



Granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador

Revisionsrapport

Landstinget i Värmland

KPMG AB

2017-10-04

Antal sidor 21

Antal bilagor 2

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning/bakgrund	4
2.1	Syfte och revisionsfrågor	4
2.2	Ansvarig nämnd	5
2.3	Projektorganisation och metod	5
2.4	Revisionskriterier	5
3	Patientsäkerhetsarbete	6
4	lakttagelser och bedömning och kommentarer utifrån revisionsfrågorna	8
4.1	Patientsäkerhetsarbetets organisation och ansvar	8
4.2	Åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador	10
4.3	Uppföljning	17

Bilaga 1.

Bilaga 2.

1 Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Värmland (LiV) genomfört en granskning av landstingets arbete med att minska vårdskador. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2017.

Patientsäkerhet är en helt central del i dagens hälso- och sjukvårdsstyrning. Den kan sägas vara fundamentet för kvalitet och kvalitetsutveckling. Patientsäkerhetsarbetet är ett slags förutsättning – en grund som skall förebygga vårdskador och säkerställa att allvarliga fel inte inträffar.

Socialstyrelsen beräknar att 100 000 patienter på svenska sjukhus varje år drabbas av undvikbara skador (vårdskador) av varierande allvarlighetsgrad. Kostnaden för den extra vårdtid på sjukhus som beror på vårdskador beräknas till ungefär 7 mdkr årligen.

Den övergripande bedömningen är att landstingsstyrelsen inte har en tillräcklig styrning och uppföljning av åtgärder för att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador. Trots denna övergripande bedömning är granskningens resultat att det finns ett starkt engagemang för att minska vårdskador vid landstingets hälso- och sjukvårdsverksamheter. Bedömningen är också att det nybildade Patientsäkerhetscentrumet ger bättre förutsättningar för ett mer samordnat och effektivt patientsäkerhetsarbete inom LiV.

Bedömningen grundar sig framförallt på att:

- De mätbara mål och indikatorer som är formulerade inom patientsäkerhetsområdet uppfylls i låg utsträckning.
- De sammanställningar som ges till landstingsstyrelsen i den årliga patientsäkerhetsberättelsen, delårsbokslut och tertialrapporter innehåller i låg grad analyser om varför de formulerade målen inte uppnås.
- Det saknas en övergripande handlingsplan för hur patientsäkerhetsstrategin ska tillämpas för att minska vårdskador.
- Det finns en medvetenhet i landstingets verksamheter om vikten av ett aktivt patientsäkerhetsarbete för att minska vårdskador.
- Det pågår utvecklings- och kvalitetsarbeten i landstingets verksamheter för att minska vårdskador.

Nedan sammanfattas granskningens svar och belysning av de formulerade revisionsfrågorna.

1. Har landstingsstyrelsen säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?

Granskningens bedömning är att patientsäkerhetsarbetet i huvudsak bedrivs på ett ändamålsenligt sätt i landstingets verksamheter (avsnitt 4.2). Bedömningen är också att förutsättningarna för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete har ökat i och med tillskapandet av ett samordnat patientsäkerhetscentrum.

2. Vilka åtgärder har landstingsstyrelsen vidtagit för att minska förekomsten av vårdskador?

Ett stort ansvar enligt gällande författningar och lagar åligger verksamhetschef. Landstingsstyrelsen som vårdgivare är ansvarig för att ge förutsättningar och riktlinjer för patientsäkerhetsarbetet. Landstingsstyrelsen har fattat beslut om en patientsäkerhetsstrategi år 2013 (uppdaterad år 2015).

3. Har landstingsstyrelsen beslutat om mätbara mål och tydliga uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador?

Landstingsstyrelsen har inte beslutat om några egna mätbara mål och tydliga uppdrag. Landstingsstyrelsen följer upp de mål och dess indikatorer som beslutats av fullmäktige. Det pågår ett arbete med att utveckla landstingsstyrelsens mål ("mätetal") för år 2018. Dessutom rapporteras resultat från mätningar avseende patientsäkerhet till landstingsstyrelsen i patientsäkerhetsberättelse och delårsrapporter.

4. Har landstingsstyrelsen säkerställt att det inom de olika verksamhetsområdena pågår arbete för att minska förekomsten av vårdskador?

Granskningens bedömning är att det pågår arbete för att minska förekomsten av vårdskador. Detta beskrivs närmare i avsnitt 4.2.

5. Finns dokumenterade handlingsplaner?

Landstingsstyrelsen har fastställt en patientsäkerhetsstrategi. Det saknas dock en övergripande handlingsplan för hur landstinget ska minska vårdskador. Det finns olika former av utvecklingsarbete och rutiner/riktlinjer som har relevans för att minska vårdskador i landstingets verksamheter. Däremot saknas det beslutade handlingsplaner.

6. Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador?

Processer och resultat av patientsäkerhetsarbetet följs upp i den årliga patientsäkerhetsberättelsen och delårsbokslut. Bedömningen är dock att det är stor utsträckning saknas analyser om varför vårdskador inte minskar i större utsträckning.

De ekonomiska effekterna är inte beskrivna för LiV. Vår uppfattning är att det finns tillräckligt stöd i nationella och internationella beräkningar för att minskning av undvikbara vårdskador ger positiva ekonomiska effekter.

7. Har landstingsstyrelsen följt upp resultatet av vidtagna åtgärder i verksamheterna?

Landstingsstyrelsen följer upp beslutade "mätetal" i tertial- och årsredovisningar samt patientsäkerhetsberättelse. I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs i huvudsak uppföljning till landstingsstyrelsen endast på landstingsövergripande nivå och inte för olika verksamheter och områden.

Utifrån genomförd granskning ger vi följande rekommendationer:

- Landstingsstyrelsen bör ta ett större eget ansvar för att utveckla och tydliggöra landstingsfullmäktiges mål inom området patientsäkerhet/minskning av vårdskador för hälso- och sjukvårdsverksamheterna. På det sättet kan en röd tråd skapas från landstingsfullmäktiges övergripande mål till verksamheternas mål och uppföljning av vårdskador.
- Landstingsstyrelsen bör i större utsträckning vid redovisning av resultat inom patientsäkerhetsområdet genomföra analyser om varför beslutade mål inte uppnås.
- Utifrån analyser om varför inte vårdskador minskar i önskad utsträckning bör det utformas handlingsplaner inom de mest kritiska områdena.
- Landstingsstyrelsen bör säkerställa att det tas fram en övergripande handlingsplan för hur patientsäkerhetsstrategin ska verkställas.
- Redovisningen av patientsäkerhetsarbetet och resultat till landstingsstyrelsen bör i större utsträckning redovisas på verksamhets- och områdesnivå.

2 Inledning/bakgrund

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland (LiV) genomfört en granskning av landstingets arbete för att minska vårdskador. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2017.

Inom hälso- och sjukvården läggs idag stort fokus på patientsäkerhetsfrågor och vårdkvalitet. Detta sker både på nationell nivå och inom LiV och syftet är bland annat att undvika vårdskador.

I Landstingsplan 2017 konstateras att det "i landstingets uppdrag ingår att varje dag säkerställa en vård som uppfyller kraven i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen. Landstinget arbetar därför systematiskt och uthålligt mot att nå en vård utan köer, bäst vårdkvalitet, inga vårdskador och respektfulla möten".

I Landstingsplanen anges också att vårdskador orsakar lidande och ibland död för patienter och innebär stora kostnader. Patientsäkerhet är därför ett prioriterat område. Landstingets patientsäkerhetsstrategi ska styra det interna arbetet. I Landstingsplan 2017 anges också att "under 2017 ska förekomsten av vårdskador minska".

2.1 Syfte och revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan är om landstingsstyrelsen har en tillräcklig styrning och uppföljning av åtgärder för att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador.

Granskningen ska belysa/besvara följande revisionsfrågor:

1. Har landstingsstyrelsen säkerställt att arbetet med patientsäkerhet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt?
2. Vilka åtgärder har landstingsstyrelsen vidtagit för att minska förekomsten av vårdskador?
3. Har landstingsstyrelsen beslutat om mätbara mål och tydliga uppdrag för arbetet med att minska förekomsten av och kostnaderna för vårdskador?
4. Har landstingsstyrelsen säkerställt att det inom de olika verksamhetsområdena pågår arbete för att minska förekomsten av vårdskador?
5. Finns dokumenterade handlingsplaner?
6. Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns dokumenterade analyser som beskriver uppnådda och förväntade ekonomiska effekter av arbetet med att minska förekomsten av vårdskador?
7. Har landstingsstyrelsen följt upp resultatet av vidtagna åtgärder i verksamheter?

2.2 Ansvarig nämnd

Ansvarig nämnd är landstingsstyrelsen.

2.3 Projektorganisation och metod

Granskningen har genomförts genom studier av nationella riktlinjer och granskning av landstingets interna dokumentation och intervjuer (se bilaga1).

Granskningen har genomförts av Örjan Garpenholt konsult, KPMG. Kvalitetsansvarig har varit Andreas Endredi certifierad kommunal revisor.

Rapporten har sakgranskats av enhetschef/chefläkare vid patientsäkerhetscentrum.

2.4 Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning utgörs främst av:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2013:3)
- Landstingsplan 2017

3 Patientsäkerhetsarbete

Detta avsnitt beskriver de utgångspunkter som använts för denna granskning.

Patientsäkerhet är en helt central del i modern hälso- och sjukvårdsstyrning. Den kan sägas vara fundamentet för kvalitet och kvalitetsutveckling. Patientsäkerhetsarbetet är en slags förutsättning – en grund som skall säkerställa att inte allvarliga fel inträffar. Kvalitetsstyrning handlar om att göra bästa möjliga och göra ”ännu bättre” medan patientsäkerhetsarbetets viktigaste uppgift är att undvika att felbehandlingar och vårdskador uppkommer och när så ändå sker, säkerställa att upprepning undviks genom ett systematiskt lärande. Vi koncentrerar granskningen till det senare.

Dokumentation, följsamhet samt avvikelserapportering kopplat till patientsäkerhet regleras främst genom lagar och föreskrifter. På landstingsnivå finns ofta övergripande system (avvikelser, infektionsverktyg etc.), policy och riktlinjer för att stödja patientsäkerhetsarbetet. Likaså kan skriftliga rutiner/checklistor tas fram på lokal nivå. Sedan några år har även ett flertal handfasta verktyg tagits fram och fått spridning. Exempel på dessa är verktyg för att säkerställa att information lämnas och tas emot på ett säkert sätt, metoder för att via journalgranskning söka ut ”markörer” för patient-skador eller incidenter, patientsäkerhetsrond/ -dialog, enhetliga mätningar av patientsäkerhetskulturen m.m.

Verksamheternas riskanalys, avvikelserapportering, åtgärder samt återkoppling/ lärande till personalen sker lokalt. Avvikelse kan dels vara slumpmässiga eller systematiska. För att upptäcka systematiska fel krävs att avvikelserapporteringen sammanställs på övergripande nivå (nivåer) så att likheter och samband kan överblickas. Genom denna övergripande hantering skapas också en möjlighet att effektivt samordna förbättringsåtgärder för att i framtiden undvika systematiska fel.

En bärande tanke med avvikelshanteringen är att se avvikelser som en möjlighet till förbättring. Rutiner för avvikelshantering skall finnas för varje vårdverksamhet och vara anpassade till just den verksamheten.

SKL har 2015 tagit fram ett nationellt ramverk för patientsäkerhet tillsammans med representanter från landsting och kommuner. Syftet med ramverket är att skapa en helhetsbild över patientsäkerhetsområdet och en struktur för patientsäkerhetsarbetet. Ramverket tydliggör de förhållningssätt och aktiviteter som behövs för att öka patientsäkerheten och kan då även fungera som stöd vid prioritering av det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Ramverket kommer att användas som en referensram genom vilket sakuppgifter och iakttagelser bedöms.

Ramverket beskriver tre viktiga perspektiv för en säker vård. De tre perspektiven illustreras i nedanstående bild.



Med patientfokuserat patientsäkerhetsarbete avses att patienten har kunskap, förståelse och insikt, vilket är förutsättningar för patientens delaktighet i och inflytande över sin hälsa, vård och behandling.

Kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete innebär ett systematiskt lärande där kunskap och erfarenheter från patienter, profession och forskning vägs samman.

Organiserat patientsäkerhetsarbete innebär att det finns utarbetade rutiner och en tydlig struktur med ansvar och rollfördelning.

För att patientsäkerhetsarbetet ska bli framgångsrikt krävs insatser på olika nivåer i hälso- och sjukvårdsorganisationen. De olika nivåerna måste förstå sin roll i patientsäkerhetsarbetet och känna till hur andra aktörer på samma eller annan nivå påverkar patientsäkerheten. I ramverket har perspektiven delats in i tre nivåer:

- Hälso- och sjukvårdspersonal
- Verksamhetsnära ledning
- Högsta strategiska ledning

4 lakttagelser och bedömning och kommentarer utifrån revisionsfrågorna

4.1 Patientsäkerhetsarbetets organisation och ansvar

4.1.1 Övergripande ansvar

Det övergripande ansvaret för patientsäkerheten i landstinget har landstingsstyrelsen i sin roll som vårdgivare. Landstingsstyrelsen har att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta förverkligas i landstingets linjeorganisation på alla nivåer.

4.1.2 Patientsäkerhetscentrum

Landstingets stödresurser till verksamheternas patientsäkerhetsarbete är samlade i Patientsäkerhetscentrum. Patientsäkerhetscentrum tillskapades 1 januari 2017. Centrumets uppgift är att samla landstingets resurser och kompetens inom patientsäkerhetsarbete. Syftet med bildandet av patientsäkerhetscentrum, är att utveckla ett mer proaktivt arbetssätt och bli ett närmare och ett tydligare stöd till verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor.

Patientsäkerhetscentrum ansvarar också för samordning och hantering av landstingets avvikelshantering. Till enheten finns även en utredningstandläkare knuten.

De stabsfunktioner och uppgifter som finns samlade inom patientsäkerhetscentrum är:

Chefläkare

Det finns fyra chefläkare inom landstinget. En av chefläkarna är verksamhetschef för patientsäkerhetscentrum. Chefläkarna ansvarar för att leda och samordna patientsäkerhetsarbetet. De ska även bistå med råd och sakkunskap kring patientsäkerhetsarbetet samt initiera utbildningsinsatser i samverkan med landstingets verksamheter och övriga stödfunktioner. Chefläkarna har också ett speciellt ansvar för anmälningar av allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador (tillsammans med anmälningsansvariga). Chefläkarna deltar i månatliga möten med patientnämnden och ansvarar för Lex-Maria rådet.

Patientsäkerhetsenheten

Patientsäkerhetsenheten arbetar med övergripande kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor. Arbetet sker i nära samarbete med chefläkarna. I enhetens arbetsuppgifter ingår bl.a. att organisera och sammanställa landstingsgemensamma mätningar och rapportera dem till landstingsledning, verksamheter och nationella organ. Enheten arrangerar utbildningar inom patientsäkerhetsområdet och håller samman olika former av nätverk och expertgrupper.

Läkemedelsenhet

Läkemedelsenheten arbetar tillsammans med läkemedelskommittén för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning samt en optimal läkemedelshantering.

Smittskydd Värmland

Smittskydd Värmland är inte organisatoriskt knutet till Patientsäkerhetscentrum men ska verka i nära samverkan med enheten. Smittskydd Värmland har det övergripande ansvaret för arbetet med smittskydd, vårdhygien och samverkan mot antibiotika-resistens (Strama Värmland). Smittskydd Värmland har som uppgift att fortlöpande arbeta för att minska smittspridning i vården, förebygga vårdrelaterade infektioner och för arbetet med basala hygienrutiner och klädregler.

4.1.3 Verksamhetschefs ansvar

Det är verksamhetschefen som har det formella övergripande ansvaret för att det bedrivs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete inom respektive verksamhetsområde. Det framgår i t.ex. Hälso- och sjukvårdslagen¹. Verksamhetschef ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en god och säker vård.

Utifrån våra intervjuer med verksamhetschefer kan vi konstatera att verksamhetscheferna är mycket medvetna om sitt ansvar för att styra och leda patientsäkerhetsarbetet. Arbetet för att minska vårdskador är olika utformat. Den bild vi får är att patientsäkerhetsarbetet i huvudsak är lyft till ledningsgrupper och inte till speciella lokala patientsäkerhetsråd eller liknande. Patientsäkerhetsarbete och uppföljning beskrivs vara integrerade delar i verksamheternas styrning, ledning, och kvalitetsarbete.

Det som speciellt lyfts fram i intervjuerna som viktiga stödfunktioner för verksamheterna i patientsäkerhetsarbete är det stöd som de får av smittskydd, chefläkare och läkemedelsenheten.

4.1.4 Kommentar och bedömning

Granskningens bedömning är att landstingets patientsäkerhetsarbete i huvudsak organiseras på ett ändamålsenligt sätt. Bedömningen är också att förutsättningarna för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete har ökat i och med tillskapandet av ett samordnat patientsäkerhetscentrum.

Även om bedömningen är att patientsäkerhetsarbetet är organiserat på ett tydligt och ändamålsenligt sätt är vår uppfattning inte att landstingets arbete med att minska vårdskador är fullt ut ändamålsenligt. Som framkommer nedan är vår bedömning att målstyrning och uppföljning bör utvecklas.

¹ Lag 1982:763, § 29 a,

4.2 Åtgärder för att minska förekomsten av vårdskador

Detta avsnitt belyser landstingsstyrelsens styrning och förvaltningens arbete med att minska vårdskador i LIV.

4.2.1 Patientsäkerhetsstrategi och handlingsplaner

I februari 2015 fastställde landstingsstyrelsen en patientsäkerhetsstrategi för LIV. Strategin utgår från patientsäkerhetslagen och bygger på fyra områden; ledning och styrning, systematiska utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientinvolvering. I nedanstående bild presenteras strategin.



Vi har i våra intervjuer efterfrågat om det finns några handlingsplaner som i mer detalj beskriver hur strategin ska verkställas. Sådana handlingsplaner saknas. Det närmaste vi funnit som kan motsvara en handlingsplan är det avslutande avsnittet i patientsäkerhetsberättelsen för år 2016 som fastställts av landstingsstyrelsen i mars 2016. Vi bifogar det avsnittet i sin helhet som bilaga 2.

Landstingsstyrelsen har inte fattat några andra förtydligade uppdrag utifrån den beslutade strategin.

4.2.2 Landstingets arbete med minska vårdskador

I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs hur landstingets verksamheter arbetar för att minska vårdskador. Vid våra verksamhetsbesök har samtliga intervjuade lyft fram att arbetet med att minska vårdskador är en integrerad del i utvecklings- och kvalitetsarbete. I nedanstående avsnitt beskriver vi de huvudområden som genom egenkontroller och utvecklingsarbete ska ske för att minska vårdskador.

Förekomst av vårdskador - Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning (MJG) innebär att slumpmässigt utvalda patientjournaler granskas utifrån speciellt utvalda markörer. Syftet med metoden är att genom en systematisk och löpnade kvalitetskontroll upptäcka skador inom vården för att dessa ska kunna åtgärdas. Arbetssättet är nationellt och utarbetat i samverkan mellan landstingen och SKL. Granskning genomförs och rapporteras till SKL för att samlas i en nationell databas om vårdskador.

I LiV genomförs MJG vid de tre sjukhusen. Vid sjukhusen i Torsby och Arvika granskas 20 journaler varje månad. Vid Centralsjukhuset i Karlstad granskas 30 journaler varje månad. Granskningarna genomförs av ett granskningsteam vid patientsäkerhetscentrum (två sjuksköterskor i samverkan med chefläkare).

År 2016 upptäcktes 11 procent vårdskador vid dessa journalgranskningar (Sjukhuset i Arvika 9 %, Sjukhuset i Torsby 12 % och Centralsjukhuset i Karlstad 13 %). På nationell nivå var andelen vårdskador 12,7 procent varav 8 procentenheter bedömdes vara undvikbara. För granskningarna som genomförts under årets första fyra månader år 2017 kan ses en ökning av vårdskador i LiV utifrån MJG.

Verksamheterna i Torsby och Arvika och i viss mån CSK genomför även egna journalgranskningar som används i det interna patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet².

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan i stora delar av världen som kostar samhället betydande summor och lidande för den enskilde. Under senare år har det pågått ett aktivt nationellt och lokalt arbete för att minska VRI genom utbildningsinsatser, framtagande av riktlinjer/rutiner och mätning av förekomst av VRI och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Det är Smittskydd Värmland (se ovan) som har en rådgivande och stödjande funktion i att förebygga och minska spridning av VRI inom LiV.

År 2016 genomförde revisorerna i LiV en granskning av arbetet med att förebygga VRI. Granskningens samlade bedömning var att landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och kontroll till viss del hade säkerställt att vårdhygienarbetet inom LiV bedrivs ändamålsenligt. Bedömning grundade sig bland annat på att LIVs vårdhygienarbete i huvudsak överensstämde med styrande dokument och att vårdhygienarbetet var organiserat så att det förekom en nära kontakt mellan smittskydd och vårdverksamheterna.

² Patientsäkerhetsberättelse 2016 och delårsrapport 1 2017.

Våra verksamhetsbesök uppvisar samma bild som granskningen år 2016. Smittskydd Värmlands hygiensjuksköterskor och hygienläkare beskrivs som ett gott stöd med god tillgänglighet i arbetet med att minska förekomst och spridning av VRI.

Det finns inom LiV en hygienombudsorganisation som erhåller utbildning av Smittskydd Värmland. Ombudens uppgift är att bevaka hygienfrågor och fungerar som en länk mellan smittskydd och verksamheterna.

Sedan år 2015 ska Smittskydd Värmland genomföra hygienronder årligen vid samtliga enheter inom landstinget som bedriver patientnära vård. En hygienrond genomförs för att finna hygienrisker i vårdmiljön som kan medföra smittspridning och hjälpa verksamheten att vidta åtgärder.

VRI-PPM

Sedan 2008 har SKL koordinerat nationella punktprevalensmätningar (PPM) av VRI på svenska sjukhus. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mätdagen, ingår i rapporteringen. VRI registreras i nedanstående grupper:

1. Postoperativ infektion
2. Övriga ingreppsrelaterade infektioner
3. Läkemedelsrelaterad infektioner
4. Övriga vårdrelaterade infektioner

LiV mäter VRI med punktprevalensmätningar tre gånger per år och målet är att VRI i mätningarna ska ligga under 8 procent. Under år 2016 nåddes målet vid två av de tre mätningarna. Vid det nationella mättillfällena våren 2017 registrerades att andelen patienter inom slutenvården i LiV som hade en VRI var 9,8 procent (riket 9,0 procent).

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är ett nationellt IT-stöd som samlar data från journal-, laboratorie- och patientadministrativa system inom den slutna sjukhusvården. Infektionsverktyget är i första hand ett uppföljningsverktyg för vården med syfte att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett annat syfte är att verktyget ska bidra till en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Ordination av antibiotika är ingången till Infektionsverktyget. Det sker genom en "pop-up-ruta" i journalsystemet och ordinatören får då ta ställning till varför ordinationen av antibiotika görs genom att besvara tre övergripande frågor.

1. Är infektionen samhällsförvärd³?
2. Är infektionen vårdrelaterad?
3. Är behandlingen profylaktisk?

Därefter får ordinatören besvara ett antal övergripande frågor beroende på hur ordinatören har definierat infektionen i de inledande frågorna.

³ Med samhällsförvärd avses infektionen som inte orsakats av vård eller behandling.

I LiV har Infektionsverktyget varit i drift sedan år 2014. Det har funnits en hel del funktionella problemen med verktyget. Dels har det funnits tveksamheter om kvaliteten av inmatade data och sedan uppgradering av vårddokumentationssystemet Cosmic under våren 2017 fungerar inte synkroniseringen mellan Infektionsverktyget och Cosmic. De problem som funnits med Infektionsverktyget delas med flera andra landsting. Under våren 2017 togs beslut att tills vidare inte använda Infektionsverktyget och att avvakta nationella och lokala lösningar på de problem som uppstått.

Observationsstudier av basala hygienrutiner och klädregler

Nationella observationsstudier har genomförts av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK) inom landstingen sedan år 2008. Dessa mätningar innefattar hälso- och sjukvård inom landsting och kommuner. Mätningarna sker parallellt med punktprevalensmätningen av VRI. Sju moment observeras för följsamhet till BHK: desinfektion av händer före och efter patientnära arbete, korrekt användning av handskar och plastförkläde, kortärmad arbetsdräkt, händer och underarmar fria från ringar, klockor och armband samt att håret är kort/upsatt. I LiV var. I den nationella mätning som genomfördes år 2016 var följsamheten till hygienrutiner och klädregler 82,5 procent vilket var högre än genomsnittet för riket.

Förutom den årliga nationella mätningen genomför LiV månatliga observationsstudier för att mäta följsamhet till hygienregler och klädregler. Målet är en följsamhet till 100 procent med delmålet 85 procent. Under årets fyra första månader år 2017 var följsamheter 83,2 procent jämfört med motsvarande period år 2016 då följsamheten var 79,9 procent.

Trycksår och fallskador och undernäring

Trycksår är en vanlig vårdskada som oftast beror på långvarigt tryck mot huden/dålig blodcirkulation. Den nationella MJG visar att mer än 90 procent av alla trycksår som observerats är undvikbara. Ett landstingsövergripande vårdprogram för trycksår är framtaget och ska implementeras under år 2017.

Den nationella årliga trycksårsmätningen som genomfördes i mars visades att 12,4 procent av landstingets slutenvårdspatienter hade trycksår (13,5 procent för riket). Det är en lägre andel jämfört med mätningen år 2016.

Fallskador är en av de vanligaste vårdskadorna. År 2016 registrerades 548 fallskador i avvikelshanteringssystemet. År 2015 var antalet registrerade fallskador 705. Under år 2017 håller ett landstingsövergripande vårdprogram på att tas fram för fallprevention.

Det finns tvärprofessionella expertgrupper med uppgift att ta fram vårdprogram för att förebygga trycksår, fallskador och undernäring. Ett av de viktigaste instrumenten för att förbygga dessa vårdskador är att genomföra tidiga riskbedömningar och därefter skapa individuella handlingsplaner för de patienter som löper ökad risk för dessa vårdskador.

Läkemedel

En omfattande läkemedelsanvändning medför en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem, och hos äldre är risken ännu större. En av de allvarligaste konsekvenserna av den omfattande läkemedelsanvändningen är att 10–30 procent av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus i dag beror på läkemedelsbiverkningar. Att listan över en patients läkemedel är uppdaterad och korrekt är en förutsättning för att fullt ut kunna

bedöma patientens tillstånd samt behandlingseffekter, risker med behandlingen och biverkningar. En läkemedelslista med patientens samtliga läkemedel (ordinerade och receptfria läkemedel) ställer dock krav på läkare att samverka kring en patient. Det är till exempel viktigt att alltid informera om läkemedelsförändringar som får konsekvenser för en annan förskrivares ordinationer. Informationen behöver dokumenteras och kommuniceras till patienten.

Läkemedelsgenomgångar används för att öka patientsäkerhet och kvalitet i läkemedelsbehandlingen. Syftet är att patienten ska ha så korrekt läkemedelsbehandling som möjligt, dvs. förhindra att patienten tar läkemedel de inte längre behöver, är olämpliga för äldre, påverkar varandra eller orsakar biverkningar.

Under 2016 genomfördes läkemedelsgenomgångar med stöd av farmaceut för 948 patienter (medelålder 81 år) inom slutenvården inom LiV. Av dessa hade 65 procent någon form av läkemedelsavvikelse, exempelvis för hög eller låg dos, och 81 procent av dem åtgärdades efter läkemedelsgenomgången. Inom primärvården genomfördes farmaceutstödda fördjupade läkemedelsgenomgångar för 516 patienter (medelålder 83 år) Av dessa hade 95 procent minst ett läkemedelsrelaterat problem, varav 62 procent åtgärdades efter läkemedelsgenomgången.

Sen 2011 finns en landstingsövergripande rutin för "hantering av aktuell läkemedelslista". Det innebär att när en patient träffar läkaren ska patientens läkemedel gås igenom och därefter ska den nya läkemedelslistan fastställas. Som beskrivet i flertalet revisionsrapporter i LiV är inaktuella läkemedelslistor ett återkommande problem för både patienter och vårdpersonal.

Kliniska farmaceuter finns vid två geriatriska avdelningar på Centralsjukhuset i Karlstad. På avdelningen deltar farmaceuten i det kliniska arbetet genom att göra läkemedelsgenomgångar, medverka vid ronder samt ha patientsamtal avseende läkemedelshantering. Från och med hösten 2017 finns det kliniska farmaceuter också vid närvårdsavdelningen i Säffle. Farmaceut finns även att tillgå vid sjukhusen i Arvika respektive Torsby samt att de är verksamma i hela länet inom primärvården (särskilda boenden).

För att underlätta vid förskrivning av läkemedel finns s.k. ordinationsmallar i landstingets journalsystem Cosmic. I mallarna finns bland annat information om läkemedlet till patient, förskrivare och apotek. Det är Läkemedelsenheten som ansvarar för att ta fram nya ordinationsmallar och att kontinuerligt revidera mallarna så att de är aktuella. Syftet med mallarna är att ge förskrivarna stöd i själva förskrivningsögonblicket och att patienten ska få korrekt information om läkemedlet på etiketten när den skrivs ut på apotek.

Överbeläggningar och utlokalisering

Överbeläggningar och utlokaliseringar är en väsentlig patientsäkerhetsrisk. Överbeläggning innebär att en patient vårdas på en icke ordinarie vårdplats, som t.ex. i en korridor, annat gemensamt utrymme eller i ett stängt vådrum som öppnas trots att det

inte finns tillräckligt med personal. Utlokalisering innebär att en patient vårdas på en avdelning som tillhör en annan medicinsk specialitet.

Det pågår förbättringsarbeten med översyn av rutiner vid vårdplastbrist och regelbundna koordineringsmöten.

Trots detta minskar inte andelen överbeläggningar och utlokaliseringar. Målet är att minska andelen överbeläggningar och utlokaliseringar jämfört med samma period tidigare år. Överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter rapporteras till en nationell databas varje månad. Under år 2016 uppnåddes målet avseende överbeläggningar för nio av årets månader. När det gällde andelen utlokaliserade patienter uppnåddes inte målet under 2016. Målet mäts i andel per 100 disponibla vårdplatser⁴.

Målet om lägre andel överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser jämfört med tidigare år, uppnåddes endast för två av innevarande års sex första månader. Även målet om lägre andel utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser uppnåddes endast under två av årets första sex månader.

Avvikelsehantering och Lex Maria

En av grunderna för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete är ett ändamålsenligt system för avvikelserapportering. Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med utredningen är att så gott som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det. Vidare ska utredningen ge underlag för beslut om åtgärder, som har till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659)

- ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.
- har vårdgivaren en skyldighet att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.
- ska vårdgivaren anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO.

Landstinget har ett landstingsövergripande datastöd för avvikelsehantering. Det finns olika uppfattningar om hur systemet fungerar. Den samlade bild vi får i våra intervjuer är att datastödet fungerar väl för att göra anmälningar. Det finns rutiner och riktlinjer för hur avvikelser ska anmälas, tas om hand och återrapporteras till verksamheten. Systemet är uppbyggt utifrån linjeorganisationen och anmälan går automatiskt till närmaste chef. Det beskrivs också att det finns en ökande medvetenhet om vikten av att avvikelser ska rapporteras. Däremot beskrivs att det finns svårigheter med att använda systemet på mer aggregerad nivå för analys och sammanställningar.

⁴ Källa: Vården i Siffror

Avvikelsesystemet är i huvudsak uppbyggt för anmälan av enskilda händelser utifrån en traditionell indelning i avvikelsekategorier och inte för att kunna koppla avvikelser till processer.

Under år 2016 anmäldes i LiV 7 229 avvikelser av dessa var 3 762 patientavvikelser. Av de anmälda patientavvikelserna registrerades 46 procent som avvikelser inom området dokumentation, kommunikation och information, 38 procent inom området vård och behandling och 16 procent avsåg olycksfall och skador (framförallt fall och fallolyckor).

Det finns rutiner för hur och när Lex Maria-anmälningar ska göras och hur dessa ska hanteras av verksamhetschefer och chefläkare. Det finns även rutiner för ansvar och utformning av händelseanalyser. Det finns utbildade personer för att genomföra händelseanalyser inom patientsäkerhetscentrum och i verksamheterna.

Det finns ett Lex-Maria råd som har till uppgift att stödja verksamheterna i hantering av Lex-maria ärenden. Vid inträffad vårdskada eller händelse med risk för vårdskada ska ansvarig chef kontakta Lex-Maria rådet för beslut om Lex-Maria anmälan. Lex-Maria rådet möts varje vecka. Rådet består av chefläkarna, anmälningsansvarig, medicinskt sakkunniga och enhetschef för patientsäkerhetsenheten. Verksamheterna beskriver att de får ett gott stöd av Lex-Maria rådet och att rådet underlättar arbetet med Lex-Maria ärenden.

Under år 2016 gjordes 70 Lex Maria-anmälningar från verksamheterna i LiV. År 2015 gjordes 67 sådana anmälningar. Under de första fyra månaderna år 2017 ökade antalet Lex Maria-ärenden jämfört med samma tidsperiod år 2016. En förklaring till detta kan vara att flera av 2017 års anmälningar avser händelser som inträffat år 2016.

4.2.3 Kommentarer och bedömning

Det bedrivs ett omfattande arbete inom landstinget avseende att minska vårdskador och öka medvetenhet om vikten av patientsäkerhetsarbete, framförallt genom olika former av egenkontroll. Det framkommer även vid våra verksamhetsbesök.

Landstinget har formulerat en patientsäkerhetsstrategi med en vision om inga vårdskador.

Det finns dock ingen dokumenterad övergripande handlingsplan för hur strategin ska genomföras eller följas upp.

Landstingsstyrelsen ger inget eget förtydligande utifrån fullmäktiges hälso- och sjukvårdsuppdrag till verksamheterna.

En handlingsplan bör kunna innebära att landstingsstyrelsen lättare kan säkerställa att de områden som lyfts fram i strategin genomförs och kan följas upp. Vår uppfattning är därför att en handlingsplan för hur patientsäkerhetsstrategin ska verkställas bör tas fram och beslutas av landstingsstyrelsen. Vi anser att både kunskap och förutsättningar för att formulera en sådan handlingsplan finns.

4.3 Uppföljning

I följande avsnitt belyser vi revisorernas frågeställning om det finns mätbara mål och tydliga uppdrag för patientsäkerhetsarbetet samt om det finns analyser och uppnådda mål och resultat av arbetet med att minska vårdskador.

4.3.1 Mål och mått

Nedan följer en översiktlig kartläggning av hur landstingets övergripande mål mäts och följs upp inom området patientsäkerhet.

I landstingsplanen för år 2017 beskrivs att landstingets arbete ska utgå från socialstyrelsens definition av god vård som säger att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik samt tillgänglig.

Resultat-/kvalitetsmålen inga vårdskador, bäst vårdkvalitet, vård utan köer samt respektfulla möten uppges i landstingsplanen vara landstingets sätt att mäta hur väl verksamheten arbetar mot effektmålen och visionen⁵.

I landstingsplanens avsnitt om inriktning och uppdrag fastställs att patientsäkerhet är ett prioriterat område och att en nollvision gäller avseende uppkomst av vårdskador.

Inom området inga vårdskador har nedanstående inriktning och uppdrag formulerats.

Inriktning och uppdrag inom området Inga vårdskador

- Förekomsten av vårdskador ska minska
- Följsamhet till riktlinjer och rutiner för att förbygga vårdskador ska förbättras
- Patientsäkerhetsrisker vid vårdens övergångar minska
- Avvikelsehanteringen utvecklas och förbättras
- Reducera kvalitetsbrister i processer och arbeta med ständiga förbättringar⁶
- Arbeta med undvikbar slutenvård⁷
- Stödja och underlätta för hälso- och sjukvården samt tandvården att öka kvaliteten och patientsäkerhet⁸

⁵ Landstingsplan 2017 sid. 14

⁶ Ett gemensamt uppdrag för samtliga verksamheter som bl.a. inom hälso- och sjukvården samt tandvården bl.a.ska bidra till en ökad patientsäkerhet. Landstingsplan 2017 sidan 29

⁷ Utvecklingsuppdrag för hälso- och sjukvården, landstingsplan 2017 sid 30.

⁸ Utvecklingsuppdrag för stöd- och statsverksamheter, Landstingsplan 2017, sid 35

I Landstingsplanen beskrivs att ett urval indikatorer följs löpande för respektive mål i landstingets plan för uppföljning ("mätplan").

I Mätplan för 2017⁹ uppges att indikatorerna ska utgå från Landstingsplan 2017 och avser uppföljningen till Landstingsfullmäktige. I mätplanen beskrivs att det så långt som möjligt ska användas *resultatmått*, d.v.s. mått som visar resultatet av de insatser som gjorts i hälso- och sjukvården. I vissa fall har mål formulerats utifrån vårdens processer och då blir det nödvändigt att föreslå *processmått*, d.v.s. mått som visar vårdens processer, oavsett vilket resultatet blir för patienterna. Uppföljning av indikatorer sker framförallt i landstingets årsredovisning

Landstingsstyrelsen har inte beslutat om några egna mätbara mål och förtydligande uppdrag. Landstingsstyrelsen följer endast upp de indikatorer ("mätetal") som beslutats av fullmäktige.

Uppföljningen av mätetalen sker i månadsrapporter, delårsbokslut och patient-säkerhetsberättelse. Resultatet presenteras i huvudsak för landstinget som helhet och inte uppdelat för verksamheter/områden.

Det pågår för närvarande ett arbete med att utveckla landstingsstyrelsens mål och indikatorer för att förtydliga de övergripande målen som beslutas av fullmäktige inför budgeten år 2018.

⁹ Beslutad av Landstingsfullmäktige 2017- 03-14 efter beredning av landstingsstyrelsen

I nedanstående tabell beskrivs de mått som ska användas för att följa upp de mål som beslutats av Landstingsfullmäktige (inom parentes redovisas utfallet för 2016).

INGA VÅRDSKADOR					
Mål Landstingsplan 2017	Indikator	Redovisning	Mål 2016	Mål 2017	Mål 2018
	Andel patienter med vårdrelaterad infektion	Delårsrapport	Högst 8% (9%)	Högst 8%	Högst 7%
Förekomst av vårdskador ska minska	Andel patienter i sluten vård med trycksår	Delårsrapport	Minska jämfört med föregående år (14,7%)	Minska jämfört med föregående år	Minska jämfört med föregående år
	Andel patienter med vårdskada per sjukhus	Delårsrapport	Utveckling över tid (CSK: 13,2%, SiA: 8,6%, SiT 13,6%)	Utveckling över tid	Utveckling över tid
Följsamhet till rutiner och riktlinjer för att förebygga vårdskador ska förbättras	Antal medarbetare som följer de basala hygienrutinerna och klädreglerna	Delårsrapport	85% (82%)	85%	90%
Patientsäkerhetsrisker vid vårdens övergångar ska minska	Aktivitetssuppföljning: Beskrivning av verksamheternas insatser och förväntade resultat	Delårsrapport			
Avvikelsehanteringen ska utvecklas och förbättras	Aktivitetssuppföljning: Beskrivning av verksamheternas insatser och förväntade resultat	Delårsrapport			

I patientsäkerhetslagen (2010:659) stipuleras en dokumentationsskyldighet avseende det patientsäkerhetsarbete som bedrivs av "vårdgivaren"¹⁰. Det innebär att vårdgivaren (landstingsstyrelsen) ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten (§9). Vårdgivaren ska också senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Vi har tagit del av landstingets patientberättelse för år 2015 och 2016. Patientsäkerhetsberättelsen följer den struktur som stipuleras av patientsäkerhetslagen. I patientsäkerhetsberättelsen följs fullmäktiges mål inom målområdet "Inga vårdskador" upp. Resultat för övriga delar av LIVs patientsäkerhetsarbetet inklusive egenkontroller,

¹⁰ Med vårdgivare avses i Patientlagen statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (§3)

avvikelser och anmälningar redovisas också. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även ett avslutande avsnitt med övergripande mål och strategier för kommande år inom patientsäkerhetsarbetet.

I de delar som patientsäkerhetsberättelsen innehåller resultat av patientsäkerhetsarbete redovisas resultatet i huvudsak för hela landstinget och inte uppdelat på verksamheter och områden.

4.3.2 Kostnader

Flertalet studier drar slutsatsen att en stor del av vårdens resurser åtgår för att behandla vårdskador. Till detta ska läggas det personliga lidande som t.ex. extra vårddyggn på sjukhus innebär för den enskilde.

Det totala antalet vårdtillfällen för somatisk vård av vuxna i Sverige är knappt 1,4 miljoner per år. Genom Markörbaserad journalgranskning har närmare 65 000 vårdtillfällen granskats vid svenska sjukhus mellan år 2013 och 2016. Vid cirka 8 procent av de granskade vårdtillfällena drabbades patienter av vårdskador vilket innebär att cirka 110 000 patienter på svenska sjukhus varje år får vårdskador av varierande allvarlighetsgrad¹¹.

Vårdtiden för patienter som får en vårdskada är nästan dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada. Kostnaden för de närmare 900 000 extra vårddagar som beror på vårdskador beräknas till ungefär 9 miljarder kronor årligen vilket är cirka 13 - 14 procent av den totala kostnaden för sjukhusvård som beräknas till cirka 65 miljarder kronor per år.

Resultaten stämmer väl överens med en nyligen publicerad rapport från OECD där det uppskattas att cirka 15 procent av kostnader för sjukhusvård i OECD länder uppstår på grund av brister i patientsäkerheten

Det genomförs inga specifika beräkningar om vad undvikbara vårdskador kostar LiV.

4.3.3 Kommentarer och bedömning

Landstingsfullmäktige beslutar i landstingsplanen om inriktning, uppdrag och vilka mätetal som skall användas för att följa upp t.ex. patientsäkerhetsarbetet.

Dessa mätetal följs upp av landstingsstyrelsen i månadsrapporter, tertialrapporter och årsberättelser. Till det bör läggas den årliga patientsäkerhetsberättelsen som beskriver hur landstinget organiserar patientsäkerhetsarbetet och vilka resultat som uppnås i ovan uppräknade områden.

I övrigt är det upp till verksamheterna att själva identifiera mätetal och följa upp dessa.

Vår bedömning efter att vi tagit av den uppföljning som sker till landstingsstyrelsen genom månads-, delårsrapporter, årsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser är att redovisningarna ger en översiktlig bild av patientsäkerhetsarbetet i landstinget. De

¹¹ Skador i vården 2013-2016, SKL 2017.

mätbara mål och indikatorer som är formulerade inom patientsäkerhetsområdet uppfylls i låg utsträckning.

Resultat redovisas övergripande för landstinget som helhet. Vi anser att redovisningen även bör ske mer uppdelat på olika områden för t.ex. verksamheter/områden. Det saknas förslag på åtgärder för att uppfylla uppställda mål om att minska vårdskador.

Vi föreslår därför landstingsstyrelsen att utveckla egna mål/uppdrag som förtydligar fullmäktiges mål inom patientsäkerhet. Vi föreslår också att det i landstingsstyrelsens redovisningar i större utsträckning genomförs analyser och tas fram förslag på åtgärder för hur målet om att minska vårdskador kan uppfyllas. En utgångspunkt för det arbetet kan vara det som beskrivs i det avslutande avsnittet i patientsäkerhetsberättelsen "mål och strategier för kommande år inom patientsäkerhetsarbetet".

Vi välkomnar det arbete som påbörjats med att utveckla landstingsstyrelsens mål och indikatorer för att förtydliga de övergripande målen som beslutas av fullmäktige inför budgeten år 2018. Vår uppfattning är att landstingsstyrelsen som vårdgivare bör bryta ner fullmäktiges mål och utifrån dem följa upp verksamheten.

Revisorerna har önskat få belyst om landstinget beskriver de ekonomiska konsekvenserna av vårdskador. Landstinget gör inga egna beräkningar av vårdskadornas ekonomiska konsekvenser. Så länge det inte finns datakällor som kan identifiera undvikbara vårdskadors totala konsekvenser anser vi inte att det är rimligt att varje enskilt landsting själv försöker beräkna vårdskadornas kostnader. Vår bedömning är att sådana beräkningar skulle bli alltför osäkra.

Vi anser att de nationella beräkningarna som görs av experter på området ger tillräckliga incitament och motiv för att arbeta med ett proaktivt arbete för att förhindra vårdskador.

Vår uppskattning är att LiVs andel av de kostnader som SKL tagit fram utifrån nationella data kan beräknas till cirka 250 miljoner kronor per år. Uppskattningen är gjord utifrån Värmlands andel av Sveriges befolkning.

KPMG AB

Örjan Garpenholt
konsult, med dr

Andreas Endrédi
certifierad kommunal revisor

Bilaga 1.

Intervjuade

Enhetschef och chefläkare vid patientsäkerhetscentrum (3)
Hygienläkare och medarbetare vid Smittskydd Värmland
Enhetschef patientsäkerhetsenheten
Enhetschef och ordf. Läkemedelsråd/läkemedelsenheten
Verksamhetschefer vid fem somatiska verksamhetsområden
Enhetschef och medarbete vid patientnämnden
Ordförande landstingsstyrelsen
Telefonintervjuer med handläggare inom patientsäkerhetsenheten

Granskade dokument

Landstingsplan LiV 2016 och 2017
Årsredovisning LiV 2016
Protokoll och tjänsteskrivelser landstingsstyrelsen
Patientsäkerhetsstrategi LiV
Patientnämndens årsredovisning 2015 och 2016
Landstingsinterna statistiksammanställningar och presentationer
Smittskydd Värmland - årsberättelse 2016
Relevant information www.liv.se

Bilaga 2

Övergripande mål och strategier för kommande år

Att samla resurser och kompetenser inom patientsäkerhetsområdet genom bildandet av patientsäkerhetscentrum är ett sätt att ta nya krafter inom området. Men för att en kraftsamling ska få verkan krävs att hela landstinget sätter patientsäkerheten i fokus.

Inom hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp ges möjlighet till samverkan på övergripande nivå med områdeschefer, chef för kunskapscentrum och e-hälsostateg. Ledningsgruppen är ett viktigt forum om den önskade kraftsamlingen kring patientsäkerhet ska bli verklighet.

För ett lyckat resultat med patientsäkerhetsarbetet kommande år ingår etablering och utållig struktur, involverade medarbetare och patienter samt ett aktivt deltagande från ledningen på alla nivåer.

Under 2017 är målet att uppföljning av patientsäkerheten ska bli en integrerad del i landstingets månads- och tertialuppföljningar. Det kräver ett nytt arbetssätt där arbetsformerna för detta är under etablering.

Ett annat viktigt uppföljningsområde är händelseanalyser och fortsatt arbete med sexmånadersuppföljningar. Identifierade orsaker till allvarliga vårdskador måste användas i syfte att förebygga att händelser upprepas. Kunskapen ska bidra till att landstinget blir en lärande organisation.

Landstingets avvikelssystem har inte uppdaterats senaste året och arbetet med avvikelser är inte standardiserat. Under 2017 görs en översyn över avvikelshantering i stort i syfte att identifiera såväl vad som ska rapporteras som hur informationen ska användas. Målet är att avvikelshantering ska fungera som ett av verktygen i landstingets kvalitetsarbete. För detta krävs ett funktionellt system som stöder processen avseende önskvärt arbetssätt. Ett viktigt arbete kommande år blir att skapa en kulturförändring där synen på avvikelser förändras till att betraktas

som en möjlighet att förbättra kvaliteten för både patienter och medarbetare.

Landstinget kommer också i början av 2017 genomföra en gemensam medarbetar- och patientsäkerhetsenkät. Enkäten berör både säkerhet, arbetsmiljö och patientsäkerhet. Planen är att det fortsatta arbetet utifrån enkätresultaten samordnas av HR och patientsäkerhetscentrum gemensamt för att stötta verksamhetsområden inom landstinget på ett bättre sätt.

Det är viktigt att ta till vara medarbetares engagemang och idéer för ökad patientsäkerhet. Patientsäkerhetscentrum kommer att fortsätta arbeta med att involvera och stötta medarbetare i de patientnära verksamheterna, exempelvis genom försöksavdelningarna på Centralsjukhuset i Karlstad och förbättringsarbeten inom psykiatri.

Modellen för patientsäkerhetsarbetet utgår från en övertygelse om att det krävs arbete ur olika perspektiv för att åstadkomma en säker vård. En förutsättning är att det finns kunskap och struktur som ligger till grund för fortsatt arbete.

Delar i arbetet berör också ett aktivt arbete med kulturen, en god riskmedvetenhet, att ta tillvara kunskap och kompetens likaväl som patientens medverkan.

En ledning som aktivt deltar i arbetet och efterfråga resultat är en ytterligare del i patientsäkerhetsarbetet. Inom dessa ramar måste varje medarbetare ta till sig kunskapen, hitta motivationen och engagemanget för att sedan ändra sina arbetssätt i syfte att skapa en säkrare vård. Patientsäkerhetscentrum kommer att vara landstingets resurs i detta arbete.