

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 7/2005

Patientsäkerhet – uppföljning av misstag och avvikelser

- ▶ Risknivån i sjukvården bedöms av professionen generellt som hög. "Undvikbara" misstag i vården görs i stor utsträckning, men ett arbete för förbättring pågår.
- ▶ Landstinget behöver utveckla en säkerhetskultur med högre riskmedvetenhet och ett mer aktivt riskreducerande. Ett positivt säkerhetstänkande med helhetssyn är viktigt.
- ▶ Vårdavtalen är ett viktigt instrument för bättre patientsäkerhet. Dessa behöver utvecklas med mer av relevant information om bl. a. avvikelser och misstag.
- ▶ Styrning mot högre säkerhet är viktig. Ett sätt att uppnå detta är att mer strukturerat få upp frågor om patientsäkerhet på styrelsenivå för att lättare nå genomslag för de förbättringsåtgärder som behöver vidtas och markera styrelsens ansvar.
- ▶ En central funktion för uppföljning av avvikelsefrekvens, händelseanalys, utvärdering, utbildningssatsningar m.m. bör övervägas. Den medicinska ansvarsorganisationens effektivitet måste kunna överblickas.
- ▶ Flera beslut har fattats i syfte att minska och förebygga misstag och avvikelser i vården bl. a. upphandlingen av ett gemensamt avvikelshanteringssystem. Ytterligare satsningar inom området är dock angelägna vilket bör ge betydande både mänskliga och ekonomiska positiva effekter.

Landstingsstyrelsen

**Projektrapport 7/2005: Patientsäkerhet – uppföljning av
misstag och avvikelser**

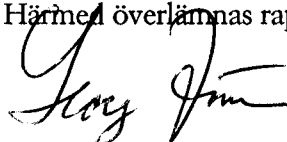
Revisionskontoret har under hösten i enlighet med revisionsplanen bedrivit ett projekt med inriktning på att granska patientsäkerhet – uppföljning av misstag och avvikelser. Resultatet av granskningen redovisas i bifogad rapport.

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på sammanträde 2005-11-21

att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för kännedom och yttrande senast 2006-02-18 samt

att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Georg Jönsson
Ordförande



Agneta Fohlström
Sekreterare

Styrelserna för
Stockholms län sjukvårdsområde
Karolinska Universitetssjukhuset
Södersjukhuset AB
Danderyds sjukhus AB
Norrtälje sjukhus AB
S:t Eriks ögonsjukhus
Sjukvården Salem, Nykvarn och Södertälje

Projektrapport 7/2005: Patientsäkerhet – uppföljning av misstag och avvikelser

Revisionskontoret har under hösten, i enlighet med revisionsplanen, bedrivit ett projekt med inriktning på att granska patientsäkerhet – uppföljning av misstag och avvikelser. Resultatet av granskningen redovisas i bifogad rapport.

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på sammanträde 2005-11-21

att överlämna rapporten till ovanstående styrelser för yttrande senast
2006-02-18 samt

att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Karl-Axel Boström
Ordförande



Agneta Fohlström
Sekreterare

Sammanfattning

Revisionskontoret har i enlighet med revisionsplanen för 2005 genomfört en uppföljande studie av patientsäkerheten inom vården med inriktning på misstag och avvikelser. Granskningen har utförts utifrån de iakttagelser och synpunkter som lämnades i Landstingsrevisorernas rapport från 2002; "Säker vård – att lära av misstag". I revisionsuppdraget ligger att följa upp utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet.

Kostnaderna för *undvikbara* misstag/skador i vården är enligt flera nationella och internationella undersökningar omfattande. Studier om kostnadernas omfattning inom SLL saknas dock fortfarande. Olika externa studier indikerar teoretiskt, om de appliceras på SLL, t. ex. att undvikbara vårdskador resulterar i dödsfall till storleksordningen 400-600 per år. Utöver detta kommer många patienter till skada och/eller åsamkas andra olägenheter.

Utifrån de erfarenheter som finns konstateras att verksamheter med hög nivå av säkerhet kännetecknas av kontinuerlig uppmärksamhet på risker, förenkling av processer och rutiner, tydlig struktur med säkerhetsnivåer och standardisering av rutinförfaranden samt en vårdkultur med högt och öppet säkerhetstänkande.

När det gäller avvikelserapportering när misstag etc. begåtts är det stora skillnader i system och hantering både mellan verksamhetsområdena och olika enheter. Några sjukhus har t.ex. infört datorstödda registreringssystem medan andra har ett manuellt system.

I 2005 års avtal för akutsjukhusen och övriga producenter finns krav på viss uppföljning avseende patientsäkerhet som en kvalitetsindikator. Exempel på områden som omfattas av avtalen är statistik från avvikelshanteringssystem, redovisning av riskanalys och redovisning av förekomst av trycksår, postoperativa sårinfektioner, MRSA-odlingar, fall/fallskador, försenad diagnos och läkemedelsbiverkningar m.m. Vidare förekommer frågor om klagomål och kundnöjdhet. Stor samstämmighet råder om vårdavtalens betydelse som ett viktigt instrument för bättre patientsäkerhet.

Tre beslut/händelser framstår som särskilt viktiga för det pågående arbetet med att ta tillvara på erfarenheterna av gjorda misstag m.m. i vården. Dessa är:

- Beslut om en *plan för utarbetande av ett handlingsprogram* för säker vård som HSU fattade i mars 2005. Planen bygger på en i början av 2005 upprättad och redovisad fokusrapport om *patientsäkerhetsstrategi*.

- Upphandling av *ett datorbaserat avvikelshanteringssystem*.
- Erfarenheter från den 2:a nationella *patientsäkerhetskonferensen* i september 2005.

Landstingets hälso- och sjukvård anses allmänt ha en hög kvalitet och en kompetent professionell hälso- och sjukvårdspersonal. I en betydande - och för stor - utsträckning brister det dock i kvaliteten genom att undvikbara misstag görs, vilket får till följd att patienter skadas eller drabbas på annat sätt. Risknivån i sjukvården bedöms av professionen generellt som hög.

Vid landstingets olika enheter finns det flera olika system och rutiner, både datorstödda och manuella, för att rapportera, analysera och åtgärda avvikelser, misstag, klagomål och händelser. Dessa *underutnyttjas* dock som källa för lärande och konkret förbättringsarbete.

Flera beslut har fattats i syfte att minska och förebygga misstag och avvikelser i vården. Sammantaget är dessa insatser positiva men det återstår mycket att förbättra innan man nått en hög och stabil *säkerhetsnivå*. Revisionskontoret tar upp ett antal sådana åtgärder:

- *Vårdavtalen* är ett viktigt instrument för kvalitetsutveckling som behöver utvecklas med krav på mer relevant information när det gäller avvikelser m.m.
- *Styrelserna* bör återkommande, förslagsvis några gånger per år, efterfråga hur patientsäkerhetsarbetet och utfallet av detta arbete har utvecklats. Ett större fokus från styrelserna på patientsäkerhet ger dessa frågor en större tyngd.
- Att successivt tillskapa/utveckla en *säkerhetskultur* som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande. Det gemensamma avvikelshanteringssystemet kommer här att få en central funktion. Syndabockstänkande - och det åtminstone tidigare repressiva inslaget - i en avvikelserapportering behöver helt och fullt ersättas av ett positivt säkerhetstänkande.
- En central funktion för uppföljning av avvikelser, händelseanalys, utvärdering, utbildningssatsningar m.m. bör övervägas. Den medicinska ansvarsorganisationens effektivitet måste kunna överblickas.

Sammanfattningsvis bedömer revisionskontoret att ytterligare insatser är motiverade för att stärka patientsäkerheten och kvalitetsstyrningen i

dessa avseenden. Det är bl.a. viktigt att införandet av det landstingsövergripande avvikelshanteringssystemet fullföljs planerligt och effektivt. Särskilt angeläget är det att mer strukturerat få upp dessa frågor på styrelsenivå. När styrelserna efterfrågar uppgifter om utvecklingen inom patientsäkerheten får dessa frågor större tyngd. Därigenom blir det bl.a. lättare att få genomslag för de förbättringsåtgärder som behöver vidtas. Det är också en markering av styrelsens ansvar för patientsäkerheten.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Patientsäkerhetsarbetet - uppföljning av misstag/avvikelser	3
3. Viktiga beslut/aktiviteter beträffande misstag och avvikelser under senare år	5
4. Revisionskontorets iakttagelser och synpunkter.....	9

Intervjuförteckning:

Magna Andreen Sachs, medicinskt råd Forum
Senad Babacic, SLL Upphandling
Anneli Bergens, ch. läkare SLSO
Arne Lund, Riksrevisionen
Britt Nordlander, Sv. Läkaresällskapet
Hans Samnegård, ch. läkare LS förvaltning
Eva Tillman, ch. läkare SöS
Hans Vallin, ch. läkare Karolinska Universitetssjukhuset

Bilaga 1 Exempel på statistik från ett avvikelssystem.

1. Inledning

Syfte och metod

Revisionskontoret har i enlighet med revisionsplanen för 2005 genomfört en uppföljande studie av patientsäkerheten inom vården med inriktning på misstag och avvikelser. Granskningen har utförts utifrån de iakttagelser och synpunkter som lämnades i Landstingsrevisorernas rapport från 2002: "Säker vård – att lära av misstag". Den tidigare rapporten byggde till betydande del på intervjuer med beställare och producenter. En av slutsatserna var att kännedom om omfattningen av avvikande händelser saknades generellt i landstinget. Beställare och vårdgivare rekommenderades

- att samråda bättre i frågor om patientsäkerhet och
- att ta ansvar för att utveckla ett säkerhetstänkande, som fokuserar på systemet och inte på individen.

I rapporten underströks också betydelsen av ett systematiskt säkerhetsarbete i verksamheterna och en utveckling av ledarskapet i vården med inriktning på säkerheten. Därtill har landstingsrevisorerna redovisat två rapporter som tar upp angränsande problem; en när det gäller MRSA och en förstudie om läkemedel för äldre.¹

Mål

Målet för denna studie är att

- följa upp vad som vidtagits inom patientsäkerhetsområdet under senare år med inriktning på misstag och avvikelser
- inventera problemet med registrering av avvikelser i dagsläget inom SLL
- undersöka vilka strategier/planer som finns för att utveckla och förbättra patientsäkerhetsarbetet inom detta område samt vilka system/rutiner som tillämpas vid i första hand sjukhusen
- redovisa iakttagelser och förvaltningsrevisionella synpunkter utifrån dagens situation när det gäller misstag och avvikelser.

Vidare bör studien kunna ligga som *en* del i ett underlag för kommande granskningar av hur utvecklingen, ansvarsfrågor m.m. utformas när det gäller patientsäkerheten inom landstinget.

En inventering och genomgång har gjorts av redovisade politiska beslut, undersökningar/rapporter mm inom området patientsäkerhet med fokus på avvikelshanteringen. Intervjuer har genomförts med sakkunniga/handläggare inom landstingsstyrelsens förvaltning, BV (Beställarkontor Vård), Forum och ett antal chefläkare vid i första hand akutsjukhusen samt vid SLSO.

¹ Rapport 31/2004 Granskning av bekämpning och förebyggande av MRSA (RK 200408-59) och förstudierapport Läkemedel för äldre 2005-01-18 (RK 200501-2).

Definition

Definitionen av avvikelse är enligt Socialstyrelsen: "Icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra en risk eller skada för en patient."

Undvikbara vårdskador är: Skador som är möjliga att förebygga och som kan bero på fel av något slag eller en icke godtagbar standard. Felen kan bestå i/av t.ex. diagnos, behandling eller läkemedelshandling. Vidare kan nämnas underlåtenhet att undersöka eller behandla, sjukhusinfektioner, trycksår och fel på medicinteknisk utrustning.

"Skador i samband med vård undviks genom aktivt förebyggande arbete." (Karolinska Universitetssjukhusets kvalitetsbokslut 2004.)

Lagar och föreskrifter

Lagar och föreskrifter ställer krav på patientsäkerhet. Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att kvaliteten fortlöpande ska utvecklas och säkras samt att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet framgår bl.a. att det systematiska kvalitetsarbetet ska syfta till att förebygga vårdskador. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat på vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vårdgivaren ska t.ex. fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet (i första hand patientsäkerhetsarbetet) samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Kostnader m. m.

Kostnaderna för *undvikbara* misstag/skador i vården är enligt flera nationella och internationella undersökningar omfattande. Studier om kostnadernas omfattning inom SLL saknas dock fortfarande. Olika externa studier indikerar teoretiskt, om de appliceras på SLL, t.ex. att undvikbara vårdskador resulterar i dödsfall till storleksordningen 400-600 per år. I en dansk journalstudie visades vidare att 9 % av patienterna som vårdades inneliggande på sjukhus drabbades av skada i vården och att hälften av skadorna var undvikbara. Medicinsk expertis anser att det är högst troligt att situationen i vårt land liknar den i grannlandet. I Sverige gjorda studier visar att läkemedelsbiverkningar utgör orsaken till cirka 10-15 % av inläggningarna i slutenvården. Högre siffror har också redovisats. Inom primärvården är felaktig läkemedelshandling ett viktigt problem för patienterna och leder till ökade vårdinsatser/högre kostnader. Utöver de ekonomiska konsekvenserna följer för berörda patienter ofta olägenheter, lidande och i vissa fall andra negativa konsekvenser och enligt ovan dödsfall.

Kriterier

Utifrån de erfarenheter som finns konstateras att verksamheter med hög nivå av säkerhet kännetecknas av kontinuerlig uppmärksamhet på risker, förenkling av processer och rutiner, tydlig struktur med säkerhetsnivåer och standardisering av rutinförfaranden samt en vårdkultur med högt och öppet säkerhetstänkande.

En sammanfattning av viktiga områden för att strukturera patientsäkerhetsarbetet och följa upp vården ur ett skade/avvikelseperspektiv kan göras enligt följande.

- Avvikelserapportering. Ett väl fungerande avvikelshanteringssystem är viktigt för att följa upp och ge underlag för att förbättra patientsäkerheten. I bilaga 1 presenteras ett exempel på områden och frekvens av patientrelaterade avvikelser utifrån ett avvikelse hanteringssystem från Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.
- Patientärenden. Gjorda misstag etc. anmäls till LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag). Patienter anmäler skada och sjukhuset (motsv.) återför frågan i syfte att undvika en upprepning.
- Övriga patientklagomålsärenden. Ett flertal olika kanaler används för anmälan om misstag m.m. i vården: Till Socialstyrelsen överlämnas Lex Mariaärenden samt övriga anmälningar, händelserapportering, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientnämnden (PaN), anmälan av anhörig samt berörda som vänder sig till patientvägledare eller patientombudsman.
- Hygien- och infektionskontrollprogram. En uppdelning kan göras på vårdrelaterade infektioner och MRSA, båda innefattar punktprevalensstudier.

2. Patientsäkerhetsarbetet - uppföljning av misstag/avvikelser

En genomgång av politiska beslut inom patientsäkerhetsområdet och hur landstingets enheter arbetar med att på olika sätt arbeta med och utveckla patientsäkerhetsarbetet har gjorts på en övergripande nivå. Inriktning har fokuserats på hanteringen av felbedömningar/misstag/avvikelser i kontakterna med patienterna. I ett tidigt stadium av detta projekt fick vi information om att det i dagsläget pågår ett *intensivt arbete* för att strukturera och samordna patientsäkerhetsarbetet bl. a. enligt nedanstående relaterade aktiviteter. Beskrivningen av nuvarande patientsäkerhetsarbete redovisas med beaktande av de pågående insatserna på en sammanfattande nivå.

Avvikelse- rapportering

Akutsjukhusen upprättar årligen kvalitetsbokslut, i några fall både på en sammanfattande totalnivå och på undernivå (per division motsv.) Dessa bokslut beskriver vad som utträttats när det gäller patientsäker-

hetsarbetet och kvaliteten i vården men innehåller i allmänhet relativt lite om vad som kan betecknas som misstag eller avvikelser i vården. När det gäller avvikelserapportering är det stora skillnader både mellan verksamhetsområdena och olika enheter. Några sjukhus har t.ex. infört datorstödda registreringssystem medan andra har ett manuellt system. Snarlika klassificeringssystem används för att kategorisera avvikelserna.

Ett exempel på ett sjukhus med webbaserat rapporteringssystem är Karolinska Universitetssjukhuset vid Huddinge. År 2002 införde sjukhuset systemet som hanterar alla typer av avvikelser liksom förbättringsförslag och hela den följande processen. I denna ingår identifiering av en händelse, inrapportering av avvikelserna, händelseanalys, klassificering, åtgärd, uppföljning och återföring. Därtill uppdateras en statistikdatabas dagligen med möjlighet till uppföljning på olika nivåer. Rapporteringsbenägenheten har därtill efterhand efter införandet fördubblats från år till år: från 840 år 2002 till ca 4000 år 2004.

Studier av socialstyrelsen har dock t.ex. visat att majoriteten av personalen vid tillfrågade enheter kände till att avvikelserapportering underlättats.

Rapporteringsvägarna skiljer sig också åt mellan sjukhusen. Rapport går till klinikchef och på vissa håll lämnas kopia till andra chefer. Säkerhetsansvariga, chefer och ofta chefläkare går igenom fallen och gör händelseanalys samt bedömer bl. a. om det ska föranleda en åtgärd. I vissa fall finns det på sjukhuset en kvalitetssamordnare som tillställs statistik. Sammanställningar går i allmänhet till ledningsgrupperna men mer sällan lämnas information om patientsäkerhetsarbetets resultat till respektive styrelse. Betydelsen av tydliga ansvarsområden för t.ex. spridning av resultat/erfarenheter har betonats vid intervjuerna.

Vid akutsjukhusen har generellt chefläkarna en sammanhållande och viktig roll i patientsäkerhetsarbetet. Uppföljning/analyser av statistik och rapporter över de olika fallen av avvikelser är en del i detta arbete. En betydande del av tiden går till att handlägga ärenden inom Lex Maria, HSAN och kontakter med Patientnämnden. Vid vissa enheter har man utsett en kvalitets- och utvecklingsansvarig och det förekommer även lokala patientsäkerhetsansvariga.

Därtill görs vissa särskilda insatser. Ett exempel är att man vid Södersjukhuset 2005 ska granska samtliga journaler över de som avlidit för att få fram om det finns något som kan knytas till brister i patientsäkerheten.

När det gäller övriga verksamhetsområden görs det minst antal avvikelserapporteringar inom primärvården. Det är där i första hand fråga om rapporteringar av borttappade remisser.

Beställarnas roll

I 2005 års avtal för akutsjukhusen och övriga producenter finns krav på viss uppföljning avseende patientsäkerhet som en kvalitetsindikator. Exempel på områden som omfattas av avtalen är statistik från avvikelshanteringssystem, redovisning av riskanalys och redovisning av förekomst av trycksår, postoperativa sårinfektioner, MRSA-odlingar, fall/fallskador, försenad diagnos och läkemedelsbiverkningar m.m. Vidare förekommer frågor om klagomål och kundnöjdhet. Stor samsämmighet råder om vårdavtalens betydelse som ett viktigt instrument för bättre patientsäkerhet.

Patientnämnden

Många patienter vänder sig till Patientnämnden (PaN) när de är missnöjda med något vid kontakterna med sjukvården. Revisionskontoret har i revisionsplanen för 2005 ett särskilt projekt för att belysa nämndens roll och bidrag till kvalitetsutvecklingen. En rapport kommer att redovisas. Här kan nämnas att när det gäller problemområdet Behandling (enligt PaN:s benämning) går många ärenden vidare till Patientförsäkringen.

Generellt kan sägas att akutsjukvården har mer av både registrering och beställaruppföljning när det gäller patientsäkerhetsfrågor än övriga verksamhetsområden. Patientsäkerhet anses generellt vara en viktig kvalitetsindikator.

En handbok i händelse- och riskanalys håller på att tas fram med deltagande av bl.a. SLL, SKL, Socialstyrelsen och Östergötlands Läns Landsting. Detta beräknas bli klart under 2005 och ska kunna användas i hela landet.

3. Viktiga beslut/aktiviteter beträffande misstag och avvikelser under senare år

Budgetbeslut

I budget 2005 anges att frågan om hur ett mer sammanhängande patientsäkerhetsarbete kan bedrivas ska utredas. I budgettexten framhålls följande:

”Att sträva efter en vård som är säker, kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad och som ges i rimlig tid är också att värna om landstingets resurser. Fokus på både ekonomi och kvalitet leder till ökad effektivitet. Effektivitet i form av förbättrade erfarenheter för

patienten, påskyndande av tillfrisknande och ekonomiska fördelar för samhället, exempelvis genom att fler återgår i arbete snabbare.”

En utgångspunkt för revisionskontorets studie är att belysa och översiktligt redovisa samt bedöma de politiska beslut samt åtgärder och initiativ som har genomförts och som planeras inom patient säkerhetsområdet med fokus på hur misstag och avvikelser hanteras. Vi har i särskilt noterat tre beslut/aktiviteter som är viktiga för det pågående arbetet med att ta tillvara på erfarenheterna av gjorda misstag mm i vården. Dessa är:

Aktiviteter

- Beslut om en *plan för utarbetande av ett handlingsprogram* för säker vård som HSU fattade i mars 2005. Planen bygger på en i början av 2005 upprättad och redovisad fokusrapport om *patientsäkerhetsstrategi*.
- Upphandling av *ett datorbaserat avvikelshanteringssystem*.
- Erfarenheter från den 2:a nationella *patientsäkerhetskonferensen* i september 2005.

En kortfattad beskrivning av dessa beslut/aktiviteter lämnas nedan.

Patientsäkerhetsstrategi

En Patientsäkerhetsstrategi för hälso- och sjukvården i SLL har upprättats av Programrådet för Kvalitetsutveckling inom det medicinska programarbetet vid Forum. Dokumentet har utformats som en fokusrapport. Denna innehåller bl a en faktabeskrivning och en redovisning av strategiska utvecklingsområden för att nå visionen/målet: en hälso- och sjukvård där undvikbara risker aktivt elimineras. Patienternas främsta behov är en säker och trygg vård och detta behov ska prägla sjukvården i SLL. Patienterna har rätt att kräva att den vård, som är avsedd att hjälpa inte leder till skador och lidande, som hade kunnat undvikas.

De *kritiska framgångsfaktorerna* är att vision och värderingar tydliggörs och att attityder och förhållningssätt ändras från den förhärskande individsynen till en systemsyn. Ledares och medarbetares uppriktiga engagemang och ett långsiktigt och uthålligt lärande tillhör också de kritiska framgångsfaktorerna.

I rapporten beskrivs de fem *strategiska utvecklingsområdena*: Samverkan med patienterna i säkerhetsarbetet, utveckling av ett systemtänkande, byggande av en lärande organisation, stöd till säkerhetsarbetet och skapande av en säkerhetskultur.

Handlingsprogram

Ett *handlingsprogram* för säker vård föreslås utgå från dessa fem strategiska utvecklingsområden och inom vart och ett av dem, konkreta åtgärder på kort och lång sikt beskrivas. Det är angeläget att ta fasta på de strukturer i ett patientsäkerhetsarbete som redan finns inom lands-

tinget som bör bevaras och förstärkas samt i tillämpliga fall ges generell spridning. Inom varje område bör åtgärder ur såväl producent- som beställarperspektiv tydliggöras liksom tidplaner, ansvar och behov av resurser för ett genomförande.

Ett förslag till utarbetande av handlingsprogram för säker vård i projektform för införande m.m. har upprättats av chefläkare vid LS förvaltning i samråd med säkerhetsansvariga vid bl.a. Forum. Tidsramen är att handlingsprogram, konsekvensbeskrivning och genomförandeplan planeras bli fastställda av hälso- och sjukvårdsutskottet och landstingsstyrelsen våren 2006.

Avvikelsehanterings- system

Inom SLL använder verksamheterna/enheterna sig av olika system för rapportering av avvikelser. Ambitionsnivåerna har skiftat och har främst gällt den egna verksamheten. Ett viktig stöd för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete är ett väl fungerande IT-stött *avvikelsehanteringssystem*. SLL Upphandling fick våren 2005 i uppdrag att genomföra en sådan upphandling. Primära effektmål är att öka säkerheten, förbättra kompetensen om avvikelser och att underlätta strukturerade händelseanalyser. Därtill kommer krav på enkelhet, användarvänlighet samt att spara på resurserna. Enligt vad som erfarits var det Karolinska Universitetssjukhuset i Solna som efterfrågade ett system och därmed initierade den samordnade lösningen av ett IT-stöd för avvikelsehanteringen. Detta ledde sedan fram till beslut om ett sådant systemstöd och upphandling av detta. En styrgrupp med bred representation inkl. användare tillsattes.

Det nu aktuella systemet ska kunna stödja i det närmaste *alla enheter* inom landstinget oberoende av storlek, verksamhet, driftsform eller tidigare använda system för avvikelser.

Angränsande till system för avvikelser finns i framför allt sjukvården kvalitetssystem och riskanalyssystem. SLL vill med denna upphandling, om möjligt, samordna dessa system. De tekniker som finns på marknaden för att höja kvaliteten, eliminera risker eller få grepp om avvikelsemönstret syftar ofta också till ständiga förbättringar i verksamheten.

Den gemensamma upphandlingens praktiska syfte är att uppnå stor-driftsfördelar och kostnadsbesparingar. SLL menar dock samtidigt, att detta på intet sätt utesluter att IT-systemet i första hand ska stödja den lokala verksamheten som t ex den enskilda vårdcentralen eller avdelningen på ett sjukhus. Vidare förutses ökade möjligheter till ömsesidigt lärande genom en enhetlig terminologi.

Ett ytterligare syfte med ett gemensamt system är att underlätta för all personal att rapportera avvikelser utifrån ett system som känns välbekant och enkelt. Oberoende var man befinner sig inom SLL: s alla organisatoriska enheter ska man alltid kunna registrera avvikelser på ett enhetligt sätt.

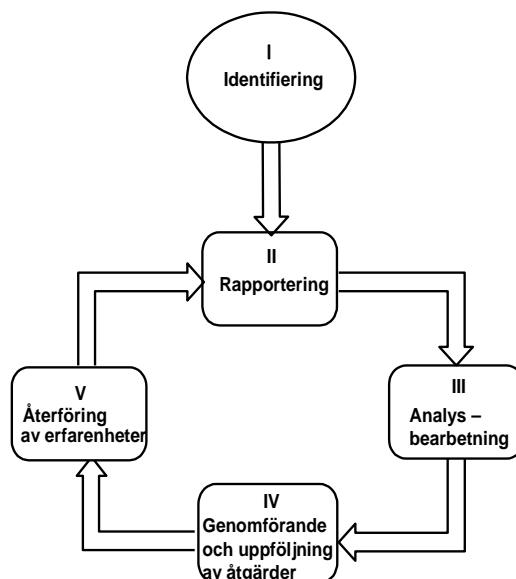
Upphandlingen av avvikelshanteringssystemet genomfördes i två steg, i det andra kvarstod fem alternativa leverantörer. Efter utvärderingar inkl. tester av bl.a. användbarhet slöt SLL Upphandling i början av oktober 2005 avtal med Malux Data AB med systemet Flexite, vilket bäst svarade mot de i förfrågningsunderlaget ställda kraven.

Enhetliga termer

Ett gemensamt system ska vidare stärka och underhålla bruket av *enhetliga termer och begrepp* som används vid de olika momenten i ett avvikelshanteringssystem. Ett arbete för att ta fram och komma överens om sådana termer pågår. Möjligheten till sammanställningar av statistik på olika nivåer, inte minst totalt för *hela* landstinget inryms också i upphandlingens syfte.

Nedan redovisas arbetsprocessens tänkta olika moment/funktioner vid landstingets avvikelshanteringssystem

Arbetsprocessens moment



2:a nationella patient- säkerhets- konferensen

Den 2:a nationella patientsäkerhetskonferensen i september 2005 omfattade ett brett upplagt program som berörde olika nya aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet. Föreläsningarna och seminarierna, som i vissa delar berörde misstag och avvikelser, tog upp både internationella och inhemska erfarenheter. Därtill redovisades något av vad som pågår inom SLL. Socialstyrelsen har på sin hemsida sammanfattat vissa slutsatser mm från konferensen. Konferensen som hade rönt ett stort intresse, med ca 700 deltagare, torde få betydelse för det fortsatta arbetet med att utveckla metoder m.m. inom säkerhetsarbetet inom hela landstingssfären. Flera insatser för att förstärka kvalitetsarbetet i hela landet avhandlades Bl. a. redovisades under "vad kan vi lära" erfarenheterna från Danmark om en lag om patientsäkerhet som bl. a. innehåller en regel att avvikande händelser ska under anonymitet rapporteras till och registreras av Sundhetsstyrelsen. Rapporteringen ska ske anonymt angående såväl patient som personal. En sådan rapport kan inte ligga till grund för disciplinär sanktion eller annan straffrättslig domstolssanktion.

4. Revisionskontorets iakttagelser och synpunkter

Revisionskontoret redovisar i samband med denna studie följande iakttagelser och synpunkter.

Landstingets hälso- och sjukvård anses allmänt ha en hög kvalitet och en kompetent professionell hälso- och sjukvårdspersonal. I en betydande - och stor - utsträckning brister det dock i kvaliteten genom att undvikbara misstag görs, vilket får till följd att patienter skadas eller drabbas på annat sätt. Risknivån bedöms av professionen som hög.

Landstinget har flera olika system, både datorstödda och manuella, för att rapportera, analysera och åtgärda avvikelser, misstag, klagomål och händelser, system som dock *underutnyttjas* som källa för lärande och konkret förbättringsarbete.

Flera beslut har fattats i syfte att minska och förebygga misstag och avvikelser i vården. Några av dessa har relaterats ovan i denna rapport. Utarbetandet av nämnda fokusrapport är exempelvis en bra utgångspunkt för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet inom landstinget. Sammantaget är dessa insatser positiva men det återstår mycket att förbättra innan man nått en hög och stabil säkerhetsnivå. Revisionskontoret tar upp ett antal sådana åtgärder:

* Styrning mot högre patientsäkerhet är viktig. Utvecklingen av arbetet med patientsäkerheten på landstingscentral- och enhetsnivå är angelägen och bör följas upp med viss kontinuitet inkl. misstag och avvikelser. Detta görs på ledningsnivå men enligt vad som erfarits endast i undantagsfall på styrelsemöten. Styrelserna bör återkommande, förslagsvis några gånger per år, efterfråga hur patientsäkerhetsarbetet och utfallet av detta arbete har utvecklats. Ett större fokus från styrelserna på patientsäkerhet ger dessa frågor en större tyngd vilket generellt kommer att underlätta förbättringar inom det angelägna patientsäkerhetsarbetet.

* Genom att strukturerat göra händelseanalyser och tillämpa vedertagna riskanalysmetoder kan landstingets hälso- och sjukvård bli bättre på att lära av misstagen. Därigenom kan man identifiera bakomliggande orsaker till risker och på olika sätt eliminera eller reducera dessa innan de utlöser negativa händelser. Erfarenhetsmässigt vet man att sådana analyser ofta visar att det finns mer eller mindre allvarliga brister i hela systemet, i rutiner och i sättet att planera och organisera arbetet – s. k. latent risker, som kan komma att utlösas förr eller senare. *Tid* behöver avsättas för att vidta relevanta åtgärder.

Övriga angelägna förbättringsområden är:

* Att successivt tillskapa/utveckla en *säkerhetskultur* i landstinget som kännetecknas av högre riskmedvetenhet och ett mer aktivt riskreducerande arbete. Det gemensamma avvikelshanteringssystemet kommer här att få en central funktion. Syndabockstänkande - och det tidigare repressiva inslaget - i en avvikelserapportering behöver helt och fullt ersättas av ett positivt säkerhetstänkande. De, i mycket liten omfattning förekommande försumligheterna i vården, får kanaliseras på de formella sätt som finns reglerade. I detta ligger att vårdpersonalen, inkl. läkarna som enligt vissa studier gör relativt få anmälningar, uppfyller sina lagstadgade skyldigheter genom att bl.a. rapportera misstag/avvikelser.

* Ett nästa viktigt steg i patientsäkerhetsarbetet är att man inom vården i högre grad använder rapporterade händelser och risker som underlag för säkerhetsarbetet. Därtill behöver det tillskapas rutiner för feedback och möjlighet att få tillgång till relevant statistik. Man bör vidare överväga att ta fram operativa mål både för avvikelshanteringsfrekvens och minskning av vårdskadorna.

* En funktion som synes saknas är en central uppföljning (med dialog) av rapporterade avvikelser. Som stöd för en sådan jämförande uppföljning kan mål tas fram som t.ex. att andelen allvarliga avvikelser i vården ska minska. I uppföljningen kan vidare ligga att efterfråga förklaringar

vid låg frekvens avvikelser jämfört med rimlig nivå. I en central funktion bör också ligga utvärdering och utbildningsinsatser m.m. Den medicinska ansvarsorganisationens effektivitet måste kunna överblickas.

* De som varit involverade i händelser, ibland även *patienter* och/eller deras närstående, som lett till eller kunnat leda till att patient skadats, bör aktivt involveras i analysen av händelsen. Till detta hör att ge adekvat stöd när negativa händelser inträffat.

* *Vårdavtalen* är ett viktigt instrument för kvalitetsutveckling som behöver utvecklas. När det gäller beställarnas krav på olika kvalitetsindikationer har företrädare för producenterna betonat vikten av att man i samverkan fattar beslut om vilka indikationer som ska tas med i avtalen och därmed följas upp. Det är då möjligt för parterna att fokusera på sådana mått som uppfattas som meningsfulla. Revisionskontoret anser att parterna har ett *gemensamt ansvar* för att få fram relevanta/meningsfulla mått också avseende kategorin misstag och avvikelser.

* Värdet av att införa en tillkommande regel om *anonym rapportering* till en myndighet eller motsvarande om avvikelser etc. utifrån det danska exemplet, som relateras ovan, kan vara en viktig komplettering till nuvarande rutiner och bör utredas närmare.

Sammanfattningsvis bedömer revisionskontoret att ytterligare insatser är motiverade för att stärka patientsäkerheten och kvalitetsstyrningen i dessa avseenden. Det är bl.a. viktigt att införandet av det landstingsövergripande avvikelshanteringssystemet fullföljs planerligt och effektivt. Särskilt angeläget är det att mer strukturerat få upp dessa frågor på styrelsenivå. När styrelserna efterfrågar uppgifter om utvecklingen inom patientsäkerheten får dessa frågor större tyngd. Därigenom blir det bl.a. lättare att få genomslag för de förbättringsåtgärder som behöver vidtas. Det är också en markering av styrelsens ansvar för patientsäkerheten.

Björn Sörenstam
projektledare

Exempel på statistik från ett avvikelssystem

Antal patientrelaterade avvikelser 2004 vid Karolinska Huddinge

