateras för närvarande för att svara mot den nuvarande lagstiftningen, men den är alltjämt en nyttig referensälla för vårdpersonalen.

I 7 § i förordningen om journalhandlingar fastslås det nödvändiga innehållet i en patientjournal. I journalhandlingarna ska införas uppgifter som är nödvändiga och tillräckligt omfattande för att trygga att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. I handboken om de centrala uppgifterna ges anvisningar om dokumentering av strukturerad information, som är väsentlig i elektroniska patientjournalssystem.

Av innehållet i patientjournalerna påverkas patientsäkerheten väsentligt av följande områden:

- Basuppgifter – fastställda i detalj i 10 § i förordningen
- Centrala uppgifter om vården för varje servicehändelse (11 §), bl.a. ”orsaken, förhandsuppgifter (anamnes), status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt ett slututlåtande”
- Anteckningar om sjukdomsförloppet och genomförandet av vården (12 §)
- Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta skador (13 §)
- Ett slututlåtande över vården (17 §) ska uppgöras inom fem dagar från det att vården avslutats. I detta ska beskrivas eventuella avvikelser i patientens återhämtning efter en åtgärd och patientens tillstånd när servicehändelsen avslutas. Slututlåtandet utgör även ett viktigt instrument i samband med säkrandet av informationsutbytet, och detta ska utöver sammanfattningar av den vård som getts innehålla klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen av patienten och för den fortsatta vården.
- Åtgärder som begränsar patientens självbestämmanderätt, såsom användning av våld

### **Informationsutbyte**

Information som är väsentlig för patientsäkerheten går mellan patienterna, vårdpersonalen och vårdorganisationerna. I verksamhetsenhetens patientsäkerhetsplan ska fastställas principerna för informationsutbytet mellan såväl patienterna och vårdpersonalen som olika kontaktytor inom vården, till exempel primärvården–specialistvården och vårdavdelningen–operationssalen.

Inom organisationen ska ett fungerande informationsutbyte tryggas mellan varje anställd vid en enhet, i synnerhet med beaktande av kraven på multidisciplinärt teamarbete mellan enheterna och de olika nivåerna i organisationen.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om sättet att lämna ut och använda uppgifter som behövs i vården av en patient åtminstone mellan dem som för det gemensamma registret över patientuppgifter, dvs. mellan den kommunala primärvården och specialistvårdsenheterna inom området för en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

Den vårdpersonal som deltar i vården av en patient ska ge patienten information om vården, behandlingen, ingreppen och eventuella skador. Patienten uppmuntras att uppge sina vårdönskemål och sina förväntningar liksom eventuella riskuppgifter, som kan vara av betydelse för vårdutfallet. Inom denna växelverkan utgör vårdplanen, som görs upp tillsammans med patienten och som samtidigt fungerar som stöd för den gemensamma synen, ett viktigt verktyg.

### *Informationssystemens roll vid dokumenteringen och i informationsutbytet*

Informationssystemen ska fungera som instrument för systematisk dokumentering av vården av patienterna och som stöd för informationsutbytet mellan vårdpersonalen och organisationerna. Lagstiftningen och anvisningarna med stöd av denna ställer vissa krav på de elektroniska informationssystemen och de verksamhetsenheter som anlitar dem.

Informationssystemen måste bl.a. kunna spåra historiken för ändrade anteckningar i en patientjournal och generera information om huruvida uppgifterna har ändrats eller uppgifter lagts till eller raderats.

Informationssystemen förutsätts ha ett system för behörighetshantering, med hjälp av vilket en användares behörighet till patienthandlingar kan fastställas i enlighet med användarens arbetsuppgifter. Den som använder informationssystemen ska specificeras och identifieras så att användaren autentiseras entydigt.

Registerföraren ska försäkra sig om att handlingsuppgifterna oberoende av filformat finns tillgängliga under den förvaringstid som har stadgats för uppgifterna och också i det fall att datorprogram och datasystem byts ut.

## 2.8. Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder

I planen ska överenskommas om identifiering och rapportering av avvikelser och negativa händelser, anmälandet av negativa händelser till vårdanmälningssystemet samt rapportering som krävs enligt andra författningar och förfaranden vid korrigerande åtgärder.

### **1 § 1 mom. 8 punkten i SHM:s förordning**

Rapporteringen av avvikelser, riskhändelser och negativa händelser bidrar till att förbättra säkerheten. Organisationsledningen och cheferna vid verksamhetsenheterna har i uppgift att skapa ett öppet och rättvist klimat för att uppmuntra personalen att aktivt anmäla riskhändelser. Organisationen ska ge anvisningar för ansvarsåliggandena och uppgifterna vid behandlingen av anmälningar om riskhändelser.

Man tar lärdom av fel och utnyttjar informationen om inträffade skador i utvecklingen av verksamheten. Organisationen får sådan information i form av respons från patienterna och de närstående, anmärkningar, klagomål och anmälningar om patientskada liksom via patientombudsmannen. Dessutom ska personalen anmäla negativa händelser och tillbud genom överenskommet rapporteringsförfarande.

Regelbunden analys och behandling av all insamlad information utgör grunden för en fortlöpande utveckling av verksamheten. Förfarandet vid rapporte-

ring av riskhändelser inkluderar ett fungerande responssystem. Framför allt i fråga om allvarliga och/eller sällsynta negativa händelser är det viktigt att informationen förmedlas också över organisationsgränserna.

Vid analys av allvarliga riskhändelser och negativa händelser utreds de enskilda orsakerna till händelsen liksom de vård-, vårdplanerings-, arbetsmiljö- och organisationsrelaterade orsakerna.<sup>32</sup> Vid analysen undersöks systematiskt strukturerna och processerna i systemet, riskfaktorer i samband med dessa och de säkringar och skydd som tagits fram för dem.

## Organisationsnivå

På enhets- och organisationsnivå utnyttjas informationen så att hela arbetsplatsen regelbundet får information om anmälda riskhändelser, de anmälda händelserna vid enheten granskas gemensamt och utvecklingsåtgärderna dryftas multidisciplinärt. Ansvar för påbörjandet av utvecklingsåtgärder och inarbetandet av ändringar samt uppföljningen ska tilldelas på personnivå.

Enhetschefen har i uppgift att organisera regelbundna enhetsinterna diskussioner och nödvändiga, mer ingående analyser av anmälningarna samt en effektiv kommunikation i hela arbetsenheten. Utvecklingsåtgärderna kan genomföras i enheten eller ett förslag om sådana läggs fram för det ansvariga organisationsorganet. Information om ett ärende kan också ges mer allmänt inom organisationen och utanför denna. Säkerhetsrisker ska delges personalen snabbt för att undvika motsvarande situationer i framtiden.

Rekommendationer som ges på basis av uppgifterna om riskhändelser ska till exempel leda till förbättringar i arbetsmiljön eller utrustningen, utbildning eller inskolning av de anställda, ändringar av arbetspraxisen, utbyggnad av såringsförfarandena eller utveckling av de enhetsinterna processerna eller processerna i samband med samarbetet mellan enheter. Med hjälp av dessa åtgärder kan en motsvarande situation i framtiden undvikas eller hanteras bättre.

Av de lokala systemen för rapportering om riskhändelser har man i Finland mest erfarenhet av systemet HaiPro, som har tagits fram av VTT och Läkemedelsverket, men det finns även andra rapporteringssystem.<sup>33</sup> Huvudinnehållet i en anmälan utgörs av en fritt formulerad beskrivning, som redogör för anmälarens helhetsbild av händelseförhållandena, händelsens uppkomst, händelseförloppet och dess följder.

Det finns också olika specialitetsinriktade register samt register och kvalitetsmätare som används endast vid vissa enheter. Därför gäller det för organisationen/enheten att välja ut de kvalitets- och patientsäkerhetsmätare som beaktar de lokala förhållandena och behoven. Till de på riksplanet godkända patientsäkerhetsverktygen hör bl.a. en checklista för operationssalar, som bl.a. Valvira rekommenderar (s. 42). Det är skäl att undvika mätare och indikatorer av egen fabrik, eftersom de inte möjliggör jämförelser med andra enheter. Nationellt och internationellt framtagna patientsäkerhetsindikatorer grundar

sig vanligen på sådant mångårigt expertarbete som en enskild organisation sällan har möjlighet till.<sup>34 35</sup> De nationella kvalitetsregistren utnyttjas bristfälligt, och det är skäl att vidareutveckla dessa i samarbete med olika aktörer, såsom specialistföreningar, fackorganisationer, representanter för kommunerna och sjukvårdsdistrikten samt Institutet för hälsa och välfärd. Detta är en ofrånkomlig förutsättning för en vidareutveckling av kvaliteten och patientsäkerheten.

Organisationen fastställer de kriterier utifrån vilka de anmälda negativa händelserna undersöks närmare och nödvändigheten av direkta åtgärder utreds för att hantera säkerhetsrisken. Beslut om behandlingen i detalj fattas när anmälan tas emot. För behandlingen finns flera olika metoder som kan tillämpas efter situation. Som hjälp vid undersökningen anlitas olika utredningsmodeller, checklistor, söktermer och begrepp, verktyg för beskrivning av händelsekedjan och andra liknande hjälpmedel.

## Riksnivå

På riksnivå utnyttjas informationen för framtagandet av aktuell information om god patientsäkerhetspraxis.

Negativa händelser som leder till hälsoproblem anmäls till det lagstadgade vårdanmälningssystemet för sjukhus (HILMO).<sup>36</sup> I Hilmo införs komplikationsdiagnoser inklusive läkemedelsbiverkningar. Insamlingen av vårdanmälningssuppgifter grundar sig på lagen om Institutet för hälsa och välfärd, lagen om statistikväsendet vid forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården samt lagen och förordningen om riksomfattande personregister för hälsovården.

Att diagnoserna inom sjukhusvården och också öppenvården (AvoHilmo) förs in rätt är väsentligt för utnyttjandet av registerinformationen. För att förbättra införandet av negativa effekter har man gjort upp instruktioner i vårdanmälningssystemet.

Inom datainsamlingen i vårdanmälningsregistret avses med en negativ värdeffekt en sådan oväntad följd av vård eller behandling given av eller ingrepp gjort av en vårdanställd som jämfört med det förväntade genomsnittliga vårdresultatet medför

- objektiv skada för patienten
- förlängd vårdtid
- ökade vårdkostnader
- ett senare nytt oplanerat ingrepp i samband med samma besvär eller sjukdom (särskilt negativa effekter inom operativ vård).

Den information som Hilmo genererar kan utnyttjas av verksamhetsenheterna, och det är viktigt att denna regelbundet beaktas i utvecklingen av kvaliteten och patientsäkerheten. Sjukvårdsdistrikten och andra motsvarande organisationer kan bygga upp egna datasystem och datalager så att uppgifterna om

organisationens egna Hilmo-anmälningar kan utnyttjas av ledningens uppföljningssystem genast då de uppstår. Jämförelseinformation fås efter det att Institutet för hälsa och välfärd har analyserat de av organisationerna inlämnade Hilmo-uppgifterna.

I enlighet med gällande bestämmelser och andra anvisningar ska organisationerna också till andra myndigheter rapportera händelser som hänför sig till patientsäkerheten. Detta gäller bl.a. anmälan till implantatregistret, sjukhusinfektioner (programmet SIRO), anmälan om smittsamma sjukdomar, systemet för anmälan om misstänkta mat- och vattenburna epidemier, anmälan om biverkningar av läkemedel och vacciner, anmälan om riskhändelser orsakade av medicinsk apparatur, strålningskador och blodtransfusionsskador. Organisationen ska fortlöpande utnyttja de register som också dessa anmälningar ger upphov till.

## 2.9. Regionalt samarbete

I planen ska överenskommas om det samarbete som behövs med andra verksamhetsenheter inom social- och hälsovården vid kvalitetsledning och tillgodoseende av patientsäkerheten inom området för en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt.

**1 § 1 mom. 9 punkten i SHM:s förordning**

Ofta genomförs vården av en patient i form av en vårdkedja bestående av olika aktörer. Vårdplatsbyten med därtill hörande dataöverföringar och förändringar i verksamhetskulturen utgör en betydande patientsäkerhetsrisk. Hanteringen av denna risk förutsätter regionalt samarbete.

Vid planeringen av smidiga vårdkedjor måste man alltid beakta de därtill anslutna patientsäkerhetsriskerna. Detta förutsätter överenskommelse om gemensam regional patientsäkerhetspraxis.

Ansvar för samordningen av den övergripande vården av en patient faller på den kommunala primärvården. Primärvårdsenheten i ett sjukvårdsdistrikt har å sin sida ansvar för utvärderingen av verksamhetskvaliteten för sin egen del. Varje aktör svarar för kvaliteten på och patientsäkerheten i sin egen verksamhet, för planeringen i anslutning till detta och för genomförandet av planen.

Primär- och specialistvårdstjänsterna samordnas i den organisationsplan för hälso- och sjukvården som siktar på en funktionell helhet och som ska göras upp per fullmäktigeperiod. I planen ska också samarbetet med socialvården beaktas. Kärnfrågan i planen är hur man kan åstadkomma smidiga vårdkedjor. I organisationsplanen ska särskild uppmärksamhet därför fästas på åtgärder genom vilka detta mål uppnås.

Smidiga patient-/klientspecifika servicekedjor inom vården och omsorgen tryggas bäst genom en patientspecifik vård- och serviceplan i förening med en fungerande och av datasystemen stödd dokumentering och dataöverföring mellan de ansvariga personerna. Vid kontaktytorna mellan aktörerna befinner sig grupper bestående av samhällsmedlemmar som är särskilt sårbara i fråga om patientsäkerheten, såsom handikappade, äldre samt missbrukarklienter och mentalvårdspatienter.

När organisationsplanen görs upp ska de kommuner som hör till sjukvårdsdistriktet fastställa de sätt varmed det nödvändiga samarbetet i samband med kvalitetsledningen och patientsäkerheten tryggas. Det är ändamålsenligt att samarbetet siktar på

- gemensam patientsäkerhetspraxis i fråga om både metoder och statistikföring
- en enhetlig patientsäkerhetskultur
- utbildningssamarbete
- samarbete inom utveckling av kvalitetsledningen och patientsäkerheten.

Varje aktör ska som en del av kvalitetslednings- och patientsäkerhetsplanen beskriva det regionala samarbetet ur sitt eget perspektiv.

Den skyldighet att främja utvecklingen av sitt uppgiftsområde som har ålagts sjukvårdsdistrikten möjliggör initiativkraft inom den regionala organisationen av kvalitetsledningen och patientsäkerheten i situationer när förpliktande bestämmelser träder i kraft mitt under en fullmäktigeperiod. Genom förhandlingar med kommunerna ska överenskommas om regionalt ändamålsenliga sätt i syfte att inleda ett bestående regionalt samarbete. Ovan nämnda frågor förs in i organisationsplanen för hälso- och sjukvården.



### 3. FORTSATTA ÅTGÄRDER INOM FRÄMJANDET AV PATIENTSÄKERHETEN

Denna handbok har som syfte att stöda verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och fullföljandet av målen i den finländska patientsäkerhetsstrategin. Handboken öppnar och utvidgar innehållet i den patientsäkerhetsplan som förutsätts enligt förordning. Avsikten har inte varit att fastställa processerna vid uppgörandet av patientsäkerhetsplanen desto närmare, även om de är viktiga för att arbetet ska lyckas. Processerna varmed planerna görs upp och omsätts i praktiken varierar beroende på organisationens storlek, struktur, styrsystem och arbetsfördelning.

Att arbetet är systematiskt och planmässigt är viktiga steg på vägen mot bättre patientsäkerhet. Planen borde inte göras upp bara för att fullfölja lagens bokstav utan den borde bli ett levande dokument som omsätts i praktiken och som förändras efter behov. Planen kan till exempel göras upp med utgångspunkt i de största patientsäkerhetsutmaningarna för att kompletteras så småningom. Att engagera personalen är i detta sammanhang viktigare än att åstadkomma en innehållsmässigt fullständig plan från första början.

Främjandet av patientsäkerheten i Finland har startat senare än i till exempel de övriga nordiska länderna. De framtida utmaningarna är många. Engagemang hos ledningen vid verksamhetsenheter, tillräckliga personresurser, personalens patientsäkerhetskunnande och omställningen till en icke skuldbeläggande kultur kräver ännu mycket arbete.

Även om registreringen och uppföljningen av negativa händelser tack vare olika dataprogram har gått ett stort steg framåt, går det inte ännu att jämföra olika verksamhetsenheter eller områden och saknas tillgång till heltäckande och tillförlitlig nationell information. För utnyttjandet av rapporteringssystemen på riksplan och för uppföljningen av utvecklingen vid organisationerna behövs en gemensam begreppsapparat, gemensamma klassificeringsprinciper liksom principer för vilken information vidare rapporteras utanför organisationen.

Utredningen av och förmedlingen av information om allvarliga skador i situationer av regional betydelse ska utvecklas som en del av organisationernas egenkontroll. Framöver borde det bli möjligt att ge varningar på riksnivå om sådant som är av mer omfattande nationell betydelse. Frågan förs då in lokalt i organisationsplanens patientsäkerhetsdel och beaktas i den regionala planen för specialansvarsområdet.

Vid sidan av de uppgifter som personalen rapporterar behövs för uppföljningen och förebyggandet av negativa händelser också andra informationskällor. Utnyttjandet av de nationella kvalitetsregistren och framtagningen av nya sådana i samarbete mellan olika aktörer är nödvändigt för en systematisk utveckling av kvaliteten och patientsäkerheten. Också insamlingen av respons från patienterna och de närstående är viktig. För detta ändamål är det nödvändigt att utveckla en uppsättning patientnöjdhetsmätare i vilka integreras också patientens erfarenheter och bedömningar av vårdsäkerheten.

De nationella patientsäkerhetsåtgärderna bildar ett kontinuum: strategi, lag, förordning och handbok om verkställandet. Som nästa fas startar programmet Patientsäkerhet genom kunskap och färdighet i september 2011. Institutet för hälsa och välfärd, de finländska samarbetsparterna och vårdaktörerna har som mål att halvera de vårdrelaterade dödsfallen och negativa händelserna inom fem år. Som en första åtgärd ordnas på hösten verkstäder om uppgörandet av patientsäkerhetsplaner, där de som gjort upp planer och de som står i beråd att göra det möts.

Inom programmet erbjuds alla anställda inom den offentliga vården möjlighet att öka sitt patientsäkerhetskunnande med hjälp av en koncis webbkurs. Lärandenätverken förmedlar internationell, nationell, regional och lokal information samt erfarenheter och god praxis.

## Litteraturhänvisningar

1. Potilasturvallisuussanasto (patientsäkerhetstermer). Lääkehoidon turvallisuussanasto (Termer inom säkerhet vid läkemedelsbehandling). Stakes och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling ROHTO. 19.12.2007.
2. STM:n asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. (Promemoria om motivering till SHM:s förordning). SHM, 3.4.2011.
3. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:4.
4. Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122:2459–70.
5. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. Int J Qual Health Care 2009;21:285–91.
6. Järvelin J, Haavisto E, Kaila M. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkärilehti 2010;65:1123–27.
7. Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation, September 2009.
8. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 2009.
9. Kinnunen M. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto, 2010. (Acta Wasaensia 230)
10. <http://www.valvira.fi>
11. Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)  
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>
12. Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Terveys- ja hoitosuunnitelma; Lomakerakenteen kuvaus. THL:s rapporter 2011 (under publicering).
13. Patientskadelag (585/1986) <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860585>
14. Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:15. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1083030](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030)
15. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2011:2. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1551199](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1551199)
16. <http://www.terveysportti.com>
17. [http://www.fimea.fi/halsovardspersonal/lakemedelssakerhet/anmalan\\_av\\_lakemedelsbiverkningar](http://www.fimea.fi/halsovardspersonal/lakemedelssakerhet/anmalan_av_lakemedelsbiverkningar)
18. [http://www.ktl.fi/portal/svenska/publikationer/guider\\_och\\_handbocker/vaccinatorens\\_handbok/biverkningar\\_av\\_vaccinationer/anmalning\\_av\\_vaccinationsbiverkningar/](http://www.ktl.fi/portal/svenska/publikationer/guider_och_handbocker/vaccinatorens_handbok/biverkningar_av_vaccinationer/anmalning_av_vaccinationsbiverkningar/)
19. Lag om smittsamma sjukdomar (583/1986) och lag om ändring av lagen om smittsamma sjukdomar (935/2003).  
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860583>

20. Lag om ändring av lagen om smittsamma sjukdomar (935/2003).  
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1986/19860583>
21. [http://www.ktl.fi/portal/svenska/for\\_halsofarmjare/ktl\\_inom\\_halsovarden/sjukhusinfektionsprogrammet\\_\(siro\)/sjukhusinfektioner/](http://www.ktl.fi/portal/svenska/for_halsofarmjare/ktl_inom_halsovarden/sjukhusinfektionsprogrammet_(siro)/sjukhusinfektioner/)
22. Anttila, Hellstén, Rantala et al. (toim). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta, 6. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2010.
23. Rädningsslag (379/2011). <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110379>
24. Arbetskyddslag (738/2002). <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738>
25. Handbok i säkerhetsplanering för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdministeriets handböcker 2005:13. [http://www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/\\_julkaisu/1069719#sv](http://www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/_julkaisu/1069719#sv)
26. Knuutila J, Tamminen A. Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Läke-medelsverkets publikationsserie 2/2004. [http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut\\_laitteet\\_ ja \\_tarvikkeet\\_Riskinhallinta\\_julkaisu\\_verkko\\_1\\_.pdf](http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ ja _tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf)
27. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1482169](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1482169)
28. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20100629>
29. Strålskyddslag (592/1991). <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1991/19910592>
30. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009). <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2009/20090298>
31. Upprättande av jourhandlingar samt förvaring av dem och annat material som hänförs till vård. En guide för hälso- och sjukvårdspersonalen. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2001:3. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf)
32. Riskanalys och händelseanalys – handbok för patientsäkerhetsarbete. Andra reviderade upplagan. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>
33. Systemet för rapportering av riskhändelser inom hälso- och sjukvården (på finska). <http://www.haipro.fi>
34. Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. København: Nordisk Ministerråd, 2010. (TemaNord 2010:572) <http://www.norden.org/fi/julkaisut/julkaisut/2010-572>
35. Patient Safety Indicators Download. Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1040>
36. HILMO. Vårdanmälan för socialvården samt hälso- och sjukvården 2011: Definitioner och anvisningar. Helsingfors: THL, 2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e00f015-12c4-4ec1-b39d-31dd090fe420>

# Bilagor

- 1 Checklista för patientsäkerhetsplanen
- 2 Patientsäkerhetsverktyg
- 3 Patientsäkerhetsfrämjande aktörer

## BILAGA 1 : Checklista för patientsäkerhetsplanen

	JA/NEJ	Ansvarsperson/-er	Senaste uppdatering, datum
<b>Ledning och ansvarspersoner</b>			
- Ansvarspersonerna för och aktörerna inom patientsäkerheten har överenskommit.			
- Ansvarspersonernas arbets- och uppgiftsbeskrivning har antecknats.			
- Överenskommelse har träffats om patientsäkerheten i samband med eventuella köpta tjänster.			
- Allokeringen av resurser för främjandet av patientsäkerheten har införts i verksamhets- respektive ekonomiplanen.			
- Åtgärderna inom och effekterna av främjandet av patientsäkerheten har antecknats i verksamhetsberättelserna.			
<b>Personledning och öppen säkerhetskultur</b>			
- Principerna för och praxis inom personledningen som stöd för en högklassig och säker verksamhet har överenskommit.			
- Praxisen vid behandling av negativa händelser vid arbetsenheten har överenskommit.			
- Organisationen följer upp patientsäkerhetskulturen.			
<b>Personalens deltagande</b>			
- Tillvägagångssätten enligt vilka personalen deltar i den multidisciplinära utvecklingen av patientsäkerheten har överenskommit.			
- Tillvägagångssätten enligt vilka personalen får respons som stöd för lärandet och utveckling av den egna verksamheten har överenskommit.			
- Personalen deltar i uppgörandet och uppföljningen av patientsäkerhetsplanen.			

	JA/NEJ	Ansvarsperson/-er	Senaste uppdatering, datum
<b>Inskolning och utbildning av personalen</b>			
- Överenskommelse har träffats om den inskolning av personalen som en högklassig och säker verksamhet förutsätter.			
- Instrueringen och utbildningen av studerande vid verksamhetsenheten inkluderar patientsäkerhetsfrågor.			
- Arbetsplatsutbildningarna och fortbildningarna för personalen innefattar regelbunden utbildning i patientsäkerhet.			
<b>Patienternas och de närståendes deltagande</b>			
- För patienten uppgörs tillsammans med denna en vårdplan.			
- Överenskommelse har träffats om de tillvägagångssätt genom vilka patienterna och deras närstående kan ge respons på brister i patientsäkerheten.			
- Överenskommelse har träffats om de tillvägagångssätt genom vilka patienterna och deras närstående informeras om en negativ händelse som har drabbat en patient.			
- Överenskommelse har träffats om de sätt genom vilka patienterna och deras närstående informeras om patientsäkerhetsplanen.			
<b>Kvalitetsledningsdokument</b>			
- I planen har överenskommit om bl.a. följande kvalitetsledningsdokument, som medföljer som bilagor:			
- Plan för läkemedelsbehandling			
- Säkerhetsplan			
- Planer för infektionsbekämpning			
- osv.			
-			

	JA/NEJ	Ansvarsperson/-er	Senaste uppdatering, datum
<b>Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte</b>			
- Överenskommelse har träffats om föregripandet av säkerhetsproblem, identifieringen och hanteringen av säkerhetsrisker och dokumentering.			
- Planen innefattar organisationens tillvägagångssätt för övergripande framförhållning, identifiering, förebyggande och hantering av säkerhets- och kvalitetsproblem.			
- Informationsutbytet stöds och dess funktionsduglighet tryggas genom god dokumentering, särskilt i samband med patientöverföringar.			
<b>Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder</b>			
- I planen har överenskommit om sätten att identifiera och rapportera om riskhändelser och negativa händelser.			
- Rapporteringen av och anmälan om negativa händelser till vårdanmälningssystemet (Hilmo) har skötts.			
- Rapporteringen i enlighet med övriga författningar har skötts.			
- Överenskommelse har träffats om de tillvägagångssätt genom vilka verksamhetsenheten lär sig av riskhändelser och korrigerande åtgärder vidtas.			
<b>Regionalt samarbete</b>			
- Patientsäkerhetssamarbetet med övriga vård- och omsorgsenheter i regionen har överenskommit i enlighet med planen för organisation av hälso- och sjukvården.			
- Organisationen har ur sitt eget perspektiv beskrivit det regionala samarbetet som en del av planen (gemensam praxis, regionala vårdplaner, utbildning, statistikföring osv.).			



## BILAGA ② : Patientsäkerhetsverktyg

Patientsäkerhetsverktyg presenteras på Institutet för hälsa och välfärds webbplats <http://www.thl.fi/potilasturvallisuus>, som uppdateras fortlöpande. På webbplatsen har verktygen delats in i tre huvudgrupper:

1. Avslöjande av säkerhetsrisker
2. Identifiering och registrering av negativa händelser
3. Förebyggande av negativa händelser

Dessutom finns verktyg och anvisningar för att främja patientsäkerheten tillsammans med patienten.

I följande förteckning ges exempel på några av de mest kända verktygen. Dessa är obligatoriska, i övrigt i relativt allmänt bruk eller testas i Finland. En fullständig förteckning och närmare information om verktygen finns på ovan nämnda webbplats.

### Hilmo – Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister

HILMO – Vårdanmälan för socialvården samt hälso- och sjukvården 2011: Definitioner och anvisningar

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e00f015-12c4-4ec1-b39d-31dd090fe420>

Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T6-2007-VERKKO.pdf>

För alla öppna Netti-Hilmo med kommunvisa uppgifter om institutionsvård inom hälso- och sjukvården:

<http://www.stakes.fi/SV/tilastot/vardanmalningsdatabaser/index.htm>

.....

## HaiPro – systemet för rapportering av riskhändelser inom hälso- och sjukvården (på finska)

HaiPro utgör ett förfarande för rapportering av händelser som äventyrar patientsäkerheten och ett datatekniskt verktyg:

<http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

.....

## Checklista för operationsteam

Checklistan för operationsteam är avsedd för kliniker för att förbättra operationssäkerheten och minska onödiga operationsdödsfall och komplikationer:

Checklista för operationsteam (pdf 71kB)

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2e9b3551-9389-419c-ac76-860507187ddf>

Handbok om implementering av checklistan för operationsteam (pdf 32kB)

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51df>

.....

## Sjukhusinfektionsprogrammet (Siro)

Programmet utvecklar uppföljningen av sjukhusinfektioner och samlar in information om förekomsten av sjukhusinfektioner på finländska sjukhus:

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/tutkimus/sairaalainfektioiden\\_seuranta\\_\\_siro/raportteja\\_siro-seurannasta/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/tutkimus/sairaalainfektioiden_seuranta__siro/raportteja_siro-seurannasta/)

.....

## Verktyg för bekämpning av vårdrelaterade infektioner

Kommunförbundets publikation (på finska) om bekämpning av vårdrelaterade infektioner (2010):

[http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=1608](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=1608)

.....

## Föreningen för sjukhushygien i Finland

DVD om god hygienrelaterad praxis inom hälso- och sjukvården, också flerspråkig

[www.sshy.fi](http://www.sshy.fi)

.....

## Turvallinen hoitoyksikkö

– malli riskien hallintaan terveydenhuollon hoitoyksikössä

Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskien hallintaan. Lääkelaitoksen julkaisu 2/2004:

[http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut\\_laitteet\\_ja\\_tarvikkeet\\_Riskinhallinta\\_julkaisu\\_verkko\\_1\\_.pdf](http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf)

.....

## VTT:n DISC-modell

Med hjälp av den av VTT framtagna tolkningsmodellen DISC (Design for Integrated Safety Culture), som är under vidareutveckling, kan säkerhetsinformationen i en organisation sammanföras. I modellen fastställs sex kriterier varmed verksamhetskulturen bedöms:

[https://www.uef.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=70b373ff-6112-4108-91ea-18bcefe8dd75&groupId=122710&p\\_l\\_id=1412857](https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=70b373ff-6112-4108-91ea-18bcefe8dd75&groupId=122710&p_l_id=1412857)

<http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>

.....

## Trigger-verktyg – Global Trigger Tool

Trigger är en metod inom ramen för vilken man med hjälp av överenskomna kriterier bland patientjournalerna först gallrar ut dem som eventuellt innehåller ett inträffat fel eller en vårdrelaterad skada. Därefter analyserar experter dessa patientjournaler noggrannare. Metoden har testats i rätt omfattande utsträckning i Sverige och Danmark, men mer begränsat i Finland:

<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/IHIGlobalTrigger-Tool-WhitePaper.htm>

[https://www.uef.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cdb837de-706a-410c-9d6b-a27f1d3b2037&groupId=122710&p\\_l\\_id=1412857](https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=cdb837de-706a-410c-9d6b-a27f1d3b2037&groupId=122710&p_l_id=1412857)

.....

## Bedömning och utveckling av patientsäkerhetskulturen

Amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) har tagit fram metoder för mätning av patientsäkerhetskulturen, som har fungerat som utgångspunkt också för olika nationella översättningar och tillämpningar: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>

Pietikäinen E, Reiman T, Oedewald P. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Espoo: VTT, 2008 (VTT tiedotteita 2456):

<http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>

.....

## Potilaan käsikirja – opas turvalliseen hoitoon sairaalassa

Handbokens syfte är att stöda säker sjukhusvård av vuxna patienter. Patienten kan använda handboken som anteckningsbok med hjälp av vilken han eller hon kan följa med hur vården framskrider:

Potilaan käsikirja (pdf 178 kt)

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ade18e6-4675-4a6d-b63a-6dbfb6e9d09c>

.....

## Rumstavla över patientsäkerhet för patienten och närstående

Rumstavlan tar upp vad patienten eller patientens närstående bör beakta för att för sin egen del främja patientsäkerheten. Rumstavlan kan fästas på enheternas anslagstavlor och i väntrummen till patienternas och deras närståendes beskådande:

**Potilasturvallisuuden huoneentaulu (pdf 425 kt)**

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b24dff2-88b7-490f-af81-88c85031af92>  
.....

## Minneslistor för patientsäkerheten

I listorna har förtecknats sådant som det är viktigt att patienten och dennas närstående beaktar i olika vårdrelaterade situationer:

**Potilasturvallisuuden muistilistat (pdf 508 kt)**

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8d6dd580-c090-4fdc-857a-347097d9177c>  
.....

## BILAGA ③ : Patientsäkerhetsfrämjande aktörer

Denna förteckning innehåller de viktigaste patientsäkerhetsfrämjande aktörerna i Finland. En mer omfattande förteckning med mer detaljerad information om aktörernas verksamhet, såsom aktörernas webbadresser, och internationella aktörer, finns på webbplatsen <http://www.thl.fi/potilasturvallisuus>.

### Regionförvaltningsverken

Regionförvaltningsverken styr och utövar tillsyn över den kommunala och privata vården och omsorgen. De beviljar tillstånd för producenter av privata vård- och omsorgstjänster. Regionförvaltningsverken övervakar att de offentliga och privata tjänsterna håller lagstadgad nivå och främjar dessutom fullföljandet av de grundläggande rättigheterna och rättsskyddet bland annat genom att behandla klagomål.

.....

### Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea

Fimea utövar tillsyn över läkemedel, blod- och vävnadspreparat samt utvecklar läkemedelsområdet. Till myndighetens åligganden hör tillstånds- och tillsynsuppgifter inom läkemedelsområdet, forsknings- och utvecklingsuppgifter samt produktion och förmedling av läkemedelsinformation för att förbättra läkemedelsförsörjningens och läkemedelsbehandlingarnas effekt.

.....

### Patientförsäkringscentralen

Patientförsäkringscentralen sköter centraliserat ersättningen av patientskador som inträffar i Finland.

.....

### Sjukvårdsdistrikten och sjukhusen inom dessa

Sjukvårdsdistriktens uppgift är att ordna specialistvården inom sitt område och att svara för bl.a. utvecklingen och kvalitetsledningen av specialisttjänster.

.....

### Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården - Valvira

Valviras uppgift är att se till bl.a. ändamålsenligheten hos vård- och omsorgsverksamheten och att sköta tillståndsförvaltningen och styrningen i samband med denna.

.....

## Social- och hälsovårdsministeriet (SHM)

Social- och hälsovårdsministeriet svarar för planeringen, styrningen och verkställandet av vård- och omsorgspolitiken. Som en del av statsrådet bereder ministeriet bl.a. lagstiftning och centrala reformer.

.....

## Finlands apotekareförbund

Apotekareförbundet utvecklar en etiskt och yrkesmässigt högklassig apoteksverksamhet som en del av hälso- och sjukvården och producerar för sina medlemmar tjänster som stöder idkandet av apoteksrörelse.

.....

## Finlands Farmaciförbund

Farmaciförbundet ser till att medlemmarnas löner, anställningsvillkor, utbildning, yrkeskunskap och anseende utvecklas stabilt. På så sätt tryggar förbundet patienterna och kunderna en sakkunnig och säker läkemedelsbehandling.

.....

## Finlands Kommunförbund

Kommunförbundet bildas av de finländska kommunerna och städerna, som svarar för sina invånares välbefinnande och områdets utveckling. Kommunförbundet deltar i verkställandet och stödandet av den finländska patientsäkerhetsstrategin i samarbete med olika aktörer.

.....

## Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer

SuPer är Finlands största fackförbund för dem som inom vård och omsorg har avlagt examen på andra stadiet och för dem som studerar i branschen. Förbundet fungerar som intressebevakare för sina medlemmar, utvecklare av yrket och utbildningen samt samhällelig påverkare.

.....

## Finlands Läkarförbund

Finlands Läkarförbund är en fackorganisation med nästan alla finländska läkare som medlemmar. Läkarförbundet bevakar sina medlemmars intressen. Förbundet utvecklar på många sätt också kvaliteten på hälso- och sjukvården, läkarutbildningen och läkarnas arbete. Förbundet bedriver ett aktivt internationellt samarbete inom bevakandet av läkarnas och patienternas intressen och i etiska frågor.

.....

## Patientombudsmännen i Finland rf

Konsumentföreningen Patientombudsmännen i Finland rf har grundats av patientombudsmännen och har som mål att främja kännedomen om patien-

tens rättigheter och att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården.  
 .....

### **Finlands Patientförbund rf**

Finlands Patientförbund rf har grundats av patienterna och bevakar patienternas intressen och rättigheter på riksnivå.  
 .....

### **Patientsäkerhetsföreningen i Finland rf**

Patientsäkerhetsföreningen i Finland har som mål att främja patientsäkerheten och patientsäkerhetsforskningen genom att dels anordna seminarier, utbildningar och kongresser, dels idka publikations- och informationsverksamhet och dels bedriva nära samarbete med andra organisationer inom sektorn.  
 .....

### **Föreningen för sjukhushygien i Finland rf**

Föreningen har som mål att förbättra patientsäkerheten och arbetarskyddet för personalen såväl genom att främja sjukhus- och institutionshygien som genom att fästa särskild uppmärksamhet på bekämpningen av sjukhus- och institutionsinfektioner.  
 .....

### **Finlands sjuksköterskeförbund rf**

Sjuksköterskeförbundet främjar sjuksköternas ställning som vårdvetenskapsexperter och förbättrar därigenom patienternas livskvalitet och hela samhällets välmåga. Genom sin egen verksamhet arbetar förbundet för att främja patientsäkerheten och en icke skuldbeläggande patientsäkerhetskultur, väcka debatt och ge sjuksköterna information om patientsäkerheten.  
 .....

### **Tehy**

Med sina 150 000 medlemmar är Tehy Finlands största fackorganisation inom vård och omsorg. Patientsäkerhetsarbetet hör och kommer också framöver att hör till organisationens viktigaste utvecklingsområden. Finlands sjuksköterskeförbund är en av Tehys samarbetsmedlemsorganisationer. Dessutom hör följande hälso- och sjukvårdsutbildade yrkesgrupper till Tehy: Finlands Bioanalytikerförbund, Förbundet för Akutvård i Finland, Finlands Fysioterapeuter, Finlands Barnmorskeförbund, Förbundet för Barnavård i Finland, Finlands Mentalvårdsförbund, Finlands Röntgenskötarförbund och Finlands Munhälsovårdens Fackförbund. Finlands Närvårdare verkar i samband med Tehy. Tehy har fört fram patientsäkerheten som ett viktigt tema för utbildningen av medlemmarna och deltar i programmet Patientsäkerhet genom kunskap och färdighet.

