

Patientsäkerhet – uppföljning

Patientsäkerhet – uppföljning

Bakgrund

Landstingets revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av landstingets samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har landstingets revisorer utarbetat dokumentet ”Granskningsstrategi” i vilket de beskrivit de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig ”Riskbedömning och revisionsplan”. I ”Revisionsplan 2017” ingår bland annat en uppföljande granskning till de granskningar avseende patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete som genomfördes 2011 respektive 2014.

I den granskning som genomfördes 2011 konstaterade revisorerna bland annat att det inom landstinget i Värmland pågår arbete med att utveckla patientsäkerheten på central nivå genom inrättande av strukturer för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsfrågor. Revisorerna framförde också att det fortfarande återstod en hel del arbete för att få ett fungerande system på plats. Detta med utgångspunkt från den då genomförda tillsynen som Socialstyrelsen gjort samt den revisionsrapport rörande efterlevnad av patientdatalagen som presenterats.

I den granskning som genomfördes 2014 var den övergripande bedömningen är landstingsstyrelsen tagit initiativ till och etablerat en struktur med roller och ansvar som ger goda förutsättningar för att nå förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. I rapporten redovisas dock vissa brister i patientsäkerhetsarbetet.

Syfte

Denna uppföljande granskning tar sin utgångspunkt i de granskningar som genomfördes 2011 och 2014. Den övergripande revisionsfrågan är om landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer en patientsäker hälso- och sjukvård i Värmland.

Granskningen ska ge svar på om:

- Landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammades i de tidigare granskningarna.
- Landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetslagen och relaterade föreskrifter efterlevs.
- Landstingsstyrelsens arbete med styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer att landstinget efterlever kraven på en patientsäker hälso- och sjukvård. Särskilt fokus läggs på åtgärder med koppling till patientsäkerhetslagen.

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till att gälla landstingsstyrelsens ansvar för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården bedrivs på ett tillfredsställande sätt utifrån lagar, föreskrifter och fullmäktigebeslut.

Revisionskriterier

Granskningen har utgått från tillämplig lagstiftning såsom: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), som innehåller grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetslagen (2010:659) en lag med särskilt fokus på patientsäkerhet och Patientdatalagen (2008:355), som också har stor betydelse för patientsäkerheten. Dessutom har även relevanta fullmäktigebeslut och styrdokument utgjort revisionskriterier för granskningen.

Ansvarig nämnd

Landstingsstyrelsen är ansvarig nämnd för landstingets hälso- och sjukvård.

Metod

Granskningen har genomförts i form av dokumentstudier och intervjuer. Rapporten är sakgranskad av de personer som intervjuats.

Granskningens resultat

Styrdokument

Förutom de lagar som nämnts ovan samt föreskrifter och allmänna råd, t.ex. (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, finns i landstingsplan 2017 ett antal mål formulerade som har bäring på patientsäkerhet. Målen i landstingsplanen avser bland annat bättre följsamhet till nationella riktlinjer, förbättrad medicinsk kvalitet och minskade patientrisker vid vårdens övergångar.

Utifrån lagar och föreskrifter har landstingsstyrelsen fastställt ett trettiotal vårdgivardirektiv. Dessa direktiv anger den politiska ledningens tolkning av hur landstinget ska uppfylla de krav på hälso- och sjukvården samt tandvården som följer av lagar och andra författningar samt myndighetsbeslut. Vårdgivardirektiven ska tydliggöra ansvar och förklara vilka resurser som krävs samt hur landstinget ställer dessa resurser till förfogande.

Svar på revisionsfrågor

Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammades i de tidigare granskningarna?

Iakttagelser i de föregående granskningarna

I de tidigare genomförda granskningarna konstaterades att efterlevnaden av riktlinjer och patientsäkerhetskulturen måste förbättras för att nollvisionen ska kunna realiseras och att arbete återstår med att etablera en systematik för bland annat riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser.

I rapporten påpekades också att förbättringar bör ske, främst i vardagliga rutiner för att minska antalet vårdskador och att landstingets arbete med att förbättra patientsäkerhetskulturen bedöms vara ett väl valt fokusområde.

Vidare konstaterades att det fanns brister i genomförandet av riskanalyser, användandet av journalgranskningar för att utveckla nya åtgärder, avvikelserapportering samt i andra faktorer i det dagliga arbetet. Därför påpekades att det behövs ett intensivare arbete för att konkreta resultat ska bli ett faktum.

I rapporten noterades också att det råder obalans mellan processmått och resultatmål med tanke på landstingets ambitiösa målsättning inom området patientsäkerhet. De flesta mål avser följsamhet till riktlinjer. Få mål avser uppnådda resultat.

Landstingsstyrelsens svar och aktuella iakttagelser/bedömningar

I nedanstående text redovisas landstingsstyrelsens svar till revisorerna på de tidigare genomförda granskningarna (normal text) samt de iakttagelser som gjorts i denna aktuella uppföljande granskning (kursiv text).

I landstingsstyrelsens svar på rapporterna angavs att förbättringsområden identifierats i patientsäkerhetskulturarbetet. De prioriterade områdena i arbetet är: högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, benägenhet att rapportera händelse samt återföring och kommunikation, arbetsbelastning och patientsäkerhet samt samarbete mellan vårdenheter och överlämningar och överföringar av patienter och information.

En patientsäkerhetsstrategi har utarbetats och fastställts av landstingsstyrelsen. Strategin utgår från patientsäkerhetslagen och landstingsplanens vision; Inga vårdskador.

I januari 2017 bildades Patientsäkerhetscentrum. Syftet med bildandet var att samla olika funktioner och enheter för att stärka arbetet med patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetscentrum består av: chefläkarfunktionen, patientsäkerhetsenheten (där anmälningsansvarig enligt lex Maria ingår), läkemedelsenheten, avvikelshantering, utredningstandläkare samt administrativt stöd.

Hälso- och sjukvårdschefen har, sedan de tidigare granskningarna genomfördes, fastställt styrdokumentet "Handlingsplan för patientsäkerhetskultur". I handlingsplanen redovisas såväl landstingets styrkor som fyra konkreta förbättringsområden som identifierats. Av handlingsplanen framgår hur förbättringsarbetet ska ske samt vem som har ansvar.

Enligt vad som framkommit i granskningen har inte handlingsplanen implementerats ännu.

Under 2014 fastställdes en rutin för genomförandet av patientsäkerhetsronder i landstinget. Patientsäkerhetsronder är ett sätt att stärka patientsäkerhetskulturen och bidra till verksamhetens eget förbättringsarbete. Syftet med patientsäkerhetsronder är att fånga avvikelser, risker och behov av stöd i verksamheten samt visa och synliggöra högsta ledningens stöd för patientsäkerhetsarbetet.

Enligt uppgifter som framkommit i granskningen har ett antal patientsäkerhetsronder genomförts. Det kan dock inte anses att patientsäkerhetsronder införts på ett systematiskt sätt i samtliga verksamheter.

Den rutin som tagits fram för genomförandet av patientsäkerhetsronder behöver revideras och utformas så att den kompletterar ledningens genomgångar. I rutinen kan också anges att olika stödresurser involveras, till exempel från HR-staben då arbetsbelastning i vissa fall anges som en faktor som kan påverka patientsäkerheten.

En rutin för riskanalys när det gäller vårdens processer ur ett patientsäkerhetsperspektiv är under framtagande.

Vi har i granskningen inte kunnat verifiera att en rutin för riskanalys avseende vårdens processer ur ett patientsäkerhetsperspektiv fastställts och implementerats.

Riskanalyser har däremot genomförts inför olika större och viktiga förändringar, till exempel i samband med utredningen av Sjukhuset i Arvika och införandet av Cosmic R8.1 med mera.

Arbetet med att skapa patientsäkra övergångar har påbörjats och metoder finns för att säkerställa kommunikation i vården med hjälp av SBAR. (SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation.)

Här pågår fortlöpande ett arbete inom Kunskapscentrum med att se över vårdprocesser och i detta ingår bland annat att skapa patientsäkra övergångar mellan olika enheter och att säkerställa den kommunikation som ska ske vid övergångar.

En strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården och verktyget SBAR ger struktur åt dialogen i vården. I ett projekt, där Region Värmland varit sammanhållande, har KTC (Kliniskt träningscentrum) utbildat instruktörer för sjuksköterskor i länets samtliga kommuner.

Något som också bidrar till ökad patientsäkerhet är att alla enheter i LiV nu har samma Patientadministrativa system (COSMIC). Dessutom pågår ett projekt, som syftar till ett enhetligt arbetssätt vad gäller dokumentation i COSMIC.

I syfte att identifiera processer och vårdflöden där vi kan förbättra samordning och arbetssätt över organisatoriska gränser har vissa vårdprocesser påbörjats.

Exempel på förbättringar vad gäller samordning och arbetssätt är att det inom cancervården har implementerats standardiserade vårdförlopp (SVF) för en rad olika cancerdiagnoser. Ett SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras samt inom vilka tidsgränser. Syftet är bland annat att bidra till ökad patientsäkerhet och undvika onödiga dröjsmål. Modellen för standardiserade vårdförlopp är enligt uppgift även möjlig att införa inom olika verksamheter.

Efter genomförd försöksverksamhet med standardiserad utskrivningsprocess fattade hälso- och sjukvårdsledningen beslut om ett breddinförande, vilket skedde under 2015 och 2016.

Hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp har beslutat breddinföra vårdnära service i slutenvården. Vårdnära service är ett koncept där arbetsuppgifter kopplade till lokalvård, materialhantering, patienttransporter och måltidsservice utförs av andra personalgrupper än vårdutbildad personal. Sjuksköterskor och undersköterskor får därigenom mer tid till renodlat vårdarbete. Främst handlar vårdnära service om rätt kompetens på rätt plats. Syftet är att höja kvaliteten på vården, underlätta rekrytering och att höja statusen på serviceyrkena.

För att förebygga vårdskador har landstinget antagit en strategi för förbättrad patientsäkerhetskultur. Den utgår från patientsäkerhetslagen och bygger på fyra fokusområden; ledning och styrning, systematiska utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientinvolvering.

I samband med granskningen har framkommit att en ny uppföljningsmodell, utifrån strategin för förbättrad patientsäkerhetskultur, är under framtagande.

Olika insatser för att förbättra patientsäkerhetskulturen planeras. Det handlar både om det strategiska patientsäkerhetsarbetet i landstinget och även om riktade insatser i verksamheten. Här anges medarbetarinvolvering som en viktig faktor.

I november 2016 hölls en Patientsäkerhetsvecka i landstinget. Under veckan belystes patientsäkerhet ur ett medarbetarperspektiv på olika sätt vid landstingets tre sjukhus. Patientsäkerhetsveckan kommer enligt uppdrag att genomföras även under 2017.

I granskningen framhåller de intervjuade att patientsäkerhet på ett ännu tydligare sätt bör bli en del av linjens krav på rapportering och att det görs en samlad uppföljning av den rapportering som sker. Dessutom är det viktigt att det sker en återkoppling till verksamheten.

En Medarbetar- och patientsäkerhetsenkät genomfördes år 2017.

Alla händelseanalyser och riskanalyser ska kvalitetsgranskas, en rutin är fastställd från årsskiftet 2014. Rutinen för genomförande av händelseanalys har reviderats. Enligt den kommer varje händelseanalys att följas upp i ansvarig verksamhet 6 månader efter genomförd analys, för att se hur det gått med handlingsplan och genomförande av åtgärder.

I vår granskning har vi noterat att genomförda händelseanalyser följs upp 6 månader efter att händelseanalysen genomförts, i enlighet med fastställd rutin.

En rutin för riskanalys är under framtagande för att säkra kvaliteten i analyserna och användandet av resultat samt former för uppföljning av åtgärder.

En rutin finns framtagen.

Arbete med att förbättra uppföljningen fortsätter, där former för kunskapsåterföring är en viktig del. Arbetet för att utveckla och stödja patientens delaktighet i patientsäkerhetsarbetet är påbörjat.

Vi har noterat att vid Centralsjukhuset i Karlstad och vid Sjukhuset i Arvika har funktionen Patientforum etablerats. Patientforum har bland annat som syfte att ta emot patienter och anhörigas synpunkter på vården och vägleda patienter i kontakter med vården. Patienters och anhörigas synpunkter kan utgöra underlag i patientsäkerhetsarbetet.

Inom den psykiatriska slutenvården pågår ett projekt där det tagits fram en guide till patienter som vårdas inneliggande för depression. Guiden har tagits fram av en arbetsgrupp där en patientrepresentant ingår och har varit delaktig under hela arbetet.

Ett uppdrag har formulerats för att se över avvikelshanteringsprocessen och ett arbete har påbörjats för en mer sammanhållen hantering av landstingets alla avvikelser.

Chefläkarfunktionen har fått ett uppdrag att se över avvikelshanteringsprocessen. I den arbetsgruppen finns två representanter från Patientsäkerhetscentrum men även representanter från IT, fastigheter, HR samt ledningsstrateg ingår i gruppen. I arbetet betonas vikten av att påverka och stärka patientsäkerhetskulturen då den anges vara en viktig faktor för ett väl fungerande avvikelshanteringssystem.

Enligt landstingets patientsäkerhetsberättelse har avvikelserapporteringen minskat något och det finns fortfarande en underrapportering vad gäller avvikelser. Vårdgivaren är enligt Patientsäkerhetslagen skyldig att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till, vårdskada.

Inom enheten för utveckling och analys har det tagits fram en modell där det på en aggregerad nivå kan läggas samman data från såväl avvikelshanteringssystemet som medarbetarenkät, patientenkät och patientsäkerhetskulturmätningen för att fånga upp riskområden och – verksamheter.

I vår granskning har vi kunnat konstatera att den modell som landstingsstyrelsen refererade till i sitt svar, ännu inte implementerats.

En arbetsgrupp har bildats som har till uppgift att utveckla arbetet med att sammanställa aggregerade underlag/data från flera källor. Arbetsgruppen leds av chefläkare och där ingår såväl medarbetare från Patientsäkerhetscentrum som från exempelvis Smittskydd och patientnämnden. Syftet är bland annat att skapa ett mer heltäckande underlag för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Markörbaserad journalgranskning påbörjades 2013 på sjukhusnivå och utvecklas succesivt för att omfatta fler kliniker.

Markörbaserad journalgranskning sker månatligen vid de tre sjukhusen. Vid Centralsjukhuset i Karlstad görs 30 journalgranskningar och vid de övriga sjukhusen görs 20. Chefläkare vid Patientsäkerhetscentrum går igenom och gör bedömningar av de aktuella journalerna.

Mot bakgrund att det genomförs relativt få granskningar per månad så presenteras/ används resultatet oftast i aggregerad form i samband med delårsrapport och årsredovisning. Journalgranskningarna kan också ses som en slags "temperaturtagning" av vården.

Under 2015 kommer det att tas fram konkreta resultatmål för ett antal indikatorer, som ska följas upp på avdelningsnivå. Uppfyllandet av dem kan på sikt leda till någon form av "utmärkelse/certifiering" av avdelningens/verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

Vi har inte i granskningen kunnat konstatera att det på ett systematiskt sätt tagits fram konkreta resultatmål och indikatorer, som ska följas upp på avdelningsnivå.

Vid Centralsjukhuset bedrivs sedan hösten 2016 försöksverksamhet på två avdelningar i syfte att hitta arbetssätt och metoder för att minska förekomsten av trycksår. Resultatet av försöksverksamheten, det vill säga de förbättringar som framkommer i detta arbete, ska spridas till andra avdelningar. Eftersom det är en försöksverksamhet har Patientsäkerhetscentrum i detta sammanhang tydligt intagit en stödjande roll snarare än att granska och mäta.

Arbetet med avvikelshanteringssystemet är ett annat fokusområde inom patientsäkerhetsarbetet. Ute i verksamheterna varierar det mycket i vilken utsträckning systemet används och det skiljer sig även mellan olika yrkeskategorier.

Genom att ta del av goda exempel från verksamheter där det finns ett bra och systematiskt sätt att arbeta med avvikelser samt genom intervjuer med personal, planeras att under året ta fram 2 olika förbättringsmodeller för hur avvikelshantering (och lärandeprocesser) kan förenklas och förbättras.

Vi har i granskningen noterat att det ännu inte utarbetats några förbättringsmodeller för hur avvikelshantering kan förenklas och förbättras.

I arbetet med granskningen har vi erfarit att det inom Patientsäkerhetscentrum nu finns en stark ambition att utveckla avvikelshanteringsprocessen. Som nämnts ovan är det i detta arbete viktigt att påverka och stärka patientsäkerhetskulturen. Från Patientsäkerhetscentrum framhålls också vikten av tydlighet vad gäller vilken information som ska rapporteras i systemet och vad informationen ska användas till.

Landstingsstyrelsen har i internkontrollplanen angivit ”kvalitet och patientsäkerhet” som ett av tre kontrollområden. I uppföljningen av internkontrollplanen samt i månadsrapporter till landstingsstyrelsen redovisas olika mått avseende patientsäkerhet.

I nuvarande organisation återfinns funktioner, som har bäring på patientsäkerhet (och vårdkvalitet), inom olika organisatoriska enheter. När det gäller patientsäkerhetsarbetet och intern kontroll avseende patientsäkerhetsområdet är det därför viktigt att det sker en samordning och samverkan mellan de olika enheter som berörs.

Revisionsfrågor

Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med de brister som uppmärksammades i de tidigare granskningarna.

Vi har i granskningen konstaterat att landstingsstyrelsen vidtagit vissa åtgärder för att åtgärda brister, som uppmärksammades i de tidigare granskningarna. Landstingsstyrelsen har dock inte säkerställt att samtliga brister åtgärdats.

Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhetslagen och relaterade föreskrifter efterlevs?

Vi har noterat att landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder i syfte att säkerställa att lagar och föreskrifter efterlevs. Vår bedömning är att det i vissa delar återstår arbete för att uppfylla lagstiftningens krav fullt ut.

Säkerställer landstingsstyrelsens arbete med styrning, uppföljning och intern kontroll att landstinget efterlever kraven på en patientsäker hälso- och sjukvård? Särskilt fokus läggs på åtgärder med koppling till patientsäkerhetslagen.

Landstingsstyrelsen får återrapporering i månadsrapporter, delårsrapporter och årsredovisning. I samtliga återrapporeringar ingår redovisning av patientsäkerhetsrelaterade resultatmått. Landstingsstyrelsen får dessutom avrapportering av uppföljning av internkontrollplanen där kvaliteten och patientsäkerhet är ett kontrollområde.

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Vi har i granskningen konstaterat att landstingsstyrelsen vidtagit vissa åtgärder med anledning av de av revisorerna redovisade bristerna. Åtgärder har också vidtagits för att stärka efterlevnaden av Patientsäkerhetslagen och aktuella föreskrifter. Vi har även noterat att det inom flera områden pågår ett utvecklingsarbete för att stärka patientsäkerheten.

Vår sammanfattande bedömning är att det fortsatt finns ett behov av att arbeta med att förbättra patientsäkerhetskulturen i landstinget. Bland annat att intensifiera arbetet med att främja förbättringar i vardagliga rutiner för att minska antalet vårdskador i enlighet med nollvisionen.

Det finns också behov av att skapa ytterligare systematik vad gäller riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser i enlighet med vad som anges i lagstiftningen.

Landstingsplanen är fastställd av landstingsfullmäktige, en iakttagelse är dock att landstingsplanens ambitiösa målsättning inom området patientsäkerhet följs i huvudsak upp med processmått. Det finns få mål som avser uppnådda resultat.

Landstinget har under 2016 genomfört två större organisationsförändringar. Hälso- och sjukvården organiserades, från 1 april 2016, i två områden från att tidigare varit organiserad i sju divisioner. Efter en stabsöversyn genomfördes även en omorganisation av landstingets staber. Den nya stabsorganisationen gäller från den 1 januari 2017. Organisationsförändringar innebär ofta ökade risker för att något ska gå fel i verksamheten. Det är i detta sammanhang särskilt viktigt för landstingsstyrelsen att följa utvecklingen utifrån ett riskperspektiv.

Olika funktioner som är viktiga för landstingets övergripande patientsäkerhetsarbete återfinns inom olika organisatoriska enheter. Det är viktigt att alla funktioner som, på ett eller annat sätt, ingår i landstingets patientsäkerhetsarbete samverkar på ett bra sätt.

Johan Magnusson
Certifierad kommunal yrkesrevisor