

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador

Dnr: Rev 31-2010

Genomförd av: BDO Consulting Group AB

Behandlad av Revisorskollegiet den 16 november 2010

FÖRORD

BDO Consulting Group överlämnar härmed rapport från granskning av hälso- och sjukvårdens åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador i Västra Götalandsregionen.

Vi tackar samtliga personer som ställt sin tid till förfogande och medverkat på ett mycket positivt och engagerat sätt.

BDO Consulting Group AB

Bo Anderson
Uppdragsansvarig
Certifierad kommunal
yrkesrevisor

Bengt Larsson
Projektledare
Civilekonom

Dag Ström
Patientsäkerhetsstrateg
MD

Martin Andersson
Konsult
Civilekonom

SAMMANFATTNING

Revisorerna i Västra Götalansregionen har gett BDO Consulting Group AB i uppdrag att granska hälso- och sjukvårdens åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador. Syftet är att granska om hälso- och sjukvårdens förebyggande åtgärder inom VGR är effektiva och ändamålsenliga mot bakgrund av att det är ett av regionfullmäktige prioriterat mål att antalet vårdskador skall halveras.

UPPDRAGET

Granskningens inriktas på sjukhusens åtgärder för att minska vårdskador. Av det åtgärds paket som utformats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) omfattas läkemedelsfel i vårdens övergångar samt fallskador och trycksår i samband med vård av granskningen. De sjukhus som berörs är Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), NU-sjukvården (NU), Skaraborgs sjukhus (SkaS) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Följande revisionsfrågor skall besvaras:

- Hur mäts förekomsten av vårdskador (regionalt/förvaltningar)?
- Hur styrs/samordnas regionens/förvaltningarnas vårdskadearbete?
- Hur är förvaltningarnas vårdskadearbete utformat? Typ av åtgärder? Omfattning?
- Vilket genomslag har SKL:s åtgärds paket haft i verksamheterna?
- Hur är uppföljningen av vårdskadearbetet utformad? (regionalt/förvaltningarnas)?
- Är vårdskadearbetet effektivt och ändamålsenligt?

Granskningen har genomförts som en dokumentstudie kompletterad med intervjuer med företrädare för ett urval av verksamheter vid de fyra sjukhusgrupperna i regionen. Vid intervjuerna har vi följt ett standardiserat protokoll som utformats enligt de principer som tillämpas vid kvalitetsrevision.

FÖREKOMST AV VÅRDSKADOR I VGR

Det finns ingen samlad statistik över antalet vårdskador i hälso- och sjukvården i Sverige eller andra länder. I särskild bilaga redovisas beräkning av förekomsten av vårdskador i VGR. Vi har i denna utgått från en studie av vårdskador i somatisk slutenvård som redovisades av Socialstyrelsen 2008 och baseras på en retrospektiv journalgenomgång.

Med journalstudien som grund räknar Socialstyrelsen fram att det under ett år i riket förekommer omkring 105 000 vårdskador som kan anses undvikbara. Räknat på volymen somatisk slutenvård i VGR innebär detta cirka 20 000 vårdskador per år.

Socialstyrelsen beräknar att vårdskadorna orsakar omkring 630 000 extra vård dygn och 50 000 extra öppenvårdsbesök i riket. Omräknat till volymerna i VGR innebär detta nära 120 000 extra vård dygn och cirka 10 000 besök per år. Om vi antar att ett vård dygn kostar 8 000 kronor kan merkostnaden för vårdskador i VGR under ett år beräknas till nära en miljard kronor.

REDOVISNING AV IAKTTAGELSER

I granskningen har vi inriktat oss på faktorer som är väsentliga för verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet. I den här redovisningen följer vi denna struktur.

Riktlinjer, organisation och utbildning för patientsäkerhet

Dokumenterade rutiner har redovisats i större eller mindre utsträckning vid samtliga granskade enheter. Med något enstaka undantag är dessa datorbaserade och aktuella, oftast också försedda med uppgift om version, ansvarig och revisionsdatum. Intervjuerna indikerar också att riktlinjer och rutiner är lätt tillgängliga för användarna vid enheterna.

Tydlig organisation av arbetet för patientsäkerhet redovisas vid samtliga granskade verksamheter. Säkerhetsfrågorna ingår som en del i linjeansvaret men kan också handhas av olika stödfunktioner. Särskild utbildning och information kring patientsäkerhetsfrågor redovisas endast i ett fåtal fall.

Avvikelsehantering

Samtliga enheter redovisar fungerande system för rapportering av avvikelser. Frekvensen rapporterade avvikelser anges som ökande och kvaliteten i rapporterade avvikelser anses ha successivt förbättrats. Benägenheten att rapportera varierar mellan personalgrupperna. Flest rapporter om avvikelser kommer från sjuksköterskor. Läkare rapporterar sällan avvikelser.

Sammanställning och analys av rapporterade avvikelser görs på ett tämligen likartat sätt inom samtliga granskade verksamheter. Återföring och diskussion av information om avvikelser sker generellt vid allmänna personalmöten men når inte systematiskt ut till alla personalgrupper. Viktigare frågor kan föras upp till verksamheternas ledningsgrupper. I något svar anges att verksamheterna är dåliga på att sprida och följa upp information om avvikelser.

Riskanalyser

Risikanalyser görs inför större förändringar. I fältarbetet har redovisats ett flertal sådana analyser. Gemensamt för dessa är att de görs på förekommen anledning. Vi har inte funnit mer än något enstaka fall där analysen gjorts för att identifiera risker i pågående, etablerade verksamheter. Förhållandevis få tillbud rapporteras enligt intervjusvar. Sådan rapportering kan dock förekomma i avvikelssystemet utan att tydligt identifieras som incidenter eller tillbud.

Kompetensförsörjning

I våra intervjusvar lyfts kompetensfrågor fram som ett betydelsefullt men samtidigt problematiskt område. Det anses svårt att rekrytera framåtsyftande. Planer för systematisk personalrekrytering redovisas i en del fall. Utvecklingsplaner för personal med olika former av kompetenssteg förekommer men är ofta starkt knutna till hantering av teknisk apparatur eller specifik metod.

I ett par svar redovisas att tvärprofessionella utbildningstillfällen arrangeras regelbundet. Vid några enheter förekommer arbete med att systematiskt införa teamträning och simulatorträning. Introduktionsprogram för nyanställd personal och för vikarier redovisas vid samtliga granskade enheter.

Information och kommunikation

Journalssystemet Melior bedöms generellt fungera väl för sitt ändamål. Läkemedelsmodulen anses dock allmänt vara i behov av förbättring. Den domänindelning som tillämpas i Melior kan utgöra hinder för snabb och säker hantering av journalinformation.

Systemen för remisshantering ses allmänt som en källa till problem. Det är svårt för enheterna att få en överblick och att följa remisser på ett säkert sätt. Det finns små möjligheter att bevakas i hanteringen en remiss befinner sig.

Strukturerade scheman för överrapportering förekommer i liten utsträckning. Två enheter redovisar påbörjat eller pågående arbete med tillämpning av sådana tekniker. En enhet anger att tillämpning sker rudimentärt och en annan att utbildning arrangerats efter händelseanalys.

Säkerhetsbarriärer och beslutsstöd

Som säkerhetsbarriärer i verksamheterna har vi i första hand betecknat checklistor och tvingande funktioner i tekniska system. Checklistor är vanligt förekommande och tillämpas i många sammanhang. Vid operation tillämpas checklistor enligt uppgift i 95 procent av fallen

Tvingande funktioner återfinns huvudsakligen inom radiologiska verksamheter där sådana kan vara inbyggda i tekniken. Ett annat exempel är IT-systemet SAI¹ som tillämpas vid SÄS. I Melior finns krav på att bedömning av fallrisk noteras innan dokumentationen kan fortsätta.

En bedömning i våra intervjusvar är att det är allmänt dåligt med beslutsstöd. Tillgång till visst beslutsstöd finns i Meliors läkemedelsmodul. Inom radiologi tillämpas algoritmer för bestämning av lämplig dosering av kontrastmedel. Andra typer av beslutsstöd som förekommer är den gradering av akuta tillstånd som tillämpas vid triage i akutverksamheten.

Arbetsledning och arbetsmiljö

Vi kan notera variationer mellan verksamheterna men generellt redovisar ledningen vid de granskade enheterna ett starkt engagemang och systematiskt arbete för patientsäkerhet. Aktivt arbete för säkerhet innebär därutöver att ledningen observerar riskbeteenden och vid behov tar initiativ till att utmönstra sådana. Vid flera enheter har redovisats att ledningen ställt krav på särskild utbildning eller i några fall skilt befattningshavare från funktioner som de inte skött med tillräcklig grad av säkerhet.

Den psykosociala arbetsmiljön beskrivs som god vid de enheter vi besökt. Det anses allmänt råda ett öppet och konstruktivt arbetsklimat där identifiering av risker och rapportering av avvikelser uppmuntras. Bedömningarna av den fysiska arbetsmiljön varierar med den lokalstandard som finns vid respektive sjukhus.

Patientperspektiv och utvecklingsarbete

Patienter informeras enligt intervjusvaren normalt om vad som hänt när det föreligger en vårdskada eller allvarligare avvikelse. Vi har noterat att anhöriga också engageras i händelseanalyser. Patientmedverkan i händelseanalyser kan enligt intervjusvar vara en klar fördel i avvikelshanteringen. I en del fall redovisas att patienter medverkat vid diskussioner i ledningsgrupper eller andra grupper där avvikelser eller vårdskador behandlats.

Flertalet verksamheter i vårt urval redovisar olika former av systematiskt utvecklingsarbete för ökad patientsäkerhet men vi har inte funnit någon som lyfter fram att egenkontroll av sådana system genomförs.

¹ SAI – Sjukhusets Antibiotika- och Infektionssystem

Insatser med utgångspunkt i SKL:s åtgärds paket

SKL:s åtgärds paket för insatser mot läkemedelsfel i vårdens övergångar, fallskador och trycksår kan anses kända och tillämplig vid de granskade verksamheterna. Uppföljning och egenkontroll av tillämpningen är enligt vår uppfattning ett område med stor förbättringspotential.

Rapportering av biverkningar av läkemedel

Vi har hämtat in uppgifter från Läkemedelverket om rapportering av biverkningar av läkemedel från VGR år 2009. Uppgifterna indikerar stor variation i benägenheten att rapportera biverkningar inom regionen.

SUMMERING OCH SLUTSATSER***Vårdskadearbetets effektivitet och ändamålsenlighet***

Som en generell slutsats av granskningen bedömer vi att vårdskadearbetet inom VGR under givna förutsättningar kan anses effektivt och ändamålsenligt även om vi samtidigt noterar områden med stora förbättringsmöjligheter. Verksamhetskulturerna vid de granskade verksamheterna får allmänt bedömas som kännetecknade av ökad medvetenhet om säkerhetstänkande.

Utformning av arbetet mot vårdskador

Säkerhetsarbete är mestadels lokalt förankrat och har sitt ursprung i initiativ inom den egna verksamheten. Spridning av erfarenheter och kunskaper sker inte systematiskt. Vi har dock funnit fall av regional samverkan över verksamhetsgränserna. Ett exempel är den överenskommen om gemensamt triagesystem som träffats mellan akutverksamheterna i VGR.

Regional ledning och samordning

Vi ser inte mycket av regional ledning och samordning i vår granskning av verksamheternas arbete för patientsäkerhet. Ett exempel är handlingsprogrammet God Vård som tagits fram på regional nivå och beslutats av Regionstyrelsen 2010-04-20. Vi har också uppmärksammat ett utvecklingsarbete med betydelse för patientsäkerheten som bedrivs av Analysenheten inom VGR. Regionkansliets roll i arbetet för patientsäkerhet är dock inte särskilt framträdande i de beskrivningar vi möter. När någon form av regional samordning sker kommer initiativet mestadels från de medverkande parterna själva som exemplet med triagesystemet illustrerar.

Mätning och uppföljning av vårdskador

Vårt generella intryck är att mätningar av vårdskador – där sådana mätningar förekommer – sker på lokala initiativ, genom medverkan i kvalitetsregister eller medverkan i nationella mätningar. Verksamheternas deltagande i de nationella punktprevalensmätningarna samordnas regionalt.

Uppföljning av vårdskador är på motsvarande sätt huvudsakligen lokalt baserad. Spridning av erfarenheter och kunskaper mellan verksamheterna är sällsynt. En brist som vi ser det är vidare att återrapportering inte systematiskt når ut till alla personalgrupper. Särskilt läkargruppen förefaller vara svår att nå för sådan information.

Genomslag för SKL:s åtgärds paket

Svaren vid våra intervjuer indikerar att SKL:s riktlinjer är kända och tillämpas vid de granskade verksamheterna. Uppföljning och egenkontroll av tillämpningen är dock ett område med stor förbättringspotential.

REKOMMENDATIONER

Med utgångspunkt i vad som sagts ovan och det underlag i övrigt som redovisas i rapporten lämnar vi följande rekommendationer:

- Remisshantering, risk för läkemedelsfel i vårdens övergångar samt samverkan mellan sjukhusen och andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg är områden som oftast lyfts fram när vi frågar om vilka problem som anses mest allvarliga i verksamheterna när det gäller patientsäkerhet. Dessa är områden som vi bedömer kräver fortsatt skärpt uppmärksamhet och särskilda insatser från Regionstyrelsen.
- Verksamheterna inom VGR har enligt vår bedömning stort behov av förstärkt regional samordning och ledning till stöd för sitt arbete med patientsäkerhet. Regionstyrelsen bör se till att politiska direktiv tydligt lyfter fram frågor om patientsäkerhet och att Regionkansliet ges möjlighet att utvecklas till en effektiv stödfunktion för förvaltningarna. Här har särskilt regionchefläkaren en central roll.
- Regionstyrelsen bör stödja det arbete för ökad patientsäkerhet som pågår inom verksamheterna. Det gäller system och rutiner för avvikelshantering, riskanalyser, adekvat kompetensförsörjning och utveckling av en verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande.
- Vi rekommenderar att Regionstyrelsen ger fortsatt stöd till verksamheterna arbete med SKL:s åtgärdsprogram och särskilt inriktar detta på insatser för egenkontroll och uppföljning. Vårt intryck av den redovisning som lämnats är att insatser för uppföljning och egenkontroll inte getts erforderlig uppmärksamhet av verksamheterna.
- Rapporteringen av biverkningar av läkemedel från VGR visar på stora variationer mellan verksamheterna. Vi rekommenderar att Regionstyrelsen uppmärksammar dessa frågor och tar initiativ till att förbättra rapporteringen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PATIENTSÄKERHETSTERMINOLOGI	1
UPPDRAGET	2
BAKGRUND.....	2
SYFTE	2
AVGRÄNSNING	2
REVISIONSFRÅGOR	2
REVISIONSKRITERIER	2
ANSVARIG NÄMND/STYRELSE	3
METOD OCH GENOMFÖRANDE	4
JÄV	4
FÄLTARBETE.....	4
GRANSKNINGSPROTOKOLL OCH FOKUSOMRÅDEN	4
REDOVISNING AV IAKTTAGELSER	5
RIKTLINJER, ORGANISATION OCH UTBILDNING	6
AVVIKELSEHANTERING	6
RISKANALYSER.....	7
KOMPETENSFÖRSÖRJNING	7
INFORMATION OCH KOMMUNIKATION	8
SÄKERHETSBARRIÄRER OCH BESLUTSSTÖD	8
ARBETSLEDNING OCH ARBETSMILJÖ	9
PATIENTPERSPEKTIV OCH UTVECKLINGSARBETE	10
UTVECKLINGSARBETE INOM OMRÅDEN SOM PRIORITERATS AV SKL.....	10
<i>Åtgärder mot läkemedelsfel i vårdens övergångar</i>	<i>10</i>
<i>Åtgärder för att förebygga fallskador</i>	<i>11</i>
<i>Åtgärder för att förebygga trycksår</i>	<i>11</i>
ANALYS OCH BEDÖMNING	12
FÖREKOMST AV SKADOR OCH VÅRDSKADOR	12
<i>Socialstyrelsens studie</i>	<i>12</i>
<i>Uppgifter ur Socialstyrelsens Patientregister</i>	<i>12</i>
ÖVERGRIPANDE REGIONAL SAMORDNING	12
<i>Organisation för styrning och kontroll</i>	<i>13</i>
<i>Regionchefläkaren.....</i>	<i>13</i>
PATIENTSÄKERHETSARBETET I GRANSKADE VERKSAMHETER	13
<i>Samlad poängbedömning av granskade verksamheter</i>	<i>14</i>
<i>Patientsäkerhet och risker</i>	<i>14</i>
<i>Verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet</i>	<i>15</i>
SUMMERING OCH SLUTSATSER.....	17
VÅRDSKADEARBETETS EFFEKTIVITET OCH ÄNDAMÅLSENLIGHET	17
UTFORMNING AV ARBETET MOT VÅRDSKADOR.....	18
REGIONAL LEDNING OCH SAMORDNING	18
MÄTNING OCH UPPFÖLJNING AV VÅRDSKADOR	19
GENOMSLAG FÖR SKL:S ÅTGÄRDSPAKET VID DE GRANSKADE VERKSAMHETERNA	19

REKOMMENDATIONER.....	20
REGIONAL SAMORDNING OCH PLANERING.....	20
VERKSAMHETERNAS INSATSER FÖR PATIENTSÄKERHET	20
<i>Avvikelsehantering</i>	<i>20</i>
<i>Riskanalyser, latent och aktiva fel.....</i>	<i>21</i>
<i>Verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande.....</i>	<i>21</i>
GENOMSLAG FÖR SKL:S ÅTGÄRDSPAKET	21
RAPPORTERING AV BIVERKNINGAR AV LÄKEMEDEL.....	22
BILAGA	1
UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	1
<i>Definitioner och begrepp.....</i>	<i>1</i>
<i>Kalkylerade och ej kalkylerade risker</i>	<i>1</i>
<i>Risker och riskhantering</i>	<i>2</i>
<i>Säkerhetsbarrirer, latent och aktiva fel.....</i>	<i>2</i>
<i>Aktiva och latent fel.....</i>	<i>3</i>
FÖREKOMST AV VÅRDSKADOR I VGR	3
<i>Socialstyrelsens undersökning av förekomsten av vårdskador</i>	<i>3</i>
<i>Vårdskador i VGR enligt frekvenser i Socialstyrelsens studie</i>	<i>4</i>
<i>Beräkning av dödsfall till följd av vårdskador</i>	<i>4</i>
<i>Registrering av komplikationer inom VGR enligt Socialstyrelsens patientregister.....</i>	<i>6</i>
<i>Vårdskador som ersatts av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag</i>	<i>6</i>
<i>Kostnader för vårdskador</i>	<i>7</i>
<i>Rapportering av biverkningar av läkemedel.....</i>	<i>8</i>

PATIENTSÄKERHETSTERMINOLOGI

SOCIALSTYRELSEN (SOSFS 2005:12)M

Vårdskada	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
Negativ händelse	Händelse som medfört vårdskada
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra vårdskada
Avvikelse	Negativ händelse eller tillbud
Avvikelsehantering	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna
Risk	Möjligheten att en negativ händelse skall inträffa
Riskhantering	Rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
Patientsäkerhetsarbete	Arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada

UPPDRAGET

Revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) har gett BDO Consulting Group AB i uppdrag att granska hälso- och sjukvårdens åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador i regionen.

Bakgrund

Patienter riskerar, vid kontakt med hälso- och sjukvården, att drabbas av vårdskador. Vårdskador har stora konsekvenser, inte enbart för individen som drabbas, utan även för hälso- och sjukvården i form av onödiga kostnader, t ex på grund av förlängd vårdtid. SKL har i nationell satsning för ökad patientsäkerhet, i samverkan med regioner och landsting, tagit fram flera åtgärds paket för att minska risken för att patienter ska drabbas av vårdskador.

I regionfullmäktiges budget för 2010 finns, liksom tidigare, krav på att hälso- och sjukvården ska verka för ökad patientsäkerhet. Det finns även ett prioriterat mål om att förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner (VRI) ska halveras.

Syfte

Syftet är att granska om hälso- och sjukvårdens förebyggande åtgärder inom VGR är effektiva och ändamålsenliga mot bakgrund av att det är ett av regionfullmäktige prioriterat mål att antalet vårdskador skall halveras.

Avgränsning

Granskningen inriktas på sjukhusens åtgärder för att minska vårdskador. Då revisionen redan granskat insatser som berör vårdrelaterade infektioner ligger fokus på de andra typer av vårdskador som berörs av det åtgärds paket som utformats av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Dessa områden är läkemedelsfel i vårdens övergångar samt fallskador och trycksår i samband med vård.

Regionens större sjukhus berörs av granskningen: Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), NU-sjukvården (NU), Skaraborgs sjukhus (SkaS) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS).

Revisionsfrågor

1. Hur mäts förekomsten av vårdskador (regionalt/förvaltningar)?
2. Hur styrs/samordnas regionens/förvaltningarnas vårdskadearbete?
3. Hur är förvaltningarnas vårdskadearbete utformat? Typ av åtgärder? Omfattning?
4. Vilket genomslag har SKL:s åtgärds paket haft i verksamheterna?
5. Hur är uppföljningen av vårdskadearbetet utformad (regionalt/förvaltningarnas)?
6. Är vårdskadearbetet effektivt och ändamålsenligt?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs i första hand av:

Lagstiftning

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Ny lag om patientsäkerhet och tillsyn (träder i kraft 2011-01-01). Prop. 2009/10:210

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om

- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)
- Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)
- Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)
- Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)
- Läkemedelshandling i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1)
- Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)

Andra dokument

SKL:s åtgärdsprogram för att förebygga:

- läkemedelsfel i vårdens övergångar
- trycksår i samband med vård
- fallskador i samband med vård

Interna styrdokument

- Med omtanke om framtiden. Västra Götalandsregionens budget 2010.
- Handlingsprogram för God Vård, Västra Götalandsregionen 2010-2011.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom hälso- och sjukvård ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I budget för VGR 2010 fastställs att kvalitetsbristerna i hälso- och sjukvården ska minska genom ett aktivt förebyggande arbete byggt på ständiga förbättringar i processer och arbetsutförande. Ytterst handlar arbetet om att minska och långsiktigt minimera vårdrelaterade skador i hälso- och sjukvården. Målet är en säkerhetskultur där handhavandefel förebyggs och elimineras för att minska förekomsten av vårdrelaterade skador.

Ett av fem mål som prioriterats av regionfullmäktiges i budget 2010 är att förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner ska halveras.

Ansvarig nämnd/styrelse

Regionstyrelsen (Hälso- och sjukvårdsutskottet); styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Nu-sjukvården (NU), Skaraborgs sjukhus (SkaS) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS).

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Granskningen har inletts med en dokumentstudie som inriktats på mål, strategier och styrdokument för insatser som syftar till att minska frekvensen vårdskador samt system och data för att följa utvecklingen inom området. Urval av verksamheter och intervjupersoner för granskning har gjorts av företrädare för revisionskontoret.

Dokumentstudien har gett underlag för ett protokoll för intervjuer med företrädare för de verksamheter som ingår i urvalet. Intervjuerna med chefer och medarbetare vid verksamheterna syftar till att konkretisera materialet från dokumentstudien och till att granska hur de formella reglerna för patientsäkerhet tillämpas i praktiskt arbete.

Jäv

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets opartiskhet och självständighet.

Fältarbete

Dokumentstudier har genomförts under juni-juli 2010. Fältstudier vid ett urval av verksamheter har genomförts under augusti och september 2010.

Fältstudierna har genomförts vid SU (Sahlgrenska sjukhuset och Östra sjukhuset), NU-sjukvården (Uddevalla och Trollhättan), SkaS (Skövde) samt SÄS (Borås). Vid respektive sjukhus har granskningen inriktats på akutverksamhet, diagnostisk radiologi, internmedicin, samt kirurgi.

Vid samtliga granskade verksamheter har vi genomfört intervjuer och granskning av dokumentation som avser insatser för att minska antalet vårdskador. Intervjuerna omfattar regionchefläkaren samt chefläkare och ett urval av verksamhetschefer vid de besökta sjukhusen. Vid ett urval av de granskade verksamheterna har en fördjupning gjorts genom att även läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vid enheten intervjuats.

Granskningsprotokoll och fokusområden

Som underlag för intervjuer och dokumentstudier har vi utformat granskningsprotokoll som ger struktur och stadga åt våra intervjuer samt garanterar likvärdighet och jämförbarhet i våra bedömningar. Vi har i våra intervjuer genomgående behandlat följande områden:

- Riktlinjer, organisation och utbildning för patientsäkerhet
- Rapportering av avvikelser med särskilt fokus på vårdskador
- Förekomst av riskanalyser
- Kompetensförsörjning
- Information och kommunikation
- Säkerhetsbarriärer och beslutsstöd
- Arbetsledning och arbetsmiljö
- Patientperspektiv och utvecklingsarbete

För att konkretisera frågeställningarna på tre områden som ingår i SKL:s åtgärdsprogram har vi också utformat särskilda granskningsprotokoll för åtgärder mot läkemedelsfel i vårdens övergångar och trycksår respektive fallskador i samband med vård. Dessa protokoll har utformats efter strukturen i SKL:s respektive åtgärdsprogram.

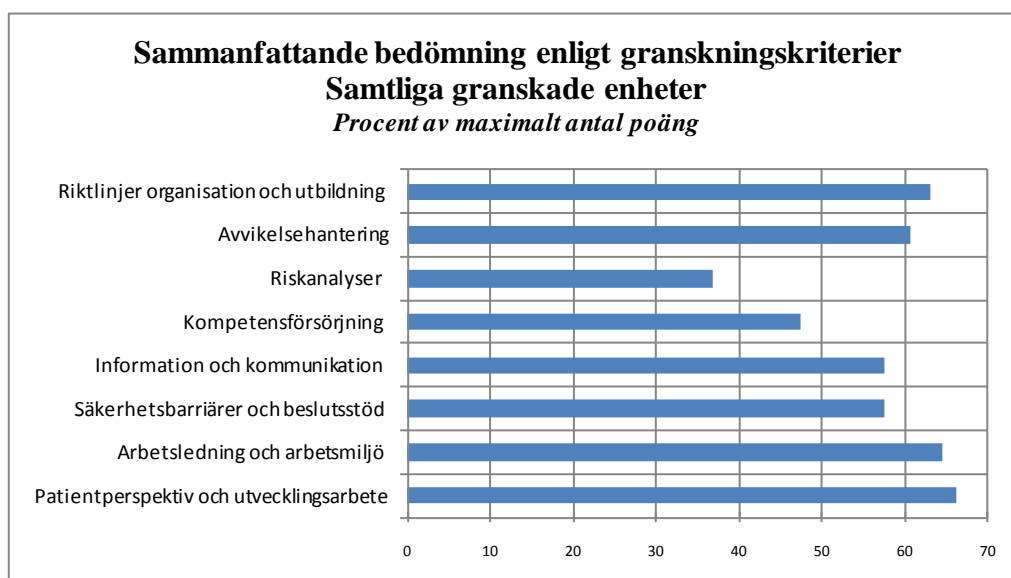
I vår analys av det material om verksamheterna som redovisats i dokumentstudier och intervjuer har vi tillämpat ett bedömningssystem som är utformat enligt de principer som används vid kvalitetssystemrevisioner.

REDOVISNING AV IAKTTAGELSER

Utgångspunkten för vår granskning är att säkerhetsåtgärder för att skydda patienter från skada inte bara är en skyldighet för den enskilda yrkesutövaren utan måste byggas in som en förutsättning i verksamheten. Kunskaper om hur människor beter sig i komplexa situationer och när de till exempel använder teknisk utrustning har avgörande betydelse för vårdens resultat. Bristar i ledning, system och organisation kan leda till att patienter kommer till skada, trots att de vårdas av professionella och sakkunniga yrkesutövare.

I vår granskning har vi följt ett specifikt protokoll som utformats enligt dessa principer och täcker in de områden som angivits i avsnittet om granskningsprotokoll och fokusområden. För att få jämförbarhet mellan de granskade enheterna har vi tillämpat ett system med poänggradering på samma sätt som görs vid traditionella kvalitetsrevisioner. För varje område har vi bedömt i vilken utsträckning de granskade verksamheterna motsvarar uppsatta kriterier.

Vår sammanfattande poängbedömning som innefattar samtliga granskade enheter redovisas i diagrammet nedan. Bland de kriterier som ingår i vår granskning är riskanalyser det område som får lägst poängbedömning. Kriterierna kompetensförsörjning, information och kommunikation respektive säkerhetsbarriärer och beslutsstöd får också något lägre poäng än de fyra återstående. I det följande kommenteras dessa resultat mer i detalj.



Riktlinjer, organisation och utbildning

Inledningsvis vid besöken har vi frågat efter dokumenterade rutiner och riktlinjer för patientsäkerhetsarbete. Vi har här frågat efter om dokumenten är datorbaserade, hur tillgängliga de är och hur aktuella de är.

Dokumenterade rutiner har redovisats i större eller mindre utsträckning vid samtliga granskade enheter. Med något enstaka undantag är dessa datorbaserade och aktuella, oftast också försedda med uppgift om version, ansvarig och revisionsdatum. Intervjuerna indikerar också att riktlinjer och rutiner är lätt tillgängliga för användarna vid enheterna.

Tydlig organisation av arbetet för patientsäkerhet redovisas vid samtliga granskade verksamheter. Säkerhetsfrågorna ingår som en del i linjeansvaret men kan också handhas av olika stödfunktioner. Dessa kan ha benämningar som kvalitetsutvecklare, kvalitetssamordnare eller verksamhetsutvecklare och kan ingå i verksamheternas ledningsgrupper. Vissa enheter har särskilda säkerhetsombud vid avdelningar eller andra delar av enheten. Det är vanligt att det finns en kvalitets- eller säkerhetsansvarig för hela enheten och att denne ingår i verksamhetens ledningsgrupp.

Särskild utbildning och information kring patientsäkerhetsfrågor redovisas endast i ett fåtal fall.

Avvikelsehantering

Samtliga enheter redovisar ett fungerande system för rapportering av avvikelser. Frekvensen rapporterade avvikelser anges som ökande och kvaliteten i rapporterade avvikelser anses ha successivt förbättrats. IT-systemet uppfattas inte sällan vara otillfredsställande som verktyg i arbetet med att hantera avvikelser. En uppdaterad version är under införande.

Benägenheten att rapportera varierar mellan personalgrupperna. Flest rapporter om avvikelser kommer från sjuksköterskor. Läkare rapporterar sällan avvikelser. Undersköterskor rapporterar men i mindre utsträckning än sjuksköterskor. I en del svar anges att undersköterskor ibland kan uppfattas känna sig utanför och inte så berörda av kraven på att rapportera avvikelser.

Sammanställning och analys av rapporterade avvikelser görs på ett tämligen likartat sätt inom samtliga granskade verksamheter. Graden av fördjupning i analyserna bestäms av avvikelsernas allvarighet och om den medfört patientskada. Vid tre enheter redovisas användning av metoden Global Trigger Tool (GTT)². Vid en enhet redovisas planer på att använda GTT för analys av dödsfall inom slutna somatiska akutsjukvård.

Återföring och diskussion av information om avvikelser sker generellt vid allmänna personalmöten. Viktigare frågor kan föras upp till verksamheternas ledningsgrupper. Läkarna deltar normalt inte i allmänna personalmöten utan håller sådana möten inom den egna gruppen. Tvärprofessionella arbetsplatsmöten förekommer men utgör enstaka undantag. Återrapporteringen når därför inte systematiskt ut till alla personalgrupper.

² Global Trigger Tool (GTT) är ett etablerat instrument för att identifiera skador eller komplikationer genom strukturerad analys av patientjournaler

Korrigerande åtgärder genomförs enligt uppgift med utgångspunkt i avvikelsernas karaktär och dignitet.

I något svar anges att verksamheterna är dåliga på att sprida och följa upp information om avvikelser. I vårt material finns ingen indikation på att erfarenheter från avvikelshanteringen förts vidare till enheter utanför den egna organisationen. Kunskaper om avvikelser och säkerhetshöjande åtgärder förefaller därför oftast stanna lokalt. Undantag kan vara när flera enheter är inblandade i en avvikelse och rapporteringen går över organisationsgränserna.

Risکانالyser

Risکانالyser görs inför större förändringar. I fältarbetet har redovisats ett flertal sådana analyser, exempelvis den risکانالys som gjorts inför flyttningen av traumaverksamheten från sjukhuset i Uddevalla till NÄL. Motsvarande har gjorts inför andra, större organisationsförändringar, inför inköp av ny utrustning etc.

Gemensamt för dessa analyser är att de görs på förekommen anledning. Vi har inte funnit mer än något enstaka fall där analysen gjorts för att identifiera risker i pågående, etablerade verksamheter. Vi har heller inte funnit att risکانالys är ett regelbundet återkommande tema i analyser av avvikelser.

Vi ser tillbud som en betydelsefull riskmarkör. Registrering av tillbud är ett område där verksamheterna redovisar mycket osäkra uppgifter. Förhållandevis få incidenter rapporteras enligt något intervjusvar. Sådan rapportering kan dock förekomma i avvikelssystemet utan att tydligt identifieras som incidenter eller tillbud.

Kompetensförsörjning

I våra intervjusvar lyfts kompetensfrågor fram som ett betydelsefullt men samtidigt problematiskt område. Det anses svårt att rekrytera framåtsyftande. Systematisk planering av insatser för kompetensutveckling saknas enligt något intervjusvar. Det anses enligt ett annat svar svårt att få fram medel till kurser.

Vi har inte från någon enhet fått indikation på att långsiktig personalplanering förekommer generellt. Att anställa exempelvis AT-läkare eller ST-läkare är dock beslut som har långsiktiga konsekvenser eftersom utbildningen tar flera år. Det blir därmed en del av planeringen för långsiktig kompetensförsörjning.

Planer för systematisk personalrekrytering redovisas i en del fall. Utvecklingsplaner för personal med olika former av kompetenssteg förekommer men är ofta starkt knutna till hantering av teknisk apparatur eller specifik metod. Körkort för särskilda uppgifter tillämpas i vissa verksamheter men är inte generellt förekommande.

I ett par svar redovisas att tvärprofessionella utbildningstillfällen arrangeras regelbundet. I ett fall redovisas internutbildning med utgångspunkt i en kompetensmatris där roller och krav preciseras som grund för bedömning av utbildningsbehov. Vid några enheter förekommer arbete med att systematiskt införa teamträning och simulatorträning som ett led i kompetensutvecklingen.

Introduktionsprogram för nyanställd personal och för vikarier redovisas vid samtliga granskade enheter.

Information och kommunikation

Journalssystemet Melior bedöms generellt fungera väl för sitt ändamål. Läkemedelsmodulen anses dock allmänt vara i behov av förbättring. Den domänindelning inom Melior som tillämpas vid SU ses som hinder för snabb och säker hantering av journalinformation. Information från akutmottagningen dokumenteras exempelvis i pappersform och följer patienten för att säkra att korrekt information når mottagande enhet.

Systemen för remisshantering ses allmänt som en källa till problem. Remisser från primärvården kommer i pappersform. Det är svårt för enheterna att få en överblick och att följa remisser på ett säkert sätt. Det finns små möjligheter att bevaka provsvar.

Det system som benämns *Kontaktpunkten* och finns vid SU ger bland annat förutsättningar för säkrare remisshantering. Systemet är tillgängligt både för patienter och vårdgivare och omfattar tidbokning, remissadministration, förnyelse av recept, patientinformation, sjuksköterskerådgivning, förmedling av kontakt samt synpunkter och klagomål. *Kontaktpunkten* tillämpas endast av ett fåtal enheter och förefaller inte vara särskilt väl känt inom verksamheterna.

Vi har särskilt frågat efter förekomst av strukturerade scheman för överrapportering, exempelvis SBAR³. Tekniken används för att strukturera information och för att presentera viktiga fakta på ett snabbt och effektivt sätt. Två enheter redovisar påbörjat eller pågående arbete med tillämpning av sådana tekniker. En enhet anger att tekniken tillämpas rudimentärt och en annan att utbildning i SBAR arrangerats efter händelseanalys.

Vi har också granskat förekomst av åtgärder för att utveckla effektivt och säkert teamarbete. De flesta av de granskade enheterna redovisar teamarbete med olika grad av stadga och formalisering av förfarandena. Mest utvecklade team finner vi inom akutverksamheten med dess genomgående tillämpning av triageteam och inom radiologin med team som är organiserade efter viss teknik.

Säkerhetsbarriärer och beslutsstöd

Som säkerhetsbarriärer i verksamheterna har vi betecknat checklistor och tvingande funktioner i tekniska system. Checklistor är vanligt förekommande och tillämpas i många sammanhang. Exempel är de generella checklistor som tillämpas inom opererande verksamheter i samband med operation och det system för triage som utnyttjas inom akutverksamheten. Enligt en intervjuuppgift tillämpas checklistor vid operation i 95 procent av fallen.

Andra säkerhetsarrangemang är att så långt möjligt undvika operationer nattetid och att normalt ha två operatörer vid varje operationstillfälle. Inom radiologi är en typ av säkerhetsbarriär att tillämpa dubbelgranskning av bilder. Andra exempel på säkerhetsbarriärer är rutiner för att säkerställa patientens identitet inför undersökningar eller behandlingar.

³ SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) tillhandahåller en fastställd struktur för kommunikationen och informationsöverföring

Säkerhetsbarriärer som inte får tillämpas enligt Socialstyrelsens lagtolkning är sänggrindar eller andra åtgärder för att förhindra patienternas rörlighet. Larmmattor eller andra anordningar som larmar när en patient med fallrisk oplanerat går upp utnyttjas vid behov. Vid några verksamheter tillämpas ett system med särskild markering för att uppmärksamma personalen på att en patient har fallrisk.

En åtgärd som kan bedömas öka säkerheten och kvaliteten i övrigt för patienterna är att tillåta direktintagning av patienter med vissa tillstånd, exempelvis stroke, akuta hjärtbesvär eller höftfraktur till respektive vårdenhet utan att patienten först måste passera akutmottagningen.

Läkemedelsmodulen i Melior ger signal om interaktioner vilket kan ses som både en säkerhetsbarriär och ett beslutsstöd.

Styrande dokument som graderar verksamheterna efter om de har huvudansvar, ansvar i andra hand eller i tredje hand reducerar risken för olämpliga placeringar av satellitpatienter. Ett sådant system redovisas vid ett av de granskade sjukhusen.

Tvingande funktioner återfinns huvudsakligen inom radiologiska verksamheter där sådana kan vara inbyggda i tekniken. Ett annat exempel är IT-systemet SAI som tillämpas vid SÅS. Där skall vissa uppgifter vara ifyllda innan ordinatören kan gå vidare. Avsikten är att registrera om det förekommer en vårdrelaterad infektion i samband med ordination av antibiotika. I Melior finns krav på att bedömning av fallrisk noteras innan dokumentationen kan fortsätta.

En bedömning i våra intervjusvar är att det är allmänt dåligt med beslutsstöd. Tillgång till visst beslutsstöd finns i Meliors läkemedelsmodul. Inom radiologi tillämpas algoritmer för bestämning av lämplig dosering av kontrastmedel. Andra typer av beslutsstöd som förekommer är den gradering av akuta tillstånd som tillämpas vid triage i akutverksamheten.

Arbetsledning och arbetsmiljö

Arbetsledningens inställning till säkerhetsfrågor är grundläggande för allt säkerhetsarbete. Vi kan notera variationer mellan verksamheterna men generellt redovisar ledningen vid de granskade enheterna ett starkt engagemang och systematiskt arbete för patientsäkerhet.

I ett sådant engagemang ingår också att aktivt uppmuntra och stödja personalens intresse och insatser för att höja sin egen kompetens och att förbättra verksamhetens säkerhetssystem.

Ett aktivt arbete för säkerhet innebär därutöver att ledningen observerar riskbeteenden och vid behov tar initiativ till att utmönstra sådana risker. Vid flera enheter har redovisats att ledningen ställt krav på särskild utbildning eller i några fall skilt befattningshavare från funktioner som de inte skött med tillräcklig grad av säkerhet. En enhet redovisar att ett sådant fall avgjorts dagen före vår intervju.

Den psykosociala arbetsmiljön beskrivs som god vid de enheter vi besökt. Det anses allmänt råda ett öppet och konstruktivt arbetsklimat där identifiering av risker och rapportering av avvikelser uppmuntras.

Bedömningarna av den fysiska arbetsmiljön varierar med den lokalstandard som finns vid respektive sjukhus. Lokalerna i det nya T-huset vid SÅS uppfattas som mer lättarbetade och säkra för patienterna. Risken för vårdrelaterade infektioner anses minska eftersom flertalet patienter där har enkelrum och personalen då inte går direkt från säng till säng. Konsumtionen av sömnmedel har minskat för patienter som vistas i de nya lokalerna. Dessa upplevs som tystare och lugnare.

Patientperspektiv och utvecklingsarbete

Vi har frågat särskilt efter verksamheternas insatser för att göra patienterna mer delaktiga i vården och dra nytta av deras kunskaper och erfarenheter i säkerhetsarbetet. Patienter informeras enligt intervjustvaren normalt om vad som hänt när det föreligger en vårdskada eller allvarligare avvikelse. Det förekommer att anhöriga också engageras i händelseanalyser.

Patientmedverkan i händelseanalyser kan enligt intervjustvar vara en klar fördel i avvikelsehanteringen. I en del fall redovisas att patienter medverkat vid diskussioner i ledningsgrupper eller andra grupper där avvikelser eller vårdskador behandlats.

Flertalet verksamheter i vårt urval redovisar olika former av systematiskt utvecklingsarbete för ökad patientsäkerhet men vi har inte funnit någon som lyfter fram att egenkontroll av sådana system genomförs.

Utvecklingsarbete inom områden som prioriterats av SKL

När det gäller utvecklingsarbete med inriktning på SKL:s åtgärds paket för ökad patientsäkerhet har vi enligt uppdraget fokuserat på insatser som avser åtgärder mot läkemedelsfel i vårdens övergångar, fallskador och trycksår. Den allmänna bild som framkommer i denna del av granskningen är att enheterna aktivt verkar för förbättringar inom dessa områden.

Åtgärder mot läkemedelsfel i vårdens övergångar

Läkemedelsfel i vårdens övergångar ses allmänt som ett allvarligt problem. Samtliga granskade verksamheter redovisar stor uppmärksamhet på risken med läkemedelsförskrivning och informationsöverföring. Vi har i våra intervjuer frågat efter ett urval av åtgärder mot läkemedelsfel i vårdens övergångar som återfinns i SKL:s rekommendationer.

Kartläggning av faktisk läkemedelskonsumtion görs normalt vid inskrivning av en patient. Det är en procedur som är behäftad med betydande osäkerheter och kan kräva omfattande insatser av läkaren eller någon annan yrkeskategori. Vid ett intervjutillfälle uttrycktes uppfattningen att det egentligen skulle kunna registreras som en avvikelse om den aktuella läkemedelsförteckningen var korrekt eftersom det ansågs vara så sällsynt.

Information om läkemedelsförskrivning inom primärvården går inte att överföra till Meliors läkemedelsmodul. Informationen kommer i pappersform och scannas eller skrivs manuellt in i läkemedelsmodulen. För information om läkemedelsförskrivning inom sjukhuset utnyttjas läkemedelsmodulen i Melior. Det ger förutsättningar för elektronisk överföring av information men överföringen kan försvåras av domänindelningen i journalsystemet.

Justering av läkemedelsförskrivningen görs under vårdtiden vid den aktuella slutenvårdsenheten. Det är en svår uppgift för den ansvarige läkaren att bedöma förskrivningar som gjorts

inom andra specialiteter. I intervjuerna framförs önskemål om bättre beslutsstöd i Meliors läkemedelsmodul eller tillgång till farmakologisk expertis för bedömning av lämpliga förändringar.

Arbete med utformning av rutiner för en läkemedelsberättelse som skall införas i hela regionen har enligt uppgift påbörjats. Utvecklingsarbetet baseras på en rutin som tagits fram vid Universitetssjukhuset i Lund. En läkemedelsberättelse innehåller inte bara patientens aktuella läkemedelslista, utan också alla förändringar som gjorts i medicineringen under sjukhustiden och skälen till dessa. Läkemedelsberättelsen ingår i den skriftliga information som patienten får vid utskrivningen. Den faxas också omedelbart till patientens hemsjukvård eller till primärvårdsläkare.

Åtgärder för att förebygga fallskador

Åtgärder mot fallskador har hög prioritet enligt samstämmiga uppgifter vid våra intervjuer. Samtidigt noteras att de faktiska förbättringar som uppnåtts genom olika åtgärder är blygsamma. Frekvensen fallskador anses svår att påverka.

Förekomst av fallskador är väl känd genom rapporteringen i systemet för avvikelshantering. Fall noteras normalt som en avvikelse och kommer med i statistiken. Vanligaste tidpunkt på dygnet för fall enligt uppgift vid våra intervjuer är kring klockan fyra på natten.

Bedömning av fallrisk görs normalt vid inskrivning av en patient. Rapport om fallrisk eller fall ges i epikris till annan vårdenhet. Anhöriga får kontinuerligt information under vårdtiden.

Åtgärder för att begränsa fallrisken kan vara justering av läkemedelsförskrivning och tillämpning av teknik som larmar när patienter med fallrisk rör sig oplanerat. Vid några enheter redovisas åtgärder som underlättar för personalen att uppmärksamma patienter med fallrisk. Åtgärder som begränsar patienternas rörlighet är inte längre tillåtna enligt Socialstyrelsen. Sänggrindar och bälten kan därför inte användas.

Åtgärder för att förebygga trycksår

I våra intervjuer redovisar de granskade enheterna stor uppmärksamhet på risken för trycksår. Det gäller både vid inskrivning och under vårdtiden. Även vid kortare behandlingar som exempelvis radiologiska undersökningar och operationer uppmärksammas risken för trycksår hos känsliga patienter.

När en patient skrivs in vid en enhet görs normalt en ordentlig hudundersökning. Resultaten redovisas enligt en internationell skala med fyra nivåer som sträcker sig från lokal hudrodnad till djup vävnadsskada.

Åtgärder för att förhindra eller minska trycksår hos en patient kan innefatta förändring av läkemedelsförskrivning, förbättring av nutrition och olika avlastande åtgärder som skyddar huden mot tryck. Förekomst av trycksår registreras i särskilda punktprevalensmätningar. Någon löpande registrering redovisas oftast inte. En verksamhet anger att löpande registrering av trycksår sker inom sjukhuset, dock inte vid alla enheter. Trycksår rapporteras sällan i systemet för avvikelshantering.

ANALYS OCH BEDÖMNING

Förekomst av skador och vårdskador

Socialstyrelsens studie

Socialstyrelsen refererar i sin utredning om vårdskador inom somatisk slutenvård till studier som genomförts i flera länder och bedömer att det finns anledning att anta att frekvensen av vårdskador är ungefär lika hög i Sverige som i andra västländer där förekomst av vårdskador har undersökts. Socialstyrelsen finner att antalet skador uppgår till 12,3 procent och att andelen undvikbara vårdskador kan beräknas till 8,6 procent.

Socialstyrelsen har valt att räkna upp studiens material till riksnivå med utgångspunkt i 1,2 miljoner vårdtillfällen under ett år. Vi har räknat om dessa uppgifter till den verksamhetsvolym som gällde för VGR 2009 vilket redovisas i bilaga till denna rapport. I den mån Socialstyrelsens uppgifter kan anses representativa för hela riket bedömer vi att motsvarande beräkningar bör kunna gälla för VGR. Det finns inte anledning att anta att VGR avviker från ett riksgenomsnitt eller att förhållandena väsentligt förändrats sedan Socialstyrelsens studie gjordes.

Uppgifter ur Socialstyrelsens Patientregister

Denna statistik baseras på diagnosättning i patientjournalerna. Kvaliteten på tillgängliga data blir starkt beroende av den ansvarige läkarens bedömning och klassificering av komplikationer av olika slag. Det finns anledning att anta att här kan föreligga en viss underredovisning.

Uppgifterna ur patientregistret i den här redovisningen kan närmast jämföras med frekvensen skador som i Socialstyrelsens studie beräknas till 12,3 procent. Detta motsvarar cirka 28 000 skador inom slutenvården i VGR 2009.

Trots dessa osäkerheter bedömer vi att uppgifter ur Socialstyrelsens patientregister kan vara av stort värde för löpande uppföljning av förekomst av komplikationer och skador i VGR. Registret ger möjlighet att kontinuerligt följa utvecklingen inom ett område på ett sätt som kan komplettera de uppgifter som bland annat kvalitetsregistren kan erbjuda.

Övergripande regional samordning

I våra intervjuer har vi genomgående frågat dem vi träffat vilka problem de uppfattar som mest allvarliga när det gäller patientsäkerhet. Tre som ofta återkommer är remisshantering, läkemedelshantering i journalsystemet Melior samt samverkan mellan sjukhus och andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg.

Inom samtliga dessa områden är det önskvärt med en stark regional samordning och styrning till stöd för det lokala utvecklingsarbetet. På motsvarande sätt som i vår tidigare granskning av regionens arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner⁴ finner vi skäl att betona vikt av ett sammanhängande perspektiv på frågorna om patientsäkerhet.

⁴ Granskning av regionens insatser för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Revisorerna i Västra Götlandsregionen 2010.

Tydliga mål för arbete mot risker och vårdskador i beställarnämndernas uppdrag och styrelsernas ägardirektiv till verksamheterna är en grundläggande förutsättning. Dessa mål och direktiv skall sedan konkretiseras i linjeorganisationens beslutsfattande och stödjas på ett samordnat sätt av stabsfunktionerna.

Organisation för styrning och kontroll

Ett sådant sammanhängande perspektiv förutsätter samsyn och dialog mellan olika beslutsfunktioner i regionen. Vi kan för den här granskningen urskilja tre delsystem eller beslutsnivåer av betydelse:

- Förtroendevalda beslutsinstanser inom hälso- och sjukvården
- Linjeorganisationen inom hälso- och sjukvården
- Stabsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Den överordnade politiska styrningen utövas av Regionstyrelsen genom Hälso- och sjukvårdsutskottet. Hälso- och sjukvårdsnämnderna och styrelserna för hälso- och sjukvården utövar beställarstyrning respektive ägarstyrning av verksamheterna.

Inom linjeorganisationen har regiondirektören det övergripande ansvaret. Forum för samordning och samverkan är Hälso- och sjukvårdsgruppen där förvaltningscheferna ingår och regiondirektören är ordförande. Inom respektive sjukhus är sjukhusdirektören och verksamhetscheferna de som har ansvaret för insatser för patientsäkerhet. Hela ansvaret för arbetet med patientsäkerhet ligger i linjeorganisationen.

Chefläkarna har en stabsfunktion som stöd för linjeorganisationens arbete med patientsäkerhet. För samordning och samverkan mellan chefläkarna finns chefläkargruppen. Inom verksamheterna finns stabsfunktioner som har roller som patientsäkerhetsansvariga, kvalitetsansvariga eller liknande.

Regionchefläkaren

Regionchefläkaren har formellt ansvar för VGR:s strategi för patientsäkerhet. I det ingår att forma och följa upp de system som ska stödja ett sådant utvecklingsarbete och att arbeta med metodutveckling som stöd tillsammans med Centrum för verksamhetsutveckling (CVU). Regionchefläkarens roll blir samordnarens som från olika håll samlar kompetens och resurser för att sedan i styrgrupp eller liknande leda arbetet.

CVU ingår i Regionkansliet och är en stödfunktion som hjälper kliniska verksamheter att genomföra förbättringsarbeten. De har bland annat drivit och driver fortlöpande förbättringsarbeten tillsammans med team från VGR:s olika sjukhus.

Patientsäkerhetsfrågorna är enligt intervjuuppgifter dåligt representerade i regionala ledningsgrupper. Vi har noterat att regionchefläkaren inte ingår i någon ledningsgrupp inom VGR.

Patientsäkerhetsarbetet i granskade verksamheter

Vårt underlag ger möjlighet till jämförelser på hög detaljnivå men bör tolkas med försiktighet. Vad som redovisas är våra bedömningar, grundade på information som kommit fram vid intervjuerna samt dokumentation som tillhandahållits av granskade verksamheter.

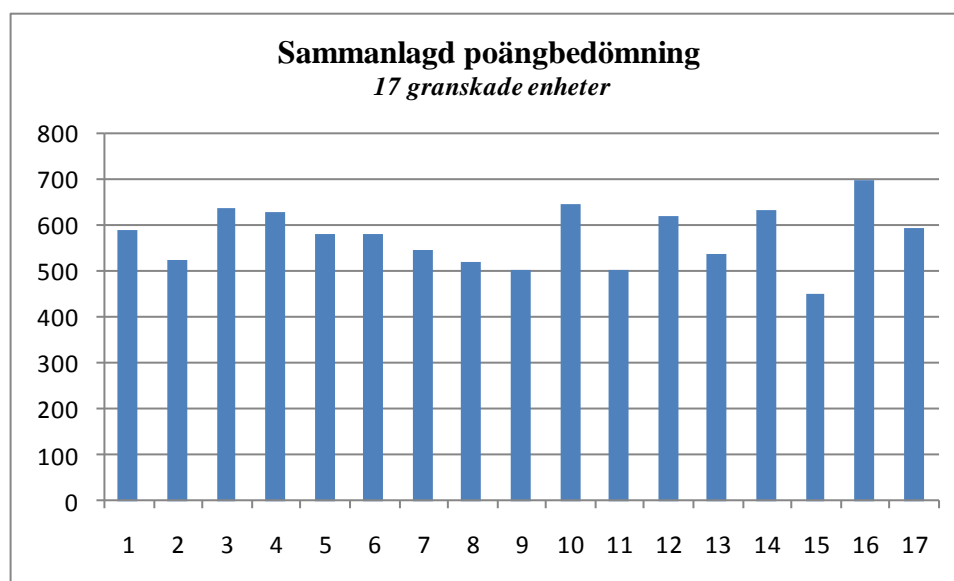
Vi gör inga jämförelser på sjukhusnivå eftersom vi bedömer att vårt underlag inte är tillräckligt för att ge en rättvisande bild av sjukhusens samlade verksamhet. Jämförelser mellan verksamheter görs utan att respektive verksamhet identifieras. Avsikten med rapporten är att ge en samlad bild av arbetet för patientsäkerhet och förutsättningar för regional samordning.

Samlad poängbedömning av granskade verksamheter

I diagrammet nedan återges vår samlade poängbedömning av de verksamheter som ingår i granskningen. Generellt bedömer vi att det finns ett stort engagemang och intresse för insatser mot vårdskador och att arbetet för patientsäkerhet prioriteras.

Som framgår av figuren förekommer dock skillnader i omfattning och intensitet i arbetet för att förebygga vårdskador. Maximalt antal poäng är 1 000 och de granskade verksamheterna hamnar någonstans mellan 450 och 700 poäng.

Dessa skillnader är till stor del en följd av olikheter i verksamheternas karaktär. Tekniskt orienterade discipliner tenderar att nå bättre resultat i den här typen av bedömningar men vi bedömer att det också finns reella skillnader som har sin grund i olikheter i intresse och engagemang för patientsäkerhetsarbete i verksamheterna.



Patientsäkerhet och risker

Patientsäkerhet handlar i grunden om att hantera olika former av risker. Gränsen mellan undvikbara och ej undvikbara risker kan vara diffus. Arbeta för patientsäkerhet förutsätter ett integrerat synsätt och en bred ansats enligt principer som gäller för verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet.

Vi kan illustrera detta med ett exempel som återgetts i dagspressen⁵. I en utredning vid Skånes Universitetssjukhus i Lund har granskats 193 larm om hjärtstopp på vårdavdelningarna under 2008 och 2009. Genom att leta efter riskfaktorer kom utredningen fram till att 41 vårdskador

⁵ Sydsvenskan 2010-10-24 A11

hade kunnat undvikas, varav 13 livshotande och 21 med dödlig utgång. Enligt utredningen går de flesta hjärtstopp att undvika genom enkla kontroller, exempelvis en särskild mall för regelbunden patientövervakning på vårdavdelningarna.

I det här fallet har frekvensen hjärtstopp på vårdavdelning identifierats som ett åtgärdbart problem. Riskanalys har visat på orsaker och möjliga åtgärder som har lagts till grund för ändrade rutiner och processer. Implementering av dessa förutsätter kompetensutveckling av läkare och annan vårdpersonal. Tillämpningen behöver sedan följas upp med system för regelbunden egenkontroll.

Verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet

Vi kan generalisera förfarandet i exemplet ovan och knyta an till vad som är känt om kriterier för verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet.

Forskning om säkerhet säger oftast mer om orsaker till oönskade händelser än om hur sådana kan förebyggas. Det finns dock studier som granskat verksamheter som kännetecknas av hög säkerhet och sammanställt typiska egenskaper för dessa. I korthet kan resultaten sammanfattas i fyra kriterier för hög säkerhet i en verksamhet:

- Kontinuerlig uppmärksamhet på risker.
- Förenkling av processer och förfaranden.
- Tydlig struktur med säkerhetsbarriärer och standardisering av rutinförfaranden.
- Verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande.

Kontinuerlig uppmärksamhet på risker

Uppmärksamhet på risker innefattar en väl etablerad tradition att rapportera avvikelser och att analysera dessa ur ett systemperspektiv. Uppmärksamhet på risker innefattar också kontinuerlig vaksamhet på latent risker som finns inbyggda i de grundläggande förutsättningarna för en verksamhet.

Avvikelsehanteringen bedömer vi fungerar tillfredsställande vid samtliga granskade verksamheter. Hantering av avvikelser följer ungefär samma mönster vid samtliga granskade verksamheter.

Vi ser problem i att återföringen av information från avvikelsehanteringen inte systematiskt når alla berörda grupper. Särskilt läkarna förefaller stå utanför stora delar av de diskussioner om avvikelser som förs vid exempelvis arbetsplatsträffar.

Information om avvikelser förefaller för det mesta stanna lokalt även om uppgifterna kunde vara av intresse för andra verksamheter. Här bedömer vi att det finns en betydande förbättringspotential.

Vi bedömer också att det vore till fördel med en tydligare rapportering och identifiering av tillbud i systemet för avvikelsehantering. Tillbud kan ses som betydelsefulla markörer av risk och bör därför enligt vår bedömning redovisas tydligt och behandlas som ett viktigt led i avvikelsehanteringen.

Ökad uppmärksamhet på risker generellt är ett annat område som vi finner har hög förbättringspotential. Riskanalyser görs som nämnts tidigare vanligtvis på förekommen anledning, exempelvis vid omorganisationer. Vi har också sett exempel på riskbedömningar som innebär att personer med riskbeteende skilts från uppgifter de inte fullgör tillfredsställande.

Vi bedömer vidare att det vore till fördel om tillämpade typer av riskanalyser kunde kompletteras med inventering av kända eller tänkbara risker i verksamheterna. Det är känt att det i vårdorganisationen finns en betydande fond av kunskap om i första hand latent risker som inte kommer fram med nuvarande förfaringssätt.

Förenkling av processer och förfaranden

Detta innefattar eliminering av onödiga eller dubblerade processer för att fokusera tydligt på faktorer som har direkt betydelse för patientsäkerheten eller kvaliteten i övrigt. Riskerna för fel ökar med antalet steg i en process. Vi har noterat exempel på processanalyser som syftar till att förenkla rutiner och minska risker.

Det är angeläget med kontinuerlig uppmärksamhet i verksamheterna på möjligheterna att förenkla och rätta ut krångliga eller riskfyllda processer. Remisshantering och processer för dokumentation av läkemedelsförskrivning är processer som vi bedömer innefattar särskilda risker och bör ges särskild uppmärksamhet.

Verksamheterna redovisar generellt att de har dålig kontroll över remissflödet. Det system för att bland annat hålla reda på remisser – Kontaktpunkten – som vi stött på vid ett par verksamheter vid SU förefaller kunna ge större säkerhet men verkar föga känt bland verksamheterna i övrigt. Läkemedelsmodulen i Melior anses ha svagheter och skulle enligt de indikationer vi fått bland annat behöva graderas upp med bättre beslutsstöd och förutsättningar för integration med andra system. Detta avser även uppdelningen i domäner som följer organisatoriska gränser och försvårar en gemensam och sammanhållen läkemedelsjournal för varje enskild patient.

Hög grad av struktur, säkerhetsbarriärer och standardisering

En verksamhet med hög grad av struktur kännetecknas av formaliserade förfaranden som skall garantera likvärdigt utfall i jämförbara fall. I begreppet ingår också tillämpning av säkerhetsbarriärer och standardisering av rutinförfaranden.

Högst frekvens säkerhetsbarriärer och tvingande funktioner finner vi inom radiologi där de ofta är en integrerad funktion i utrustningen. Säkerhetsbarriärer i betydande omfattning finner vi också inom akutverksamhet och kirurgi. De är angeläget med fortsatt utveckling av säkerhetsbarriärer inom samtliga verksamhetsområden.

Exempel som tidigare redovisats är bedömningsinstrumentet METTS⁶ och formella rutiner för regelbunden tillsyn av patienter som tillämpas inom akutverksamheten. Inom kirurgi tillämpas generellt checklistor inför operation, regler för att undvika operationer nattetid och att så långt möjligt säkra att operatören inte skall behöva göra ingreppet ensam.

⁶ Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) är ett standardiserat protokoll för sortering och prioritering av patienter vid en akutmottagning.

Standardiserad överföring av information – exempelvis med hjälp av tekniken SBAR – är ett annat sätt att skapa struktur och bygga upp säkerhetsbarriärer. SBAR tillämpas vid några av de granskade verksamheterna men är inte allmänt förekommande.

Verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande

Med säkerhetskultur menas att säkerhet ges hög prioritet och att sådant tänkande genomsyrar hela verksamheten. Det innefattar ledningssystem och säkerhetssystem lika väl som individuella attityder och uppfattningar.

Grundläggande för en verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande är ledningens inställning och förmåga att skapa ett positivt säkerhetsklimat. Vi har generellt funnit starkt engagemang från ledningen vid de verksamheter vi besökt. Vi har också generellt fått intrycket att det råder ett öppet och positivt klimat vid verksamheterna när det gäller rapportering av avvikelser.

Säkerhetsbarriärer innefattar också tillgång till personal med adekvat kompetens. Kompetensförsörjning är därför ett centralt men enligt vad vi kunnat finna inte alltid prioriterat område. I våra intervjuer lyfts kompetensfrågor fram som ett betydelsefullt men samtidigt problematiskt område.

Teamarbete där olika kompetenser tas tillvara effektivt kan ses som ett annat element i en verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande. Vi ser en utveckling mot ökat teamarbete inom de flesta av de granskade verksamheterna. Exempel på väl utvecklat teamarbete finner vi inom radiologi där tekniken gör det naturligt att samla olika kompetenser kring viss utrustning eller typ av undersökning.

SUMMERING OCH SLUTSATSER

Områden som återkommer när företrädare för verksamheterna ombeds beskriva sina mest allvarliga problem är remisshantering, läkemedelshantering i vårdens övergångar samt samverkan mellan sjukhusen och andra vårdgivare, främst primärvården. Det är frågor som motiverar särskild uppmärksamhet men i betydande utsträckning ligger utanför de granskade verksamheternas kontroll.

I det här avsnittet fokuserar vi på revisionsfrågorna och redovisar våra bedömningar enligt revisionskriterierna.

Vårdskadearbetets effektivitet och ändamålsenlighet

Som en generell slutsats av granskningen bedömer vi att vårdskadearbetet inom VGR under givna förutsättningar kan anses effektivt och ändamålsenligt även om vi samtidigt noterar områden med stora förbättringsmöjligheter. Verksamhetskulturerna vid de granskade verksamheterna får allmänt bedömas som kännetecknade av ökad medvetenhet om säkerhetstänkande.

Vi kan notera uppmärksamhet på risker, främst genom hantering av avvikelser. Riskindivider identifieras och sätts under kontroll. Riskbedömningar görs vid större förändringar men det

vore önskvärt med mer systematiska insatser för att också identifiera risker som kan finnas inbyggda i etablerade rutiner, processer eller beteenden.

Strävan att förenkla processer och rutiner har redovisats i några fall. Vår bedömning är dock att den typen av aktiviteter skulle kunna vara mycket mer ofta förekommande. Vår erfarenhet säger att det finns en stor förbättringspotential i granskning och ifrågasättande av verksamhetens processer och rutiner.

Den osäkerhet som redovisas när det gäller hantering av remisser anser vi borde föranleda en samlad insats av regionen.

Verksamheterna redovisar en tydlig struktur för sitt arbete för patientsäkerhet och tillämpar olika former av säkerhetsbarriärer. System med beslutsstöd av olika slag har också redovisats. Önskemål om bättre beslutsstöd i läkemedelsmodulen i Melior är ett ämne som återkommer i olika sammanhang. Ökad tillämpning av strukturerad informationsöverföring – exempelvis med tekniken SBAR – redovisas i några fall men är inte vanligt förekommande.

Verksamhetskulturerna vid de granskade verksamheterna får allmänt bedömas som kännetecknade av ökad medvetenhet om säkerhetstänkande. Det finns ett engagemang hos ledningen för dessa frågor och klimatet för säkerhetsarbetet redovisas som öppet och förtroendefullt.

Utformning av arbetet mot vårdskador

Vår granskning visar att det pågår ett omfattande och i många fall intensivt arbete för patientsäkerhet vid verksamheterna. Det är ett mycket diversifierat arbete som vi i den här rapporten försökt sammanfatta i mer övergripande termer.

Säkerhetsarbetet är mestadels lokalt förankrat och har sitt ursprung i initiativ inom den egna verksamheten. Spridning av erfarenheter och kunskaper sker inte systematiskt. Vi har dock funnit fall av regional samverkan över verksamhetsgränserna. Ett exempel är den överenskommelse om gemensamt triagesystem som träffats mellan akutverksamheterna i VGR.

Regional ledning och samordning

Vi ser inte mycket av regional ledning och samordning i vår granskning av verksamheternas arbete för patientsäkerhet. Huvuddelen av allt sådant arbete sker på lokala initiativ och är lokalt förankrat. När någon form av regional samordning sker kommer initiativet mestadels från de medverkande parterna själva som exemplet med triagesystemet illustrerar. Regionkansliets roll i arbetet för patientsäkerhet är inte särskilt framträdande i de beskrivningar vi möter. Vi har dock uppmärksammat ett utvecklingsarbete med betydelse för patientsäkerheten som bedrivs av Analysenheten inom VGR.

Att tillåta hög autonomi för de olika sjukhusförvaltningarna kan vara rationellt i en organisation av VGR:s storlek. Det förutsätter dock en tydlig regional samordning och ledning på övergripande nivå. En sådan samordning sker med fördel via politiska mål som anger prioriteringar och formulerar riktlinjer för verksamheternas utveckling till stöd för det lokala arbetet.

Regionkansliet får därmed en mer stödjande och övervakande roll. Regionkansliet skulle också kunna vara initiativtagare till utvecklingsarbete som är för omfattande för att drivas av förvaltningarna själva.

Mätning och uppföljning av vårdskador

Någon allmän mätning och uppföljning av vårdskador sker inte. Socialstyrelsens retrospektiva studie av vårdskador inom somatisk slutenvård är den enda som kan ge en heltäckande bild av förekomsten av vårdskador i landet. Vårdskador inom VGR redovisas huvudsakligen genom systemet med avvikelshantering eller genom mätningar inom särskilda områden.

VGR deltar i den insamling av uppgifter om vårdrelaterade infektioner som SKL tagit initiativ till genom punktprevalensmätningar två gånger per år. Motsvarande mätningar av förekomst av trycksår har påbörjats och kommer från och med 2011 att rapporteras till SKL i en nationell mätning. Sådana mätningar redovisas vid några av de granskade verksamheterna. En sjukhusförvaltning anger att löpande registrering av trycksår sker inom sjukhuset, dock inte vid alla enheter. De verksamheter vi granskat deltar också i olika nationella kvalitetsregister där resultat redovisas.

Vårt generella intryck är att mätningar av vårdskador – där sådana mätningar förekommer – sker på lokala initiativ, genom medverkan i kvalitetsregister eller medverkan i nationella mätningar. Någon mätning som har sitt ursprung i initiativ på regional nivå har inte redovisats.

Uppföljning av vårdskador är på motsvarande sätt huvudsakligen lokalt baserad. Spridning av erfarenheter och kunskaper mellan verksamheterna är sällsynt. Undantag kan som tidigare redovisats vara när flera enheter är inblandade i en avvikelse och rapporteringen går över organisationsgränserna. En brist som vi ser det är vidare att återrapportering inte systematiskt når ut till alla personalgrupper. Särskilt läkargruppen förefaller vara svår att nå för sådan information.

Genomslag för SKL:s åtgärds paket vid de granskade verksamheterna

Vi har här enligt uppdraget granskat insatser mot läkemedelsfel i vårdens övergångar, fallskador och trycksår. Som grund för granskningen har vi haft de riktlinjer som anges i respektive åtgärds paket.

Svaren vid våra intervjuer indikerar att SKL:s riktlinjer är kända och tillämpas vid de granskade verksamheterna. Uppföljning och egenkontroll av tillämpningen är enligt vår uppfattning ett område med stor förbättringspotential.

Vid inskrivningen till sjukhus görs kartläggning av patientens läkemedelsförskrivning samt bedömning av fallrisk respektive risk för trycksår. Vissa verksamheter redovisar att förekomst och behandling av trycksår registreras i särskild sårlogg. Fallskador registreras enligt uppgift regelmässigt. Vissa verksamheter redovisar särskilda åtgärder som underlättar för personalen att uppmärksamma patienter med fallrisk.

Kartläggning av patientens aktuella läkemedelsförskrivning vid intagning till sjukhus är ett intrikat problem. De läkemedelslistor som följer med är enligt uppgift sällan korrekta. Information från primärvården kommer i pappersform och går inte att föra över till Melior. Det

kan sedan förekomma svårigheter att föra över läkemedelsinformation inom Melior om verksamheterna befinner sig på olika domäner i systemet.

REKOMMENDATIONER

Vi har tidigare i den här rapporten lyft fram de områden som oftast nämns när vi frågar efter problem som uppfattas som mest påträngande och allvarliga när det gäller patientsäkerhet. Det handlar om remisshantering, risk för läkemedelsfel i vårdens övergångar samt samverkan mellan sjukhusen och andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg. Dessa är områden som vi bedömer kräver fortsatt skärpt uppmärksamhet och särskilda insatser från Regionstyrelsen.

Det är en allvarlig säkerhetsbrist om verksamheterna inte kan tydligt följa remisser utan riskerar att tappa bort någon. Information om förskrivna läkemedel måste kunna föras över säkert mellan olika vårdgivare. Samverkan mellan vårdgivare är väsentligt för säkerheten. Villkoren för sådan samverkan bör tydligt regleras i avtal med respektive vårdgivare.

Regional samordning och planering

VGR tillämpar en organisation med långtgående autonomi för sjukhusförvaltningarna. Vi bedömer att detta är en rationell lösning i en verksamhet av VGR:s omfattning. För att bli effektivt förutsätter detta dock stöd från en stark regional funktion för samordning, samverkan och informationsutbyte. Vi ser också ett starkt behov av att förstärka regionchefläkarens roll och funktion.

Regionstyrelsen bör därför se till att politiska direktiv tydligt lyfter fram frågor om patientsäkerhet och att Regionkansliet ges möjlighet att utvecklas till en effektiv stödfunktion för förvaltningarna.

Verksamheternas insatser för patientsäkerhet

Avvikelsehantering

Regionstyrelsen bör stödja det arbete för ökad patientsäkerhet som pågår inom verksamheterna. Avvikelsehanteringen är ett väsentligt instrument som enligt vår bedömning fungerar väl men samtidigt har potential för förbättringar. Det gäller inte minst återkopplingen av information som idag inte systematiskt når alla personalgrupper. Särskilt läkargruppen förefaller ofta stå utanför de diskussioner som förs på arbetsplatsträffar om inträffade avvikelser.

Erfarenhetsutbytet mellan verksamheterna ifråga om resultat ur analyser av avvikelser är enligt vad vi kunnat finna begränsat. Det är önskvärt med förbättringar på det området för att bättre utnyttja avvikelsehanteringsens möjligheter.

I avvikelsehanteringen bedömer vi också att registrering och analys av tillbud bör ges ökad uppmärksamhet. Tillbud kan ses som betydelsefulla riskmarkörer och bör registreras och behandlas på ett sätt som gör det möjligt att utnyttja denna potential.

Risikanalyser, latent och aktiva fel

Risikanalyser sker mestadels på förekommen anledning, exempelvis vid större organisationsförändringar. Vi menar att Regionstyrelsen bör stödja strävanden att genomföra inventering av risker i etablerade system och rutiner för att minska risken för latent fel.

Granskning av rutiner och processer som syftar till förenkling och förtydligande är ett beprövat sätt att minska latent risker. Om antalet led i en process reduceras minskar också risken för överföringsfel.

Risker för aktiva fel kan minskas avsevärt genom tillämpning av standardiserade procedurer, säkerhetsbarriärer och beslutsstöd. I vår granskning finner vi exempel på sådana funktioner i form av checklistor, tvingade funktioner i teknisk utrustning eller journalsystem och beslutsstöd för läkemedelsförskrivning eller för dosering av kontrastvätska vid radiologiska undersökningar.

Det finns dock ett stort behov av fortsatt utveckling av system och funktioner som förhindrar eller minskar risken för aktiva fel. Tekniker som SBAR tillämpas enbart i begränsad utsträckning. Det finns önskemål om bättre beslutsstöd i Meliors läkemedelsmodul. Det är angeläget att Regionstyrelsen aktivt uppmuntrar och stöder utvecklingen av tekniker och instrument som minskar risken för vårdskador.

Verksamhetskultur med högt säkerhetstänkande

Vår granskning indikerar att verksamheterna uppvisar en kultur med ökad medvetenhet om säkerhetstänkande. Frågor om patientsäkerhet ges prioritet och uppmärksamhet men det finns också ett betydande utrymme för förbättringar.

Samverkan och informationsutbyte mellan olika personalgrupper kan vidareutvecklas och förstärkas. Den utveckling av team där olika kompetenser möts på öppna villkor bör kunna utvidgas och fördjupas.

Vilja till och stöd för kompetensutveckling bidrar till ett klimat med högt säkerhetstänkande där också individer med riskbeteende identifieras och blir föremål för adekvata åtgärder. Kompetensförsörjning får dock allmänt ses som ett väsentligt förbättringsområde.

Uppföljning och egenkontroll av den egna verksamheten är en grundläggande faktor i en kultur med högt säkerhetstänkande. Här har vi från granskningen indikationer på att det finns betydande utrymme för förbättringar. Det gäller exempelvis registrering och mätning av vårdskador men också uppföljning av följsamhet mot regler och rutiner för patientsäkerhet.

Genomslag för SKL:s åtgärds paket

De granskade verksamheterna redovisar att riktlinjerna är kända och tillämpade. Det gäller rutiner för vård och behandling i syfte att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar, fallskador och trycksår.

Vårt intryck av den redovisning som lämnats är dock att insatser för uppföljning och egenkontroll inte getts samma uppmärksamhet. Här anser vi att det finns en betydande förbättringspotential.

Rapportering av biverkningar av läkemedel

Den statistik som vi fått från Läkemedelsverket angående rapporter om biverkningar av läkemedel från verksamheter inom VGR tyder enligt vår tolkning på att det finns stora variationer i benägenheten att rapportera biverkningar. Det är en uppfattning som kan anses ha stöd i bred praktisk erfarenhet.

Rapportering av biverkningar av läkemedel utgör ett viktigt led i ett aktivt arbete för patientsäkerhet. Det är angeläget att Regionstyrelsen tar initiativ till insatser som kan leda till förbättringar i detta avseende.

BILAGA

Utgångspunkter för granskningen

Definitioner och begrepp

Hälso- och sjukvård är en i grunden riskfylld verksamhet och kringgärdas av omfattande regelsystem som skall säkerställa patientsäkerheten. Säkerhet är ett fundamentalt element i all kvalitetsbedömning. Om det brister i patientsäkerheten förlorar övriga kvalitetsmått sitt värde.

Patientsäkerhet bör ses som ett dynamiskt begrepp. Säkerhet är något som behöver erövrats och vidmakthållas vid varje tidpunkt och i varje delmoment för att verksamheten skall fungera korrekt. Så fort uppmärksamheten på säkerheten sjunker ökar riskerna. Det är ett viktigt skäl till att ha starkt fokus på säkerhetstänkande och säkerhetskultur i verksamheterna.

Säkerheten i varje delmoment kan höjas med hjälp av skyddsnet eller säkerhetsbarriärer som ger skydd mot misstag eller tekniska fel. Om skyddsneten brister eller säkerhetsbarriärerna bryts igenom uppstår risker som kan resultera i skador för patienten. I varje del av den process som hälso- och sjukvårdens verksamhet byggs upp av och i kommunikationerna mellan dessa måste säkerhetssystemen fungera.

Kalkylerade och ej kalkylerade risker

Kalkylerade risker

Varje form av vård och behandling innefattar någon form av kalkylerad risk. Med beslutade behandlingsåtgärder följer också risk för oönskade behandlingseffekter.

Bedömningar av lämplig nivå på kalkylerade risker görs efter vetenskap och beprövad erfarenhet. De gränser som tillgänglig kunskap sätter för rationell behandling och risktagande kan dock vara både vida och diffusa. Utveckling och tillämpning av ny kunskap minskar de kalkylerade riskerna men kan också skapa nya risker genom att flytta gränserna för vad som är möjligt och lämpligt att behandla.

Kalkylerade risker ingår naturligt i all hälso- och sjukvård. Det uttrycks i definitionen av vårdskada med uttrycket att skadan inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd. Kalkylerade risker kan minimeras men aldrig elimineras.

Ej kalkylerade risker

Ej kalkylerade risker är sådana som i princip är onödiga och skulle kunna undvikas. Generellt kan de indelas i risker som är förbundna med brister i teknik eller system respektive ofullkomligheter hos dem som handhar dessa tekniker och system.

Med system avses organisation, ansvarsfördelning, regler, rutiner och resurser samt tillämpningen av och funktionen hos dessa. Väsentliga krav på systemen är att de skall ha en utformning som minskar risken för misstag hos handhavarna.

Även om ej kalkylerade risker är sådana som bör elimineras kan de aldrig helt undvikas. Misstag sker alltid på grund av slarv, stress, okunskap, oförutsedda kombinationer av faktorer

eller liknande företeelser trots att misstagen i princip och sett med efterhandskunskap oftast inte hade behövt inträffa.

Patientsäkerhetsarbete är enligt definition inriktat på att ge skydd mot vårdskada. Fokus blir därmed på åtgärder för att eliminera eller reducera förekomst av ej kalkylerade risker.

Risker och riskhantering

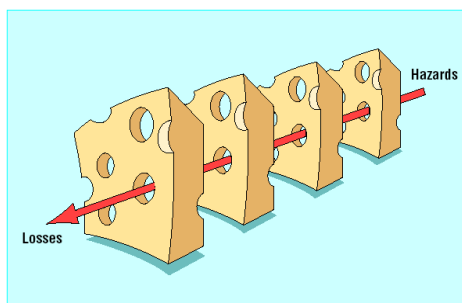
Enligt Socialstyrelsens definition är en risk möjligheten att en negativ händelse skall inträffa. Riskhantering är rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt att återföra erfarenheterna.

Socialstyrelsen tar inte upp begreppet riskanalys. En sådan analys syftar till att finna den mest ekonomiska och effektiva kombinationen av åtgärder där insatser för skydd vägs mot konsekvenserna av negativa händelser.

Säkerhetsbarrirer, latent och aktiva fel

Säkerhetsbarrirer har en nyckelroll i systemtänkandet när det gäller säkerhet. Högteknologiska system kan ha många sådana lager av försvarsmekanismer. En del är tekniska, som alarm eller automatiska avstängningsfunktioner. Andra baseras på kunskaper hos inblandade personer, exempelvis vårdpersonal. Andra åter bygger på bestämda regler, metoder eller administrativa kontroller.

Säkerhetsbarrirernas gemensamma uppgift är att utgöra ett skydd mot felhandlingar av olika slag⁷. I en ideal värld skulle varje barriär alltid vara helt intakt. I verkligheten har barriärerna hål och revor på olika ställen. Dessa har liknats vid skivor av ost enligt figuren nedan.



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

I motsats till hålen i ostskivorna är hål och revor i säkerhetsbarrirerna inte stabila. De skiftar kontinuerligt läge. De öppnas och sluts. Förekomsten av hål i en barriär betyder normalt inte att något oönskat händer. Sådana händelser uppträder först när flera hål samtidigt uppträder längs en linje som gör det möjligt för en olycklig kombination av händelser att penetrera säkerhetssystemet.

⁷ James Reason. Human error: models and management. BMJ Volume 320. 18 March 2000

Aktiva och latent fel

Hålen eller revorna i säkerhetssystem uppstår normalt till följd av två huvudsakliga faktorer: aktiva respektive latent fel.

Aktiva fel är sådana som begås av inblandad personal. De kan bestå av förbiseenden, felslut, brott mot etablerade regler eller metoder etc. Aktiva fel har en direkt men oftast kortlivad effekt på verksamheten.

Latenta fel är inneboende svagheter i systemen. De har sin grund i organisationen av verksamheten, i utformningen av regler och metoder eller i beslut av ledningen. Latenta fel kan påverka verksamheten på i princip två sätt.

Ett är att de kan omformas till att provocera fram aktiva fel. Det kan här handla om tidspress, resursbrist, olämplig utrustning eller bristande erfarenhet. En annan risk är att de skapar långvariga svagheter i verksamhetens försvarssystem. Gemensamt för alla latent fel är att de kan ligga dolda länge för att plötsligt aktiveras vid en specifik kombination av utlösande faktorer.

Förekomst av vårdskador i VGR

Det finns ingen samlad statistik över antalet vårdskador i hälso- och sjukvården i Sverige eller andra länder. Information om sådana händelser får hämtas och sammanställas ur olika källor. Dessa har primärt andra uppgifter än att ge information om vårdskador och lämnar därför olika resultat.

I den här redovisningen har vi valt att utgå från den undersökning av förekomsten av vårdskador inom somatisk slutenvård som Socialstyrelsen redovisade i juni 2008 och komplettera dessa uppgifter med information från Socialstyrelsens patientregister och statistik från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Socialstyrelsens undersökning av förekomsten av vårdskador⁸

Studien är en retrospektiv granskning av ett slumpmässigt urval av 1 967 journalhandlingar som avsåg somatisk slutenvård under ett år från 2003-10-01 till 2004-09-30 vid ett representativt urval av sjukhus i landet.

Merparten av vårdskadorna var av övergående natur. Drygt hälften läkte under indexvårdtillfället⁹ eller inom en månad efter utskrivning och ytterligare en tredjedel läkte inom ett år. Nästan var tionde patient fick en vårdskada som ledde till bestående men med varierande grad av funktionsnedsättning och i tre procent var vårdskadan en bidragande orsak till att patienten avled. Resultaten redovisas i tabellerna nedan.

⁸ Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen. Artikel 2008-109-16

⁹ Indexvårdtillfället är ett slumpmässigt utvalt vårdtillfälle under tidsperioden 2003-10-01 till 2004-09-30.

Tabell V. Skadornas allvarlighetsgrad

	Skador		Vårdskador	
	Antal	%	Antal	%
Minimalt men, tillfrisknar <1 mån	129	53,5	93	55,0
Måttligt men, tillfrisknar 1-6 mån	50	20,8	39	23,0
Måttligt men, tillfrisknar 6-12 mån	22	9,1	16	9,5
Bestående men, funktionsnedsättning 1-50%	19	7,9	11	6,5
Bestående men, funktionsnedsättning >50%	7	2,9	5	3,0
Död	10	4,2	5	3,0
Framgår inte av journal	4	1,7	0	0
Totalt	241	100,0	169	100,0

Källa: Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård

Resultaten av Socialstyrelsens studie visar att 8,6 procent av de patienter som fick sluten somatisk vård under perioden oktober 2003 till och med september 2004 fick undvikbara vårdskador eller hade fått vårdskador under den 12-månadersperiod som föregått indexvårdtillfället. Totala andelen skador enligt ovanstående beräkningar uppgick till 12,3 procent.

Vårdskador i VGR enligt frekvenser i Socialstyrelsens studie

Socialstyrelsen räknar om studiens resultat till att gälla samtliga 1,2 miljoner vårdtillfällen under den ett år långa studieperioden. Det motsvarar då drygt 103 000 undvikbara vårdskador. Man kan vänta sig att omkring 57 000 av dessa har läkt under indexvårdtillfället eller inom en månad efter utskrivning. Ytterligare 34 000 vårdskador kan antas ha läkt inom ett år, medan cirka 10 000 patienter kan ha fått bestående men av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 3 000 fall kan vårdskador ha varit en bidragande orsak till att patienten avled.

Om dessa uppgifter appliceras på volymen inom motsvarande verksamheter i VGR år 2009 får vi som resultat det antal undvikbara vårdskador med olika dignitet som kan antas ha inträffat i VGR under det året. Dessa uppgifter redovisas i nedanstående tabell.

Skadornas allvarlighetsgrad	Vårdskador ett år enligt SoS		
	Studien	Riket	VGR
Minimalt men, tillfrisknar <1 mån	93	56 736	10 734
Måttligt men, tillfrisknar 1-6 mån	39	23 793	4 502
Måttligt men, tillfrisknar 6-12 mån	16	9 761	1 847
Funktionsnedsättning <50%	11	6 711	1 270
Bestående men, funktionsnedsättning >50%	5	3 050	577
Död	5	3 050	577
Summa	169	103 101	19 507

Beräkning av dödsfall till följd av vårdskador

Socialstyrelsen konstaterar i sin studie att den tillämpade metoden inte lämpar sig för att närmare belysa dödlighet. Flertalet patienter som avlider trots aktiva behandlingsåtgärder är i hög ålder eller mycket svårt sjuka till följd av sin grundsjukdom. För att studera vårdskadors samband med dödsfall krävs en metod som tar hänsyn till risken för dödsfall på grund av sjukdomstillståndet. Tolkningar när det gäller vårdskadors förhållande till dödlighet måste därför göras med stor försiktighet.

Granskning av dödsfall vid Universitetssjukhuset i Lund 2003

Vi kan jämföra Socialstyrelsens uppgifter med vad som kommit fram i en granskning av journaler över patienter som avlidit vid Universitetssjukhuset i Lund (USiL) 2003. I den studien granskades 574 av totalt 955 journaler över avlidna.

I materialet från USiL identifierades 14 journaler med uppgifter som indikerade att ett oväntat dödsfall inträffat. Det kan antas motsvara 23 fall för hela sjukhuset under 2003. I åtta fall noterades ett möjligt samband mellan dödsfallet och handläggningen vid sjukhuset. Det motsvarar 13 fall för hela sjukhuset. Vidare konstaterades handläggningsfel i tre fall vilket uppräknat för hela sjukhuset ger fem sådana fall under 2003.

Om vi utgår från den verksamhetsvolym om cirka 33 000 vårdtillfällen som gällde för USiL 2003 och applicerar dessa uppgifter på verksamhetsvolymen för VGR 2009 blir resultatet vad som redovisas i tabellen nedan. Det beräknade antalet dödsfall till följd av vårdskador blir väsentligt lägre än i Socialstyrelsens studie men är ändå betydande.

	USiL 2003	VGR 2009
	Urval av journaler	Samtliga avlidna
Antal dödsfall	574	955
Bedömning i studien		230 000 vårdtillfällen
Ej förväntat dödsfall	14	23
Möjligt samband	8	13
Handläggningsfel	3	5

Granskning av dödsfall vid Universitetssjukhuset i Linköping 2009

I en artikel i Läkartidningen¹⁰ redovisas en granskning med hjälp av GTT¹¹ av samtliga 38 dödsfall som inträffade i slutenvård på kirurgiska kliniken under 2009. Åldern på dessa patienter varierade mellan 50 och 92 år (median 79,5 år). Dödsfallet bedömdes som icke-undvikbart hos 28 patienter, möjligen undvikbart hos 5 patienter och undvikbart hos 5 patienter.

¹⁰ Hög frekvens komplikationer efter kirurgi. Läkartidningen nr 43 2010

¹¹ Global Trigger Tool (GTT) är ett etablerat instrument för att identifiera skador eller komplikationer genom strukturerad analys av patientjournaler.

Registrering av komplikationer inom VGR enligt Socialstyrelsens patientregister

I Socialstyrelsens patientregister finns uppgift om diagnoser för samtliga vårdtillfällen. Diagnoser registreras enligt ett internationellt system för klassifikation av sjukdomar, benämnt ICD 10. De koder som vi begärt ut uppgifter för ur registret är:

T 80-88	Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård som ej klassificeras annorstädes
Y 40-59	Ogynnsam effekt av droger, läkemedel och biologiska substanser i terapeutiskt bruk
Y 60-69	Missöden som inträffat med patienter under kirurgisk och medicinsk vård
Y 70-82	Missöden orsakade av medicinska instrument i diagnostiskt och terapeutiskt bruk
Y 83-84	Kirurgiska och andra medicinska åtgärder som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid operations- eller behandlingstillfället
Y 88	Sena effekter av kirurgisk och medicinsk behandling som yttre orsak

De uppgifter om ovanstående komplikationer som kunnat utläsas ur patientregistret för VGR under 2009 sammanfattas i tabellen nedan. Dessa uppgifter är närmast att jämföra med Socialstyrelsens beräkning av totala antalet skador. Uppgifterna baseras på diagnossättning i patientjournalerna och är starkt beroende av den ansvarige läkarens bedömning och klassificering av komplikationer av olika slag. I tabellen står förkortningarna ALS för Alingsås lasarett och KS för Kungälv's sjukhus.

	Kirurgi			Medicin			Summa		
	Vårdtillfällen	Komplikationer	Procent	Vårdtillfällen	Komplikationer	Procent	Vårdtillfällen	Komplikationer	Procent
ALS	2 638	231	8,8	3 754	70	1,9	6 392	301	4,7
KS	4 191	322	7,7	6 648	178	2,7	10 839	500	4,6
NU	16 029	1 289	8,0	19 243	924	4,8	35 272	2 213	6,3
SkaS	18 472	1 373	7,4	19 131	489	2,6	37 603	1 862	5,0
SU	53 041	4 358	8,2	55 637	1 219	2,2	108 678	5 577	5,1
SÅS	13 538	1 043	7,7	14 725	335	2,3	28 263	1 378	4,9
Totalt	107 909	8 616	8,0	119 138	3 215	2,7	227 047	11 831	5,2

Vårdskador som ersatts av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

Ett ytterligare mått på frekvensen vårdskador kan hämtas ur den statistik som redovisas av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Där redovisas bland annat uppgifter om antal anmälda ersättningsärenden och ersatta vårdskador i relation till verksamhetsvolymerna vid landets somatiska akutsjukhus för verksamhetsområdena ortopedi, gynekologi och kirurgi för åren 2004–2008. En sammanställning av dessa uppgifter för sjukhusen inom VGR redovisas i tabellen nedan. Procenttalen anger andelen ersatta skador i relation till antalet ingrepp.

Det bör dock observeras att antalet skador som anmäls till LÖF är få och enligt LÖF:s beräkningar kanske inte uppgår till mer än tio procent av alla vårdskador. Uppgifterna nedan bör därför tolkas med stor försiktighet. Anmälan till LÖF görs av patient själv eller närstående.

	Ortopedi			Gynekologi			Kirurgi			Totalt		
	Ingrepp	Ersatt	Procent	Ingrepp	Ersatt	Procent	Ingrepp	Ersatt	Procent	Ingrepp	Ersatt	Procent
Riket	500 052	2 232	0,45	188 213	558	0,30	442 088	939	0,21	1 130 353	3 729	0,33
SU	31 487	131	0,42	17 592	65	0,37	37 549	68	0,18	86 628	264	0,30
Nu-sjukvården	12 285	71	0,58	5 990	18	0,30	12 816	11	0,09	31 091	100	0,32
SkaS	14 045	58	0,41	6 015	22	0,37	12 270	22	0,18	32 330	102	0,32
SÄS	9 684	29	0,30	5 408	16	0,30	8 709	21	0,24	23 801	66	0,28
Summa VGR	67 501	289		35 005	121		71 344	122		173 850	532	0,31

Kostnader för vårdskador

Socialstyrelsen redovisar i sin rapport en beräkning av de resursmässiga konsekvenserna av de frekvenser av vårdskador som kommit fram i utredningen. Varje vårdskada antas ha förorsakat sex extra dygns förlängd vårdtid. Varannan vårdskada bedöms ha medfört minst ett extra öppenvårdsbesök.

Med dessa antaganden kommer Socialstyrelsen fram till att vårdskador orsakat cirka 630 000 extra vårddygns med en möjlig variation från som lägst 430 000 och som högst 830 000 vårddygns. I sammanställningen nedan återges dessa uppgifter och appliceras på förhållandena i VGR.

Socialstyrelsen redovisar ingen beräkning av de kostnader som de beräknade vårdskadorna kan antas ha gett upphov till. Vi har i tabellen gjort en beräkning av kostnaderna för VGR baserat på antagandet att kostnaden för ett vårddygn är 8 000 och kostnaden för ett öppenvårdsbesök 1 000 kronor. Det bör observeras att detta endast utgör en del av de totala samhällskostnaderna för vårdskador då exempelvis förlängd sjukskrivningstid inte räknats in.

Socialstyrelsen 6 extra vårddygn 1 extra öppenvårdsbesök i hälften av fallen med vårdskada	Antaganden om förlängd vårdtid		
	Låg	Medel	Hög
Riket			
Vårddagar	430 000	630 000	830 000
Öppenvårdsbesök		50 000	
VGR			
Vårddygn	79 887	117 044	154 201
Öppenvårdsbesök		9 754	
VGR kostnad			
Vårddygn			
8 000 kr/vårddygn	639 096 000	936 352 000	1 233 608 000
Öppenvårdsbesök			
1 000 kr/besök		9 754 000	

Rapportering av biverkningar av läkemedel

Inom läkemedelshanteringen finns också skäl att uppmärksamma rapportering av biverkningar av läkemedel. Vi har från Läkemedelsverket inhämtat uppgifter om rapportering av biverkningar från VGR. Totalt inkom 1 111 rapporter om biverkningar till Läkemedelsverket år 2009. Vanligaste biverkningar som rapporteras är allmänna symtom och fynd, biverkningar i hud respektive mag-tarmkanal samt neurologiska biverkningar.

Hur rapporterna om biverkningar fördelar sig mellan verksamheterna inom VGR redovisas i tabellen nedan.

Vi ser rapportering av biverkningar av läkemedel som en väsentlig del av arbetet för patientsäkerhet. Tabellen nedan visar enligt vår uppfattning på betydande olikheter i benägenheten att rapportera biverkningar. Det är angeläget att sådan rapportering görs mer systematiskt och fullständigt.

Läkemedelsbiverkningar
Rapporterade till Läkemedelsveket 2009
från verksamheter inom VGR

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- 127 Sahlgrenska sjukhuset
- 38 Östra sjukhuset
- 68 Mölndals sjukhus
- 3 Högsbo sjukhus

NU-sjukvården

- 114 Norra Älvsborgs läns sjukhus
- 64 Uddevalla sjukhus
- 1 Lokalsjukhuset i Lysekil
- 2 Lokalsjukhuset i Strömstad

Skaraborgs sjukhus

- 40 Kärnsjukhuset i Skövde
- 17 Sjukhuset i Lidköping
- 3 Sjukhuset i Falköping
- 1 Sjukhuset i Mariestad

Södra Älvsborgs sjukhus

- 33 SÄS Borås
- 4 SÄS Skene

Övriga sjukhus

- 12 Alingsås lasarett
- 16 Kungälv sjukhus

543 Summa sjukhus

568 Vårdcentraler och mottagningar

1 111 Totalt antal rapporter om biverkningar