

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 19/2008

Att mäta säkerhet i vården - patientsäkerhet i SLL

- Landstinget har inte tydliggjort vilken aktör som har ansvaret som vårdgivare, enligt Socialstyrelsens föreskrift.
- Det saknas uppföljningsbara mål på övergripande nivå för patientsäkerhetsarbetet i SLL och därmed saknas också information om hur säkerheten i vården utvecklas.
- Landstingsstyrelsens och HSNs roll och ansvar i patientsäkerhetsarbetet har inte tydliggjorts.
- Nämnder och styrelser följer upp patientsäkerheten på ett varierande sätt.
- I verksamheten finns en stor mängd information som kan relateras till bristande patientsäkerhet och som skulle kunna användas bättre i förebyggande syfte. Avvikelsehanteringssystemet "Händelsevis" kan bli ett viktigt verktyg för detta.
- Landstingstyrelsen bör ta initiativ till att utarbeta ett ledningssystem som klarlägger roll och ansvar för de aktörer som medverkar i patientsäkerhetsarbetet. I ett ledningssystem bör även vårdgivaransvaret enligt Socialstyrelsens föreskrift klarläggas. Dessutom bör det framgå vilka grundläggande krav som ställs på patientsäkerheten i de vårdtjänster som externa vårdgivare levererar till landstinget.

Revisorsgrupp I
2008 års revisorer

2009-01-23

Diarienummer:
RK 200808-96


Landstingsstyrelsen

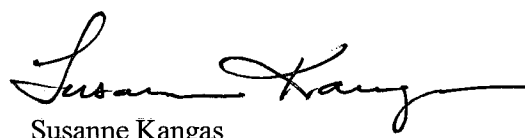
Rapport 19/2008 **Att mäta säkerhet i vården – patientsäkerhet i SLL**

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2009-01-23 att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2009-05-04.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.


Kenneth Strömberg
ordförande


Susanne Kangas
sekreterare

Revisorsgrupp II
2008 års revisorer

2009-01-23

Diarienummer:
RK 200808-96

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelserna för
Danderyds sjukhus AB
Södersjukhuset AB
Karolinska Universitetssjukhuset
Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje
Stockholms läns sjukvårdsområde

Patientnämnden

Rapport 19/2008

Att mäta säkerheten i vården – patientsäkerhet i SLL

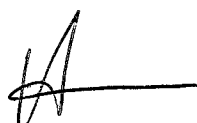
Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2009-01-23 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2009-05-04, och till Patientnämnden, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Karolinska Universitetssjukhuset, Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje och Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2009-05-04.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö
ordförande



Anette Carlstedt
sekreterare

Sammanfattning

Inledning

Patientsäkerhetsarbetet i landstingets hälso- och sjukvård har granskats ett flertal gånger, senast skedde detta år 2005. Då underströks bl.a. betydelsen av avvikelserapportering och styrelser/nämnders roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet. Denna granskning har genomförts i syfte att besvara frågan *om ansvariga nämnder/styrelser har en tillräcklig uppföljning av patientsäkerhet i vården*. Granskningen har även delvis varit inriktad på att följa upp tidigare genomförda granskningar inom området patientsäkerhet.

Iakttagelser och bedömning

Landsting och regioner har valt olika lösningar för att fördela ansvar och roller mellan de aktörer som medverkar i patientsäkerhetsarbetet. I den lösning som Stockholms läns landsting (SLL) valt finns ett antal oklarheter som belyses av revisionskontoret i denna granskningsrapport. Landstingsstyrelsens (LS) och Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) ansvar och roll för medverkan i patientsäkerhetsarbetet är, enligt revisionskontorets mening, inte helt tydliggjord. Granskningen visar att uppföljningen av patientsäkerhet inte är helt tillräcklig på landstingets övergripande nivåer, dvs. LS och HSN. Uppföljningen av patientsäkerhet i nämnder och styrelser har en varierande karaktär.

Enligt revisionskontorets uttolkning av intentionerna i Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet bör det finnas en aktör som har ansvar som vårdgivare och enligt vad som framkommit i granskningen har HSN detta ansvar. I HSNs nuvarande styrmodell är landstingets egna vårdenheter benämnda vårdgivare. Detta skapar otydligheter vid bedömningen av hur HSN fullgör sitt vårdgivaransvar.

LS, HSN samt styrelser och nämnder har inte heller utarbetat tillräckligt tydliga mål för patientsäkerhetsarbetet och utan dessa finns svag grund för att mäta i vilken riktning säkerheten utvecklas.

Av granskningen framgår att det i hälso- och sjukvårdsverksamheten finns en riklig mängd information som underlag för uppföljning av patientsäkerheten men att den i högre utsträckning bör analyseras som grund för det förebyggande arbetet. Avvikelsehanteringssystemet "Händelsevis", som inom det närmaste året är infört i landstingets samtliga egna vårdenheter, kan bli ett viktigt verktyg för sådana analyser. Landstingets hälso- och sjukvård utförs i allt högre grad genom leverans av vårdtjänster från externa vårdleverantörer. Det är viktigt att landstinget tar tillvara erfarenheterna från deras avvikelsehantering så att dessa kan användas i utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet. Därför bör det, enligt revisionskontorets mening, tydliggöras i vårdavtalen med externa vårdleverantörer vilka krav som

landstinget ställer på patientsäkerheten och hur återrapporteringen till landstinget från deras avvikelshanteringssystem ska ske.

En sammanfattande iakttagelse från granskningen vid sjukhusen är att många processer och rutiner styrs och kontrolleras med dokumenterade regler och rutiner som finns lätt tillgängliga i intranät och pärmar. Trots detta inträffar då och då incidenter som ibland vållar vårdskador med svåra konsekvenser för den enskilde. Avvikelsehantering anses generellt som viktig men det finns en ”mörkertalsproblematik” i rapporteringen. Ett sätt att balansera den osäkerhet som finns i avvikelserapporteringen är att ta tillvara personalens kunskaper om olika risksituationer genom att genomföra systematiska riskinventeringar och riskanalyser som baseras på olika informationskällor.

Rekommendation

För att mäta hur säkerheten i vården utvecklas krävs att alla medverkande aktörer samspelar utifrån tydliga roller och ansvar. Revisionskontoret rekommenderar därför att landstingsstyrelsen tar initiativ till att utarbeta ett ledningssystem för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. I ett sådant system bör landstingsstyrelsen klarlägga olika aktörers roll och ansvar vad gäller patientsäkerhet. Detta gäller

- Landstingsstyrelsen, roll och ansvar
- HSN, roll och ansvar
- Nämnd/Styrelse, roll och ansvar
- VD/Förvaltningschef, roll och ansvar
- Verksamhetschef, roll och ansvar

I ett ledningssystem för patientsäkerhet är det också viktigt att tydliggöra vilken aktör som har ansvaret som vårdgivare enligt Socialstyrelsens föreskrift. Dessutom bör det i ett ledningssystem framgå vilka grundläggande krav som landstinget ställer på externa vårdleverantörers patientsäkerhet så att dessa kan tillämpas vid överenskommelser om vårdavtal och även tillämpas som grund för uppföljning av dessa.

Granskning av patientsäkerhet år 2009

Revisionskontoret överväger att granska LS, HSN samt styrelsers och nämnders mål, uppföljningsrutiner och rapportering för patientsäkerhetsarbetet i samband med granskningen av årsbokslutet för 2009.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Revisionsfråga och bedömningsgrunder	1
1.3 Metod	2
2. NATIONELLA KRAV PÅ KVALITET OCH SÄKERHET I VÅRDEN.....	3
2.1 Hälsa- och sjukvårdslagen	3
2.2 Föreskrifter anger krav på vårdgivaren att ha ett ledningssystem	3
2.3 Viktiga begrepp.....	4
3. PATIENTSÄKERHETSARBETET I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING.....	5
3.1 Landstingsstyrelsens roll för patientsäkerhet	5
3.2 Hälsa- och sjukvårdsnämndens roll för patientsäkerhet	6
3.2.1 Vårdavtalet kopplar landstingets övergripande nivå till hälsa- och sjukvårdsproduktionen	6
3.3 Iakttagelser	8
3.4 Rekommendation	9
3.5 Patientsäkerhetsarbetets roll- och ansvarsfördelning i andra regioner	9
3.6 Avvikelsehanteringssystemet "Händelsevis"	10
3.6.1 Hur är Händelsevis uppbyggd?.....	10
3.6.2 Iakttagelser	11
4. GRANSKNING GENOM FALLSTUDIER	12
4.1 Sjukhusen	12
4.1.1 Södertälje sjukhus	12
4.1.2 Danderyds sjukhus	13

4.3 Riskområden på sjukhusen	14
4.3.1 Riskområden på kvinnokliniker	14
4.3.2 Riskområden på akutkliniker	14
4.3.3 Riskområden på röntgenkliniker	15
4.4 Iakttagelser	15
4.4.1 Mål och uppföljning	15
4.4.2 Medarbetarnas riskbedömningar	15
4.4.3 Stickprov i avvikelshanteringssystemen.....	16

1. Inledning

I revisionsplanen för 2008 är brukarperspektivet en viktig utgångspunkt. Detta innebär bl.a. att revisionsplaneringen har ett fokus på kvalitet och säkerhet i vården. Revisionsplanen omfattar därför bl.a. ett granskningsprojekt kring patientsäkerhetsfrågor i landstingets hälso- och sjukvård.

1.1 Bakgrund

Landstingsrevisorerna har under senare år genomfört flera granskningar kring frågan om patientsäkerhet i landstingets hälso- och sjukvård.

År 2002 genomfördes en granskning som avrapporterades i rapporten ”Säker vård – att lära av misstag” (Rapport 09/02). Av granskningen framgår bl.a. att nämnder och styrelser saknade tillräckligt väl utvecklade uppföljningsrutiner för kvalitet och säkerhet i vården.

Tre år senare - år 2005 - genomförde landstingsrevisorerna en granskning som avrapporterades i rapporten ”Patientsäkerhet - uppföljning av misstag och avvikelser” (rapport 7/2005). I granskningen föreslogs en rad åtgärder för att förbättra patientsäkerhet i landstinget. Några av dessa var:

- Styrelserna bör återkommande efterfråga hur patientsäkerhetsarbetet och utfallet av detta arbete har utvecklats.
- Att ett gemensamt avvikelshanteringssystem har en stor betydelse för att utveckla en säkerhetskultur.
- Att en central funktion för uppföljning av avvikelser, händelseanalys, utvärdering, utbildningssatsningar m.m borde övervägas.

1.2 Revisionsfråga och bedömningsgrunder

Revisionskontoret beslöt i augusti 2008 att genomföra en granskning som delvis var inriktad på att följa upp tidigare genomförda granskningar. Den granskning som nu har genomförts har som syfte att besvara frågan *om ansvariga nämnder och styrelser har en tillräcklig uppföljning av patientsäkerhet i vården.*

Granskningen har omfattat Landstingsstyrelsen (LS), Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Danderyds Sjukhus AB (DSAB) samt Sjukvården i Salem; Nykvarn och Södertälje (Södertälje Sjukhus).

De bedömningsgrunder som tillämpas i granskningen utgår från de intentioner som lag och föreskrift anger om säkerhet i vården. En ytterligare utgångspunkt

för bedömningar är landstingsfullmäktiges beslut om patientsäkerhet inom vården.

1.3 Metod

Under våren 2008 genomförde revisionskontoret en förstudie kring förutsättningarna att genomföra ett granskningsprojekt med fokus på patientsäkerhet i vården. Förstudien omfattade tidigare genomförda granskningar kring patientsäkerhetsfrågor sam utredningar och annan dokumentation inom området. Dessutom genomfördes intervjuer med företrädare för landstingets ledande organ. Till detta kommer intervjuer med externa aktörer bl. a Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet för Stockholms län och expertis vid skolan för Teknik och hälsa vid Kungliga Tekniska Högskolan.

Under höstens granskning har fler analyser av dokument och statistik genomförts. Granskningens underlag har varit:

- Genomgång av nationella krav som styr patientsäkerhetsarbetet i vården
- Kartläggning av landstingets egna beslut och åtgärder under de senaste åren för att utveckla och följa upp patientsäkerhetsarbetet
- Roll- och ansvarsbeskrivning för olika aktörer inom landstinget.
- Granskning av ett avtal om akutsjukvård
- Granskning genom fallstudier kring patientsäkerhetsarbetet vid Danderyds- och Södertälje sjukhus. För att få en bild av främst riskbedömningar och avvikelshantering inom olika delar av hälso- och sjukvården har vi intervjuat verksamhetschefer och medarbetare inom tre verksamhetsområden: akutkliniker, kvinnokliniker samt röntgenkliniker
- Stickprov genom att analysera ett urval registrerade avvikelser

På Röntgenkliniken, Danderyds Sjukhus, gjordes ett uttag på registrerade avvikelser under tiden januari 2008 – oktober 2008 och på Röntgenkliniken, Södertälje Sjukhus, gjordes ett uttag på registrerade avvikelser under tiden februari 2008 – oktober 2008¹. Urvalet från Danderyds sjukhus innehöll 97 registreringar gjorda i ett eget utvecklat avvikelshanteringssystem som tillämpats sedan 1995. Introduktionen av Händelsevis inleddes på Södertälje Sjukhus i början av 2007. Urvalet av avvikelser från Södertälje sjukhus gjordes i Händelsevis och innehöll 23 registreringar.

¹ Verksamhetschefen vid Röntgenkliniken började sin tjänst februari -08 och saknar åtkomst för registreringar gjorda innan dess.

2. Nationella krav på kvalitet och säkerhet i vården

Patientsäkerhetsarbetet styrs starkt av nationella krav i lag och föreskrift som dels riktar sig direkt till de professionella i vården och dels till vårdgivare. I detta kapitel redovisas vissa av de lagar och föreskrifter som styr patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården².

2.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) anger i § 2 förväntningar på vad god vård ska innehålla.

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”

I lagen finns även direktiv till ledande funktioner inom hälso- och sjukvården om hur säkerheten ska utvecklas, säkras och organiseras. Dessa direktiv finns i § 28 och § 31:

”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”

”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”

De ovanstående paragraferna utgör grunden för det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården.

2.2 Föreskrifter anger krav på vårdgivaren att ha ett ledningssystem

I föreskriften ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” SOSFS 2005:12 anges mer detaljerade krav på kvalitet och säkerhet i vården.

För att leda en komplex verksamhet som hälso- och sjukvård behövs klara regler, rutiner och ansvarsfördelning på alla nivåer. Föreskriften kräver att

² En mer utförlig redovisning av styrande lagar och föreskrifter finns redovisad bl.a. på Socialstyrelsens webbplats:

www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/

vårdgivarna inrättar ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet och säkerhet. Vårdgivaren ska enligt föreskriften:

- Fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.
- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som stärker kvalitet och säkerhet
- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

I föreskriften finns också krav på vårdgivarens egenkontroll i form av rutiner för regelbunden uppföljning av mål för kvalitets- och säkerhetsarbetet samt hur vunna erfarenheter ska återföras till andra berörda.

Verksamhetschefen har, enligt föreskriften, inom ramen för vårdgivarens ledningssystem motsvarande ansvar att formulera mål för verksamhetens kvalitet och säkerhet samt att följa upp och analysera utfallet.

2.3 Viktiga begrepp

I föreskriften om ledningssystem anges också en övergripande terminologi och en patientsäkerhetsterminologi där en rad centrala begrepp definieras.

Vårdgivaren är den fysiska eller juridiska person (landsting; kommun, aktiebolag, handelsbolag, ekonomisk eller ideell förening, stiftelse eller enskild firma) som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Stockholms läns landsting är således, enligt föreskriften, att betrakta som en vårdgivare. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 10 kan landsting eller kommun ange nämnd eller nämnder som vårdgivarens representant (jfr.kap.3.2).

De centrala begreppen *avvikelse*, *risk*, *tillbud*, *negativ händelse* och *vårdskada* används i Socialstyrelsens föreskrifter. En *avvikelse* är en negativ händelse eller ett tillbud, en *risk* är en möjlighet att en negativ händelse ska inträffa, ett *tillbud* är en händelse som hade kunnat medföra en vårdskada medan en *negativ händelse* är en händelse som medfört vårdskada. En *vårdskada* är lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.

3. Patientsäkerhetsarbetet i Stockholms läns landsting

3.1 Landstingsstyrelsens roll för patientsäkerhet

Stockholms läns landsting har numera en samlad central ledningsfunktion för patientsäkerhet enligt beslut i maj år 2006³. Ledningsfunktionens uppgift är, enligt beslutet, att ansvara för genomförandet av handlingsprogram för säker vård som antogs av landstingsstyrelsen i juni år 2006⁴. Den samlade centrala ledningsfunktionens roll är främst att samordna, stödja och utveckla arbetet med patientsäkerhetsfrågor som pågår hos de olika vårdgivarna⁵. Vidare ska funktionen medverka till utbildningar samt skapa mötesplatser för lärande och erfarenhetsutbyte i patientsäkerhetsfrågor. Vid inrättandet av den samlade centrala ledningsfunktionen var LS ansvarig nämnd för hälso- och sjukvård. Inrättandet föranledde därför inga ändringar av LS reglemente.

Den samlade centrala ledningsfunktionen utgörs dels av en patientsäkerhetskommitté, dels av en patientsäkerhetsfunktion samt av ett samverkansorgan med patient- och handikapporganisationer.

Patientsäkerhetskommittén och dess ordförande utses av landstingsdirektören och består av femton ledamöter. I kommittén ingår bl.a sju chefläkare från sjukhusen och Stockholms läns sjukvårdsområde; SLSO samt två omvårdnadssakkunniga. Dessutom finns i kommittén en företrädare för Patientnämnden. Landstingsfullmäktige beslöt i budgeten för år 2008 att permanenta patientsäkerhetskommittén. Patientsäkerhetskommitténs ordförande är *systemägare* för det landstingsgemensamma avvikelshanteringssystemet Händelsevis. Patientsäkerhetskommittén rapporterar kvartalsvis sitt arbete till LS, FoUU-utskott. I sin första årsrapport för år 2007 redovisar patientsäkerhetskommittén sin verksamhet⁶. Under det första året har kommittén fokuserat fyra områden; läkemedel, vårdrelaterade infektioner, utbildning samt införandet av avvikelshanteringssystemet ”Händelsevis”. Kommittén har också genomfört fyra möten med

³ Tjänsteutlåtande ”Samlad ledningsfunktion för patientsäkerhetsarbete”, LS 0603-0576

⁴ Handlingsprogram för säker hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting, LS 0501-0074

⁵ Jfr. vad som sägs om begreppet vårdgivare i kap.3.3

⁶ Patientsäkerhetskommittén Rapport nr 4:2007, LS 0603-0575

patientorganisationer. för att diskutera deras erfarenheter av patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsfunktionen ska vara stödjande och genomföra uppdrag från patientsäkerhetskommittén. Inom funktionen ingår också förvaltningen av det landstingsgemensamma avvikelshanteringssystemet Händelsevis. Från september 2008 ingår patientsäkerhetsfunktionen i den nya enheten Produktionssamordning inom Landstingsstyrelsens förvaltning.

Samverkansorganet med patient- och intresseorganisationer har, enligt patientsäkerhetskommitténs första årsrapport, genomfört flera möten. Vid mötena har diskussioner förts kring hur patient- och intresseorganisationer kan involveras i patientsäkerhetsarbetet på ett konstruktivt sätt.

Åtterrapporeringen av patientsäkerhetsarbetet till landstingsfullmäktige är begränsad. I Stockholms läns landstings årsredovisning för 2007 finns ingen samlad uppföljning och analys kring landstingets patientsäkerhetsarbete.

3.2 Hälsa- och sjukvårdsnämndens roll för patientsäkerhet

År 2006 var LS, enligt landstingets dåvarande arbetsordning och reglemente, angiven som ansvarig nämnd, enligt §10 HSL, för ledningen av landstingets hälso- och sjukvård. I november år 2006 fattade landstingsfullmäktige ett beslut om ny politisk organisation⁷ som bl.a. innebar att HSN inrättades. Landstingsfullmäktige beslutade också om en ny arbetsordning för landstingsfullmäktige och reglemente för nämnder som angav att HSN från och med januari 2007 är ansvarig nämnd, enligt § 10 HSL, för ledning av landstingets hälso- och sjukvård⁸.

HSN är ansvarig vårdgivare i den bemärkelse som anges i föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i vården (jfr.kap.2.3).

3.2.1 Vårdavtalet kopplar landstingets övergripande nivå till hälso- och sjukvårdsproduktionen

Vårdavtalet är ett viktigt verktyg för HSN att styra patientsäkerheten i hälso- och sjukvården. För att visa hur den övergripande ledningen styr patientsäkerhet inom hälso- och sjukvårdsproduktionen har ett avtal om

⁷ "Ny politisk organisation för Stockholms läns landsting" , LS 0611-1842

⁸ "Arbetsordning för landstingsfullmäktige samt reglemente för landstingsstyrelsen och nämnder", LS 0611-1837

akutsjukvård⁹ år 2008 granskats. Enligt avtalet är Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, samt TioHundranämnden *beställare*. Danderyds Sjukhus AB, DSAB, är enligt avtalet *vårdgivare* (jfr. kap.2.3 ”Viktiga begrepp”).

I avtalet finns en beskrivning av sjukhusets verksamhetsuppdrag och utgångspunkten är det övergripande målet för landstingets hälso- och sjukvårdsverksamhet: ”..att befolkningens hälsa är god och att patienterna erbjuds en kvalitativt god och lätt tillgänglig sjukvård i rimlig tid och på lika villkor.”. Det sägs i inledningen att vårdgivaren ska tillhandahålla en god och säker vård på lika villkor oavsett patientens ålder eller kön.

Beställaravtalet anger kvalitetskrav på tjänsterna. Vårdgivaren och beställaren har enligt avtalet ett gemensamt ansvar för att befolkningen erbjuds en god och säker hälso- och sjukvård på lika villkor. Det anges i avtalet att vårdgivaren ska samverka med beställaren i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet och effektivitet. Det framgår dessutom av avtalet att vårdgivaren ska ha ett system för planering, uppföljning och utveckling med fokus på kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.

Av avtalet framgår att vårdgivarens kvalitetsarbete ska vara inriktat på att stärka och utveckla det som är den innersta kärnan i en god hälso- och sjukvård. Kvalitetsområdet *säker vård* är ett av sex kvalitetsområden som utgör ram för ett antal specifika kvalitetsindikatorer. De specifika kvalitetsindikatorerna ska redovisas till beställaren senast då årsbokslutet för 2008 inlämnas.

Angivna kvalitetsmål och kvalitetskrav utgör också, enligt avtalet, utgångspunkt för redovisning av vårdgivarens årliga *kvalitetsbokslut* (jfr kap.4) som ska redovisas i samband med att verksamhetsberättelsen inlämnas till landstingsstyrelsen.

Det finns i avtalet en definition av kvalitetsområdet **säker** hälso- och sjukvård. ”*Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete*”. Det finns några allmänna krav på säker vård bl.a. att det ska finnas system för avvikelshantering och rutiner för att identifiera och förebygga patientrisker. Antalet patientskadeärenden från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag och antalet Lex Mariaärenden ska redovisas i

⁹ Avtal Akutsjukvård, Hälso- och sjukvårdsnämnden HSN 0712-2001, ADA 7037

kvalitetsbokslutet samt de förebyggande åtgärder som vidtagits för att säkerställa att dessa typer av patientskador inte återupprepas. I avtalet finns, för kvalitetsområdet säker vård, tio specifika kvalitetsindikatorer: Några exempel på dessa är:

- Antalet avvikelser i samband med läkemedelshantering
- Knäledsplastik; andel revisioner (nya operationer) inom ett år på grund av infektion.
- MRSA (vårdrelaterade infektioner). Mätning en gång per kvartal.
- Förekomst av trycksår.
-

HSNs årsredovisning för år 2007 innehåller i en bilaga viss samlad återrapporering vad gäller området ”säker hälso- och sjukvård”.

Uppföljningsinformationen handlar om tre effektmål. I årsredovisningen finns ingen annan uppföljning och analys av de indikatorer som används i området säker vård.

En ny styrmodell för styrning av akutsjukhusen utvecklas inför år 2009 vilket också kommer att påverka styrning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet,

3.3 Iakttagelser

I den granskning om patientsäkerhet som genomfördes år 2005 föreslogs bl.a att en central funktion för patientsäkerhet borde inrättas. Numera finns en samlad central ledningsfunktion som är underställd LS.

LSs och HSNs respektive roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet är, enligt revisionskontorets mening, inte helt tydligt. Vårdgivaransvaret enligt Socialstyrelsens föreskrifter är inte heller helt tydliggjort (jfr.kap2.3). Enligt vad som framkommit i granskningen är HSN ansvarig vårdgivare. HSN styr i huvudsak patientsäkerheten i vården genom vårdavtal. I vårdavtalen är HSN beställare och de vårdenheter som utför vårdproduktionen är enligt vårdavtalen vårdgivare. Även landstingets egna vårdenheter är i vårdavtalen benämnda vårdgivare.

Patientsäkerhetskommittén, som är en del av den samlade ledningsfunktionen, rapporterar varje kvartal till LS hur patientsäkerhetsarbetet utvecklas. Enligt landstingsfullmäktiges arbetsordning och reglemente har HSN ett övergripande ledningsansvar för hälso- och sjukvården. HSN är ansvarig vårdgivare och har ansvar för kvalitet och säkerhet i landstingets hälso- och sjukvård, enligt vad som anges i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12). Men i vårdavtalen, som är HSNs viktigaste verktyg för att styra hälso- och sjukvården, benämns de vårdproducerande enheterna också som vårdgivare. Detta skapar, enligt revisionskontorets mening, otydligheter när det gäller bedömningen av hur vårdgivaren och de vårdproducerande enheterna uppfyller sitt ansvar för patientsäkerhet.

HSN styr och följer upp säkerheten i vården genom en uppsättning indikatorer som tillämpas i vårdavtalen. Uppföljningen sker genom återrapportering i bolagens och förvaltningars kvalitetsbokslut. Det finns en begränsad uppföljning och analys av några patientsäkerhetsindikatorer i en bilaga till HSNs årsredovisning. HSNs underlag för ansvarstagandet i patientsäkerhetsfrågor omfattar inte samtliga styrande indikatorer och är därmed begränsat.

3.4 Rekommendation

För att mäta hur säkerheten i vården utvecklas krävs att alla medverkande aktörer samspelar utifrån tydliga roller och ansvar. Revisionskontoret rekommenderar därför att landstingsstyrelsen tar initiativ till att utarbeta ett ledningssystem för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

I ett sådant system bör landstingsstyrelsen klarlägga olika aktörers roll och ansvar vad gäller patientsäkerhet.

- Landstingsfullmäktige/landstingsstyrelse:s roll och ansvar
- HSN, roll och ansvar
- Nämnd/Styrelse, roll och ansvar
- VD/Förvaltningschef, roll och ansvar
- Verksamhetschef, roll och ansvar

I ett ledningssystem för patientsäkerhet är det också viktigt att tydliggöra ansvaret som vårdgivare enligt Socialstyrelsens föreskrift.

Dessutom bör det i ett ledningssystem framgå vilka grundläggande krav som landstinget ställer på externa vårdgivares patientsäkerhet så att dessa kan tillämpas vid överenskommelser om vårdavtal och även tillämpas som grund för uppföljning av dessa.

3.5 Patientsäkerhetsarbetets roll- och ansvarsfördelning i andra regioner

SLL har valt en annan roll- och ansvarsfördelning för patientsäkerhetsarbetet än den som gäller i ex.vis Västra Götalandsregionen (VGR). I den styrmodell som regionen tillämpar finns tre aktörer: ägare, beställare och utförare. Av beslut i VGR¹⁰ framgår att ägarna dvs.regionfullmäktige/regionstyrelse fastställer övergripande mål och följer upp dessa. Ägaren har därmed ett

¹⁰ Västra Götalandsregionen, Ägaruppdrag ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, Dnr RSK 591-2006

vårdgivaransvar. Beställaren ,HSN, ansvarar för att regionens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i tillämpliga delar inarbetas i de årliga vårdöverenskommelserna med utförarstyrelser och med externa vårdgivare. I den styrmodell som tillämpas i VGR benämns de vårdproducerande enheterna som *utförare*.

3.6 Avvikelsehanteringssystemet "Händelsevis"

Upphandlingen av det landstingsgemensamma avvikelsehanteringssystemet Händelsevis inleddes år 2005. Under 2006 drevs utvecklingsarbetet av Händelsevis vidare i form av projekt.

I mars 2007 övergick Händelsevis från projekt till förvaltning och ett införande i landstingets bolag och förvaltningar inleddes. Anslutningen av antalet användare har accelererat starkt. Vid slutet av 2007 fanns drygt 12 000 användare anslutna. I november 2008 fanns, enligt bedömningar av den centrala systemförvaltningen, ungefär 30 000 användare anslutna¹¹. I landstingsstyrelsens budgetförslag för 2009 (med planår 2010-2011) sägs att samtliga förvaltningar ska använda sig av avvikelserapportering genom Händelsevis.

De privata vårdgivare som levererar vårdtjänster till Stockholms läns landsting enligt vårdavtal är inte skyldiga att använda Händelsevis. De är dock skyldiga att tillämpa rutiner för avvikelsehantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

3.6.1 Hur är Händelsevis uppbyggd?

Händelsevis innehåller funktioner för rapportering, analys, uppföljning och statistikuttag. Systemet har en modul för avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård och en annan modul för rapportering av arbetsmiljöavvikelser. I denna beskrivning fokuseras Händelsevis som avvikelsehanteringssystem inom hälso- och sjukvården¹².

Alla medarbetare ska kunna rapportera risker, tillbud och negativa händelser samt kunna föreslå förbättringsförslag. Ett uttalat mål för systemet är att användandet ska bidra till ökad medvetenhet, samt spridning av erfarenheter och kunskap kring rapporterade risker och händelser. Informationen i systemet

¹¹ Södersjukhuset och Danderyds sjukhus är ännu inte anslutna men kommer att anslutas 2009/2010.

¹² Anvisningar, Stockholms läns landstings anvisningar för rapportering och avvikelsehantering i Händelsevis, 2008-06-11

ska återkopplas till den enskilde rapportören och ska också utgöra underlag för förbättringsåtgärder. Återkopplingen till rapportören är en grundläggande förutsättning för att upprätthålla förtroendet för avvikelshanteringsprocessen.

Den som rapporterar en avvikelse i Händelsevis ska, enligt anvisningarna, bedöma om den är att betrakta som en risk, ett tillbud eller en negativ händelse, enligt Socialstyrelsens definition (jfr.kap.2.3).

En rapport i Händelsevis är en allmän handling enligt tryckfrihetsförordningen. Det innebär att rapporterna som grundregel är offentliga. Undantag från offentlighet ska göras för patientuppgifter som är sekretessbelagda enligt sekretesslagen.

3.6.2 Iakttagelser

Avvikelsehanteringssystemet Händelsevis är inom det närmaste året infört i landstingets bolag och förvaltningar. Därmed får landstingets egen vårdverksamhet ett gemensamt verktyg för uppföljning och analys av avvikelser. Genom att verktyget är landstingsgemensamt finns möjligheter att sprida erfarenheter mellan olika verksamheter samt mellan olika bolag och förvaltningar. Styrelser och nämnder får genom återrapportering från det gemensamma avvikelshanteringssystemet förbättrade förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar för uppföljning av patientsäkerheten.

Privata vårdgivare som levererar vårdtjänster enligt avtal med landstinget behöver inte tillämpa Händelsevis. De är dock tvungna att tillämpa rutiner för avvikelshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Händelsevis ger information om avvikelser. Genom analyser av dessa kan man i vissa fall vidta åtgärder för att förhindra ett upprepande. I urvalet som gjordes av de avvikelser som rapporterats i Händelsevis (jfr. kap 4) har revisionskontoret iakttagit att systemet, genom möjligheter för rapportören att använda fritext vid registreringen, ger viss förståelse för vad som inträffat och kan också ge viss vägledning om vad som skulle kunna åtgärdas för att förhindra ett upprepande.

Systemet har ännu inte tillämpats tillräckligt länge för att revisionskontoret ska ha några iakttagelser kring hur det fungerar på övergripande nivå.

4. Granskning genom fallstudier

I detta kapitel redovisas iakttagelser från de fallstudier som genomfördes på Södertälje sjukhus och Danderyds Sjukhus, DSAB. Fallstudierna har fokuserat på mål och uppföljning samt sjukhusens egna riskbedömningar och tillämpning av avvikelshanteringssystemen.

4.1 Sjukhusen

4.1.1 Södertälje sjukhus

Södertälje sjukhus rapporterade sitt kvalitetsbokslut för år 2007 i slutet av januari år 2008. I kvalitetsbokslutet finns en övergripande beskrivning av kvalitetsområdet ”säker vård”. Där finns sjukhusets prioriterade områden angivna i form av mål:

- Att minska risker relaterade till kommunikation/information
- Att minska risker relaterade till läkemedel
- Att minska risker relaterade till vårdrelaterade infektioner.

Det finns även redovisning av mått för basala hygienrutiner inom sjukhuset.

Sjukhuset har egna riktlinjer för avvikelshantering. Det understryks att avvikelshantering utgör den grundläggande rutinen för att identifiera, analysera och åtgärda negativa händelser och risker. Från och med år 2008 ska all rapportering inom sjukhuset ske i avvikelshanteringssystemet Händelsevis (jfr.kap 3.4). Varje klinik har sedan 2006 en utbildad händelseanalysledare, de större klinikerna har två händelseanalysledare. Det finns också redovisning av statistik från avvikelserapporteringen. För varje verksamhet finns en tämligen utförlig redovisning av avvikelser. I bokslutet finns också en redovisning av patientskadeärenden från Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, antalet anmälningar till Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd samt en redovisning av Lex Mariaanmälningar gjorda under 2006. Det finns också en redovisning av antalet ärenden till landstingets patientnämnd.

Sjukhuset uttalar, i kvalitetsbokslutet, en strävan att identifiera processer med stora risker för allvarliga konsekvenser och man inför därför systematiska riskanalyser. I bokslutet finns en utförlig redovisning av patientrisker inom olika verksamheter och vilka åtgärder man vidtar för att reducera dessa risker.

I intervjuerna framhåller chefläkare och verksamhetschefer att kvalitetsbokslutet är ett väl fungerande verktyg för att styra och följa upp kvalitetsområdet säker vård inom sjukhuset. De tydliggjorda målen och de etablerade uppföljningsrutinerna bedöms ha en gynnsam effekt för patientsäkerhetsarbetet inom sjukhuset. De ledningsansvariga bedömer att det skett en gynnsam utveckling av patientsäkerhetsarbetet under de år kvalitetsbokslutet tillämpats inom sjukhuset.

4.1.2 Danderyds sjukhus

DSAB, rapporterade sitt kvalitetsbokslut för 2007 i slutet av januari 2008¹³. Syftet med bokslutet är dels att ta fram ett underlag för sjukhusets egen uppföljning av arbetet med kvalitet och säkerhet och dels att rapportera till landstingets beställare (HSN) i enlighet med vårdavtalet. Av rapporten framgår att det övergripande bokslutet sammanställs mycket snabbt, med de olika interna verksamhetsområdenas bokslut, som grund. Eftersom klinikernas bokslut skrivs i januari och sjukhusets bokslut ska lämnas till LS i månadsskiftet januari/februari är tiden för övergripande analys mycket kort. DSAB har därför inte i kvalitetsbokslutet analyserat resultaten på övergripande nivå. De specifika kvalitetsindikatorerna inom kvalitetsområdet säker vård redovisas i anslutning till redovisningen av varje enskild verksamhet vid sjukhuset. Det saknas en övergripande sammanfattande redovisning och analys för hela sjukhuset.

I bokslutet anges inga egna prioriterade områden eller mål för området säker vård. Däremot framgår det att ledningen för DSAB, rent generellt vill stimulera verksamheterna till att sätta mål för vården, följa upp resultat, jämföra resultaten med andra organisationers resultat samt att driva ett systematiskt förbättringsarbete. Det finns redovisad uppföljningsinformation för några indikatorer inom området säker vård. Vissa verksamheter har i bokslutet redovisat egna riskanalyser.

Av kvalitetsbokslutet framgår att DSAB har egna riktlinjer för avvikelse- och riskhantering. Det framgår av bokslutet att antalet rapporterade avvikelser är färre än föregående år men det finns ingen analys kring detta. Det framgår också av bokslutet hur många ärenden avseende DSAB som inkommit till Patientnämnden, Patientförsäkringen och HSN. Dessutom framgår hur många Lex Mariaanmälningar som gjorts under året. Sjukhuset har en egen patientvägledare och det framgår av bokslutet att denne har fått knappt 500 ärenden under året. Avvikelser som kommer till sjukhusledningen hanteras i dialog med verksamhetscheferna. Chefläkaren leder arbetet med att återföra erfarenheter av gemensamt intresse i verksamheten. Sjukhusledningen sammanställer tertial- och årsbokslut för spridning externt och internt.

I varje verksamhet finns utsedda medarbetare som ansvarar för avvikelse- och riskhantering i respektive verksamhet. Merparten av dessa medarbetare har fått utbildning i att göra händelseanalys.

¹³ Danderyds Sjukhus AB, Bokslut 2007, 2008-01-30

4.3 Riskområden på sjukhusen

Ett antal generella risker lyftes fram av chefläkarna i intervjuer:

- Hygienbrister och vårdrelaterade infektioner
- Kommunikation och informationsöverföring mellan vårdenheter/verksamheter
- Läkemedelshantering

4.3.1 Riskområden på kvinnokliniker

De intervjuade cheferna på kvinnokliniker lyfte fram följande riskområden:

- Dubbla journalsystem
- Feltolkningar av CTG¹⁴
- Läkemedelshantering
- Vissa barn kan vara oförutsett medtagna och det krävs hög beredskap för oväntade händelser
- Informationsmissar

Medarbetarna bedömning av risker skiljde sig inte nämnvärt från verksamhetschefernas bedömningar:

- Läkemedelsfel, glömt ge ordinerade medel och fel i ordinationer
- Låg bemanning nattetid kan vålla problem om det samtidigt kommer in flera kvinnor som ska föda. Även sommartid är bemanningen skörare då man har vikarier och personal med mindre rutin.
- Problem i kommunikation och informationsöverföring. Kvinnor som ska föda har ibland annan språklig bakgrund och talar dålig eller ingen svenska varför man måste använda tolk. Det kan vara svårt att hitta tolk med rätt språkkompetens och i nästa led finns också faran med att det uppstår kommunikationsglapp då man kommunicerar via tolk.

4.3.2 Riskområden på akutkliniker

Verksamhetscheferna lyfte fram följande riskområden:

- Instabila personalgrupper med hög personalomsättning kan periodvis innebära bristfällig kompetens
- Läkemedelshantering
- En alltför begränsad tillgång till vårdplatser gör att inkommande patienter måste läggas där det finns plats, d.v.s på andra kliniker än där de egentligen m h t sin sjukdom hör hemma.

Akutklinikernas medarbetare lyfte fram följande riskområden:

- Akutkliniken är otillräckligt bemannade med omvårdnadspersonal
-

¹⁴ Hjärt-smärtmätare som används vid förlossningar

- Alltför trånga och illa anpassade lokaler
- Felaktiga bedömningar och prioriteringar. Generellt problem med låg kompetens i läkarbemanningen på akutmottagningen.
- Platsbrist på andra vårdavdelningar skapar logistikproblem genom att patienter blir kvar på akuten alltför länge.

4.3.3 Riskområden på röntgenkliniker

Verksamhetscheferna och medarbetare lyfte fram i stort sett likadana riskområden:

- Patienter som kommer via akuten har alltför ofta blivit dåligt bedömda. De har fått en alltför låg prioritet och inte blivit utredda tillräckligt snabbt. Brister i medicinsk kompetens på akuten har lett till att remissen till röntgen inte blivit bra.
- Icke adekvat skrivna remisser. Det händer att remisser är så illa skrivna att röntgenpersonalen får mer eller mindre gissa vad som står i remissen. Den remitterande doktorn har skrivit så bristfällig svenska att röntgenpersonalen inte helt uppenbart kunnat förstå vad som står i remissen.
- Förväxlingar; av olika personer som ska undersökas och av olika kroppsdelar vid undersökning.

4.4 Iakttagelser

4.4.1 Mål och uppföljning

Det har i granskningen inte framkommit något som antyder att sjukhusets patientsäkerhetsarbetet vid Södertälje sjukhus eller vid Danderyds sjukhus bedrivs på ett sätt som strider mot de intentioner som anges i lag och föreskrift.

Bägge sjukhusen har uppföljningsrutiner. Södertälje sjukhus har tydliggjort egna mål och prioriteringar för området säker vård och har uppföljningsrutiner, vilket DSAB saknar. DSAB redovisar uppföljning av varje enskild verksamhet, det är dock en brist att övergripande uppföljning saknas.

Bägge sjukhusen har rutiner för avvikelshantering och redovisar uppföljning av sina registrerade avvikelser. Södertälje sjukhus redovisar i bokslutet en övergripande riskanalys. Av bokslutet från DSAB framgår inte om en övergripande riskanalys genomförts.

4.4.2 Medarbetarnas riskbedömningar

Sammanfattningsvis har intervjuvärderna visat en provkarta på olika risksituationer som sammantaget speglar att hälso- och sjukvården är en riskutsatt verksamhet. Riskområden som lyfts fram mer generellt är läkemedelshantering och informationsöverföring.

4.4.3 Stickprov i avvikelshanteringssystemen

Utifrån urvalet av registrerade avvikelser gör revisionskontoret följande iakttagelser.

Det finns olika uppfattningar om vad som är en avvikelse

Det finns riktlinjer på olika nivåer för avvikelshantering. Trots detta är det inte helt tydligt för personal när en händelse ska definieras och rapporteras som en avvikelse. Vissa av de intervjuade medarbetarna är helt säkra på vad som är en avvikelse medan andra intervjuade kunde uttrycka stor osäkerhet om vilka händelser som borde rapporteras trots att det finns föreskrifter och riktlinjer som anger detta. Förekomsten av föreskrifter och riktlinjer är således inte tillräcklig för att säkerställa en gemensam tillämpning av rutiner.

Lokala rapportuttag och analyser är ett värdefullt underlag för förbättringar

Ett flertal intervjuade underströk att rapporterna från avvikelshantering är ett värdefullt underlag för förbättringar. Genom att konkret visa den egna personalen vad som är de mest förekommande avvikelserna kan många engageras i utvecklingsarbete.

Det är inte ovanligt att avvikelser vållar vårdskador

Av uttaget från Danderyds sjukhus framgår indikationer på de patientskador som vållats av avvikelserna. I de allra flesta avvikelser har skadegraden hos patienten varit ringa eller måttlig. I fyra fall har dock skadegraden varit svår och i ett fall har avvikelsen vållat patientens död. Ianslutning till samtliga registrerade fall fanns information om vilka åtgärder som vidtagits i anslutning till avvikelsen. Uttaget från Södertälje Sjukhus visar att 10 av 23 avvikelser, av rapportören, bedömts vara en negativ händelse d.v.s en avvikelse som vållat vårdskada. 10 av totalt 23 avvikelser har rapporterats som tillbud, d.v.s avvikelser som hade kunnat medföra vårdskada.

Avvikelser kan ofta kopplas till flera olika verksamheter inom ett sjukhus

Ofta kan en avvikelse kopplas till flera olika verksamheter inom ett sjukhus. En påfallande hög andel av de händelser som rapporteras i avvikelshanteringssystemen vid bägge sjukhusen kan kopplas till de bedömningar, remitteringar och omhändertaganden av patienter som gjorts inom andra verksamheter, ofta vid akutmottagningarna.

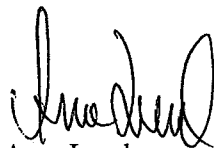
Viktigt att bolag och förvaltningar analyserar inträffade händelser

Urvalet ger en svårtolkad bild av vad som orsakat avvikelser. Det framgår av revisionskontorets stickprov att orsakssambanden är komplexa och att det är viktigt att de registrerade avvikelserna utreds och förklaras så att lärdomarna kan användas för utveckling av säkerheten.

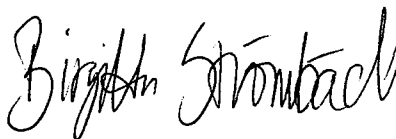
Information från avvikelshantering bör kompletteras med annan information om risker i vården

Det är inte troligt att alla avvikelser rapporteras. Den ”mörkertalsproblematik” som så gott som samtliga intervjuade påtalat i intervjuerna understryker också vikten av att information om avvikelshantering kompletteras med annan information.

En sammanfattande iakttagelse från fallstudierna är att många processer och rutiner styrs och kontrolleras med dokumenterade regler och rutiner som finns lätt tillgängliga i intranät och pärmar. Trots detta inträffar då och då incidenter som ibland vållar vårdskador med svåra konsekvenser för den enskilde. Avvikelsehantering anses generellt som viktig men det finns en ”mörkertalsproblematik” i rapporteringen. Ett sätt att balansera den osäkerhet som finns i avvikelserapporteringen är att ta tillvara medarbetarnas kunskaper om olika risksituationer genom att genomföra systematiska riskinventeringar och riskanalyser.



Arne Lund
Projektledare



Birgitta Strömbäck
Revisor