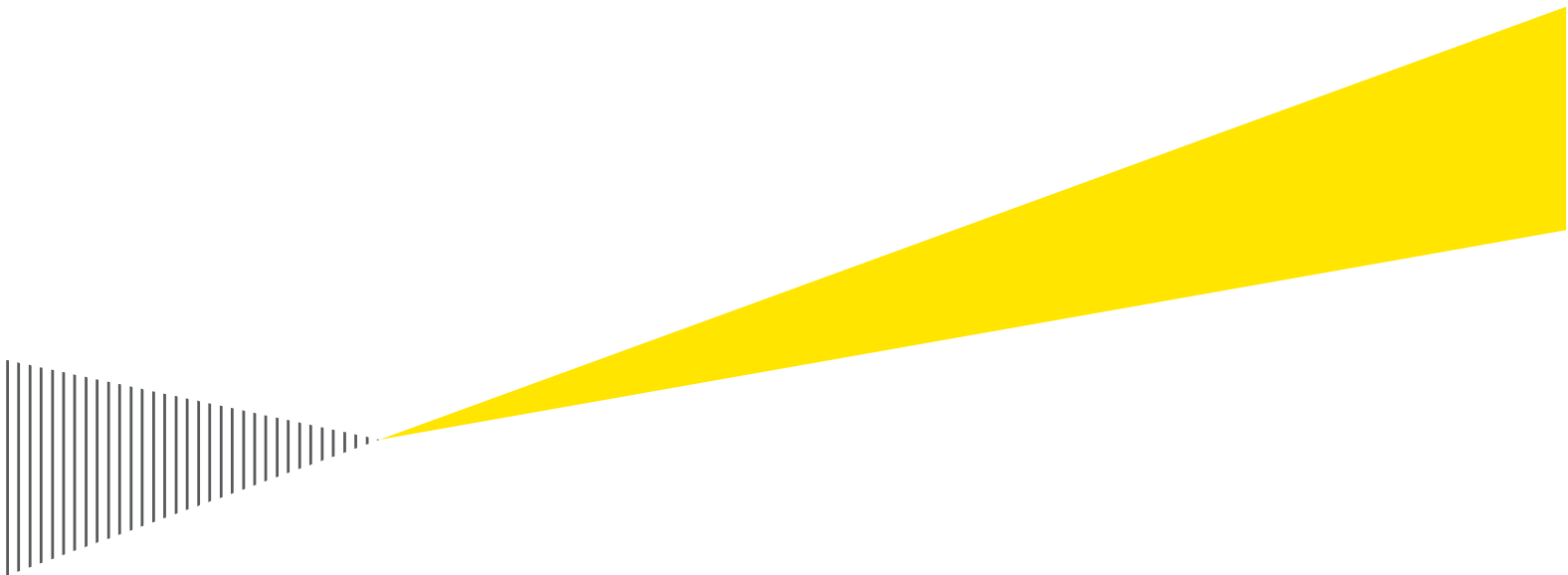


Region Blekinge

Granskning av regionens arbete med
att förhindra vårdskador



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Avgränsning	3
2.4. Genomförande	3
2.5. Revisionskriterier.....	4
3. Granskningsresultat	6
3.1. Patientsäkerhetspolicyns mål	6
3.2. Mål för patientsäkerhetsarbetet enligt verksamhetsplan	7
3.3. Patientsäkerhetslag och Socialstyrelsens föreskrifter	8
3.4. Bedömning	9
3.5. Organisation, ansvar och roller.....	9
3.6. Aktiviteter och insatser	12
3.7. Mätning, data, avvikelser och uppföljning	13
4. Sammanfattande bedömning	20
<i>Bilaga 1: Källförteckning</i>	<i>23</i>
<i>Bilaga 2: Regionens framgångsfaktorer för patientsäkerhetsarbetet</i>	<i>24</i>

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer granskat arbetet med att förhindra vårdskador i Region Blekinge. Granskningen har avgränsats till att omfatta specialiserad somatisk sjukhusvård. Den sammanfattande bedömningen är att regionen har en struktur med ansvar och roller som ger förutsättningar för att nå förbättringar i patientsäkerhetsarbetet men att ansvar och roller för stödfunktionerna behöver förtydligas. Detsamma gäller målen och uppföljningen av arbetet där vår bedömning är att regionen uppvisar brister.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser:

- ▶ Det finns mål som bygger på vedertagen kunskap och föreskrifter. Arbetet innehåller metoder och fokusområden som svarar upp mot de föreskrifter som idag styr patientarbetet med undantag för vad det gäller lokal riskanalys.
- ▶ Det finns inga enhetliga och kommunicerade rollbeskrivningar för stödfunktionerna och ingen utav chefläkarna har ett uttalat ansvar för patientsäkerhetsarbetet.
- ▶ Arbetet är främst incidentbaserat och arbete återstår med att etablera en systematik för riskanalyser, avvikelserapportering samt involvering av patienter och anhöriga.
- ▶ Två utav tre mål som satts upp gäller inte resultat utan process, vilket också återspeglas i de mätetal som finns. Det finns problem med att få tillförlitliga data som kan ligga till grund för analys och åtgärder.
- ▶ Utöver de nationella årliga mätningarna gör regionen månatliga punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler.
- ▶ Avvikelsehanteringssystemet fungerar relativt väl för att anmäla och utreda enskilda avvikelser men fungerar inte tillfredställande när det gäller att på övergripande nivå följa upp och analysera utvecklingen över tid. Den data som erhålles ur avvikelsehanteringssystemet betraktas inte som tillförlitlig då benägenhet att anmäla liksom att markera något som en vårdskada varierar inom organisationen och över tid.
- ▶ Avsaknaden av en handlingsplan utifrån patientsäkerhetspolicyn gör att det saknas samlade förslag på åtgärder för att uppfylla uppställda mål.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- ▶ se över målen vad gäller vårdskador med fokus på att göra dem mer uppföljningsbara,
- ▶ sätta utgångsvärden och målvärden för de indikatorer som ska följas upp,
- ▶ säkerställa att det finns tydliga definitioner för vad det är som ska mätas, att dessa är kända i organisationen och tillförsäkra att alla verksamheter mäter på samma sätt,
- ▶ tydliggöra och kommunicera stödfunktionernas ansvar och roller för arbetet i organisationen, samt
- ▶ se till att dokumentera de analyser som ligger till grund för vidtagna åtgärder.

Vidare rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- ▶ se till att den övergripande handlingsplanen vad gäller patientsäkerhetsarbetet tas fram.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Patienter som skadas i samband med vården är ett betydande problem inom hälso- och sjukvården i Sverige. Varje år drabbas cirka 100 000 patienter av en vårdskada i Sverige. Det innebär att nästan 8 procent av alla vårdtillfällen leder till en vårdskada enligt Socialstyrelsens uppskattningar. I de nationella mätningar som görs ligger Region Blekinge under eller runt rikssnittet i flera mätpunkter. Därför är hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete av stor betydelse och kan ha stor inverkan på möjligheterna att förhindra onödigt lidande för patienterna, för tillgängligheten och för sjukvårdens kostnadseffektivitet.

Revisorerna i Region Blekinge har utifrån sin riskanalys valt att rikta en av de fördjupade granskningarna mot arbetet med att förhindra vårdskador.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden organiserar och följer upp arbetet med att förebygga vårdskador på ett ändamålsenligt sätt. För att uppnå granskningens syfte besvaras följande delfrågor:

- ▶ Finns mål och delmål formulerade för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och är dessa baserade på vedertagen kunskap, föreskrifter och lokal riskanalys?
- ▶ Är Socialstyrelsens föreskrifter implementerade i verksamheten?
- ▶ Finns det en ändamålsenlig organisering med uppdrag, ansvar och roller för patientsäkerhetsarbetet?
- ▶ Finns det tillförlitlig data kring vårdskador, analys av dess orsaker samt åtgärder utifrån det?
- ▶ Görs egna mätningar utöver punktprevalensmätningarna?
- ▶ Finns ett fungerande system för avvikelshantering som används och vars resultat används i utvecklingssyfte?
- ▶ Finns det en fungerande uppföljning och mätning av arbetet med att minska antalet vårdskador?
- ▶ Vidtas tillräckliga åtgärder för att minimera antalet vårdskador?

2.3. Avgränsning

Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämnden. Granskningen har avgränsats på verksamhetsnivå till specialiserad somatisk sjukhusvård, och inom den nivån specifikt thoraxkliniken samt ortopedkliniken.

2.4. Genomförande

Granskningen grundas på intervjuer och dokumentstudier (se bilaga 1). Intervjuer har genomförts med hygienombud, avdelningschefer och verksamhetschefer på thoraxkliniken respektive ortopedkliniken. Granskningen är genomförd oktober 2019 - november 2019.

2.5. Revisionskriterier

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Hälso- och sjukvård ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den ska tillgodose patienternas behov av kontinuitet och säkerhet. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Inom hälso- och sjukvården ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Vårdgivaren har enligt patientsäkerhetslagen en skyldighet och ett ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att den ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Enligt lagen ska en patientsäkerhetsberättelse årligen upprättas senast den 1 mars.

Socialstyrelsens föreskrifter och rekommendationer

Inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen ska bestämmelser om basal hygien tillämpas. Bestämmelserna omfattar arbetskläder, handsmycken, armbandsur, handtvätt och desinfektion, engångsförkläden, naglar och skyddshandskar. Verksamhetschefer eller motsvarande ska fortlöpande följa upp verksamheten och säkerställa att bestämmelserna tillämpas.

Regionplan 2019–2021 med budget för 2019

Region Blekinges regionplan för 2019–2021 fokuserar på mål inom fem olika områden:

1. Invånare och samhälle
2. Kvalitet och process
3. Kompetens
4. Miljö och hållbarhet
5. Ekonomi

Under perspektivet invånare och samhälle lyfts kvaliteter som invånaren själv kan bedöma, exempelvis vårdens tillgänglighet, bemötande och delaktighet. Under perspektivet kvalitet och process lyfts kvaliteter som är svårare för invånaren själv att bedöma, exempelvis medicinska resultat, omvårdnadsresultat och patientsäkerhet. Det är under rubriken kvalitet och process som det enda målet som finns i regionplanen som rör patientsäkerhet är listat. I planen sätts nämligen det övergripande målet "Att minska antalet vårdskador". Målet följs enligt planen upp genom ett patientsäkerhetsindex, bestående av sju olika delar (se kapitel 3.3) och målvärden finns för hela planperioden.

Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente

Reglementet för hälso- och sjukvårdsnämnden anger att nämnden ska fatta beslut i ärenden som avser den egna verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Frågor som är av principiell betydelse eller annars av större vikt för regionen ska alltid hanteras i regionfullmäktige.

Vidare står det i reglementet att hälso- och sjukvårdsnämnden ska utöva ledning över Region Blekinges samlade hälso- och sjukvård och tillse att verksamheten är ändamålsenligt uppbyggd och utformad. I reglementet anges också att hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för patientsäkerhet inom sitt verksamhetsområde.

Tandvårdsnämnden ansvarar för patientsäkerhetsarbetet inom folktandvården men ingår inte i denna granskning.

Patientsäkerhetspolicy

I november 2017 fastslog landstingsfullmäktige en patientsäkerhetspolicy innehållandes vision och mål för patientsäkerhetsarbetet i Blekinge. Visionen är "en hälso- och sjukvård utan vårdskador". För att nå detta ska vården vara personcentrerad, kunskapsbaserad och organiserad för en säker vård. Policyn anger också de tre övergripande målen för arbetet, nämligen att: förekomsten av vårdskador ska minska, patientsäkerhetskulturen ska förbättras och patientsäkerhetsindex ska öka. Se vidare under kapitel 3.

3. Granskningsresultat

3.1. Patientsäkerhetspolicyns mål

I patientsäkerhetspolicyn kan vi läsa att regionens vision vad gäller patientsäkerheten är att bedriva en hälso- och sjukvård utan vårdskador. Policyn består av strategi och mål för arbetet. Nedan görs en genomgång av de tre övergripande målen medan hur de mäts och följs upp beskrivs i kapitel 3.4.

Redan i policyn fastslås att uppföljning ska ske genom patientsäkerhetsberättelsen samt via årsredovisning och delårsrapporter. Vidare anger policyn att en handlingsplan som konkretiserar den övergripande policyn till aktiviteter och åtgärder ska beslutas av regiondirektören. Strategin är att vårdskador ska minska genom ett strukturerat och förebyggande systematiskt arbetssätt i verksamheten. Framgångsfaktorerna i arbetet är att vara personcentrerad, kunskapsbaserad samt organiserad för en säker vård (läs om principer för vägledning för olika nivåer inom de tre framgångsfaktorerna i bilaga 2).

För att nå visionen arbetar regionen utifrån tre övergripande mål:

1. förekomsten av vårdskador ska minska
2. patientsäkerhetskulturen ska förbättras
3. patientsäkerhetsindex ska öka

Det första målet härrör från patientsäkerhetslagen (2010:659) som syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården. Patientsäkerhet definieras enligt lagen som "skydd mot vårdskada" och omfattar såväl vårdskada som allvarlig vårdskada.

Vårdskada innebär:

- ▶ lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Allvarlig vårdskada innebär:

- ▶ vårdskada som är bestående och inte ringa eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Av policyn framgår att vårdskador eller allvarliga vårdskador ska analyseras och vara underlag till förbättringsarbete. För att minska förekomsten av vårdskador eller allvarliga vårdskador tillämpar organisationen strategiskt patientsäkerhetsarbete som utgår från att:

- ▶ identifiera, analysera och åtgärda systemfel samt identifiera omfattning och typ av förekommande vårdskador
- ▶ identifiera risker för vårdskador, ta lärdom av händelser och arbeta förebyggande för att förhindra att vårdskador inträffar
- ▶ medverka i lokalt och nationellt arbete för att minska antalet vårdskador

Det andra målet om patientsäkerhetskulturen avser organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt agera så att säkerheten kan främjas. Patientsäkerhetskultur består av den samling attityder, värderingar och beteenden som påverkar patientens säkerhet. Mätningen av patientsäkerhetskulturen genomförs i form av vårdgivarens egenkontroll och uppföljning.

Patientsäkerhetsindex används för att följa om vidtagna åtgärder har fått någon effekt i verksamheten. Indexet består av:

1. basala hygienrutiner – målet är att följsamheten ska vara 100 procent
2. vårdrelaterade infektioner – målet är att förekomsten ska minska så mycket som möjligt
3. trycksår – målet är att förekomsten ska minska så mycket som möjligt
4. överbeläggningar och utlokaliserade patienter – ska undvikas i möjligaste mån
5. andelen äldre över 75 år som använder olämpliga läkemedel – ska minska
6. antibiotikaförskrivningen – ska inte överstiga det nationella målet 250 recept/1000 invånare per år
7. markörbaserad journalgranskning – ska genomföras för att identifiera vårdskador

Patientsäkerhetsindexet ska visa på utvecklingen av trender inom vårdskador samt områden med ökad risk att vårdskador kan uppkomma. För de sju ovannämnda faktorerna finns även delmål. Tillsammans med det övergripande målet att index ska öka varje år ska patientsäkerheten därmed visa på kontinuerlig förbättring.

3.2. Mål för patientsäkerhetsarbetet enligt verksamhetsplan

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan och budget 2019 beskrivs inriktningsmål för att kvalitetssäkra tjänster och samverkansprocesser i regionen. Det är inom ramen för detta inriktningsmål vi finner patientsäkerhetsarbetet. För att främja god kvalitet och kostnadseffektivitet ska ledningssystemet syfta till att skapa grundläggande ordning för att så långt som möjligt förebygga risker och misstag som kan leda till oönskat resultat. Det innebär att vården särskilt ska:

- ▶ vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- ▶ tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- ▶ bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- ▶ främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- ▶ vara lätt tillgänglig

Nämndens verksamhetsplan för 2019 är i linje med patientsäkerhetspolicyn då den lyfter fram de fastställda målen från policyn. Vidare anges att ledningen på alla nivåer måste fastställa och kommunicera det organisatoriska ansvaret samt efterfråga och utvärdera resultat. För att kunna följa upp resultatet finns utpekade indikatorer. Se tabell nedan som är tagen från nämndens verksamhetsplan.

Tabell 1. Indikatorer inom ramen för inriktningsmålet ”god kvalitet i Region Blekinges tjänster och samverkansprocesser”

Indikator	Ingångsvärde (ange mättidpunkt)	Målvärde	Uppföljning: frekvens och källa
Patientsäkerhets-index.	2017: 79,2	80.	Delårsbokslut och årsredovisning.
Andel vårdenheter som upprättat handlingsplan utifrån enkät patient-säkerhetskultur.	Resultat enkät patientsäkerhetskultur 2017.	100 %.	Delårsbokslut och årsredovisning.
Andel vårdenheter som sammanställt och analyserat registrerade vårdskador i avvikelshanteringssystemet.	Resultat 2018	100 %.	Delårsbokslut och årsredovisning. Avvikelsehanteringssystemet.
Vårdskador ska minska.	Resultat 2018.	Färre än 2018.	Delårsbokslut och årsredovisning. Avvikelsehanteringssystemet.
Andel patienter som omfattas av LOS som återinläggs inom 30 dagar.	17 % (2018).	Lägre än 2018.	Månadsvis.
Antal beskrivna och etablerade processer.	Nytt.	5	Delårsbokslut och årsredovisning.
Antal vård dygn utanför sjukhus (somatisk vård).	1924 vård dygn i hemmet (2018).	Fler än 2018.	Månadsvis.
Antal indikatorer i åtta kvalitetsområden som förbättrats från ej uppfyllt (rött) till uppfyllt mål för kvalitet (grönt).	Nytt.	6 av 8 indikatorer når grönt.	Hälso- och sjukvårdsrapporten (Öppna jämförelser).

LOS står för Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

De insatsområden som hälso- och sjukvårdsnämnden för 2019 har bedömt vara av vikt för att nå en god måluppfyllnad inom ramen för att minska vårdskador är:

- ▶ Aktiv monitorering och uppföljning av vårdskador
- ▶ Öka kunskapen om förhållningssätt och värderingars betydelse för patientsäkerheten

3.3. Patientsäkerhetslag och Socialstyrelsens föreskrifter

Vid intervjuer beskriver regionen att de är väl medvetna om de övergripande krav som patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter ställer på patientsäkerhetsarbetet. Policyn är utformad utifrån de bestämmelser som finns om hur verksamheten ska planeras, ledas och kontrolleras för att kravet på god vård ska kunna upprätthållas.

Vidare arbetar regionen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter med övergripande arbetslistor med instruktioner för genomförande av internutredning vid vårdskada eller allvarlig

vårdskada. Där ingår bedömningskriterier för vad som avser vårdskada och allvarlig vårdskada.

Vid intervjuerna framkommer att det till viss del finns riskanalyser som ligger till grund för målen för patientsäkerhetsarbetet, och som genomfördes i perioden 2010–2015.

3.4. Bedömning

Målet att förekomsten av vårdskador ska minska är allomfattande och oöverskådligt. Vi finner det vara en brist att målet inte är nedbrutit och att det saknas tydliga utgångsvärden. Målet att patientsäkerhetskulturen ska förbättras är också av det generella slaget. När det saknas tydliga mätvärden och utgångsvärden för målarbetet blir det svårt att följa utvecklingen över tid, och för att bedöma om målen faktiskt uppnås.

Målet att patientsäkerhetsindex ska öka är även detta övergripande men till skillnad från övriga mål består detta av sju faktorer med tillhörande delmål/områden. Det framgår inte hur eller på vilket sätt faktorerna är viktade eller vad föregående års mätvärde innebär i indexet. Detta gör att mätvärdet för indexet blir otydligt.

Målen bygger på vedertagen kunskap och existerande föreskrifter. Den riskanalys som ligger till grund för målen är i flera fall daterad och inga övergripande riskanalyser för patientsäkerhetsområdet har genomförts sedan 2015. Patientsäkerhet har dock i vissa fall varit en del av riskanalysen i samband med omorganisering eller verksamhetsförändringar.

På grund av omorganisationen har ingen handlingsplan baserad på patientsäkerhetspolicyn upprättats, vilket vi bedömer vara en brist.

I jämförelse med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende bestämmelsen om riskanalys och förbättrade åtgärder anser vi att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är delvis uppfyllt. Region Blekinges patientsäkerhetspolicy tillsammans med verksamhetsplanen svarar i övrigt upp mot de nationella bestämmelserna.

3.5. Organisation, ansvar och roller

3.5.1. Organisation

Den 1 januari bildades nya Region Blekinge genom en sammanslagning av Landstinget Blekinge och dåvarande Region Blekinge. I samband med regionbildningen genomfördes en omorganisation av såväl förvaltningsorganisationen som den politiska organisationen.

Patientsäkerhetsavdelningen som bildades år 2010, utvecklades i samband med den senaste omorganisationen och de olika funktioner som ingick har fördelats ut på tre olika avdelningar inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Till skillnad från tidigare då en utav chefläkarna hade ett uttalat ansvar att jobba med patientsäkerhetsfrågor är detta nu ett gemensamt ansvar för alla tre. Den tidigare chefen för patientsäkerhetsarbetet är idag smittskydds- och hygienöverläkare och jobbar med de utav patientsäkerhetsfrågorna som involverar hygienfrågor.

Vårdgivaren har enligt patientsäkerhetslagen en skyldighet och ett ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I Region Blekinge är det regionstyrelsen som är vårdgivare och har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet, i enlighet med patientsäkerhetslagen. Det innebär att regionstyrelsen ska planera, leda och kontrollera

verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

3.5.2. Roller och ansvar

Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är i övrigt fördelat enligt nedan:

- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden, ska utöva ledning över regionens hälso- och sjukvård respektive tandvård.
- ▶ Tjänstemannaorganisationen har via linjeorganisationen, ett ansvar för utförandet av patientsäkerhetsarbetet.
- ▶ Regiondirektören har ett övergripande ansvar. Beslut gällande patientsäkerhet för hela regionen tas i dennes ledningsgrupp.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör respektive tandvårdsdirektör, ansvarar för att samordna och leda respektive förvaltningsverksamhet (hälso- och sjukvård respektive folktandvård).
- ▶ Hälso- och sjukvårdschef respektive tandvårdschef, ansvarar för att samordna och leda inom respektive område.
- ▶ Verksamhetschef respektive avdelningschef har ansvar och befogenhet för planering, styrning och uppföljning på basenhets- och avdelningsnivå i det dagliga patientsäkerhetsarbetet inom sitt verksamhetsområde.

I patientsäkerhetsberättelsen från 2018 beskrivs att chefsstöd finns i form av avvikellesamordnare, hygienombud, stramaombud (som ska verka för en minskad antibiotikaförskrivning), chefssjuksköterska, omvårdnadsutvecklare, farmaceuter. En del vårdenheter har därtill inrättat specifika tjänster inom patientsäkerhet.

Av intervjuerna med hygienombuden på respektive klinik framkommer att det främst är de två avvikellesamordnarna samt de två hygiensjuksköterskorna på central nivå liksom patientsäkerhetssamordnare samt smittskydds- och hygienläkaren som de nämner som stödpersoner när det gäller att driva de delar av patientsäkerhetsarbetet som rör hygienfrågor.

I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs hur varje medarbetare har ett särskilt patientsäkerhetsansvar genom att medverka i ett systematiskt förbättringsarbete, vidareutveckla rutiner, följa upp mål och resultat samt rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Chefläkarna ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt lex Maria inom hälso- och sjukvården. Tillsammans med övergripande patientsäkerhetssamordnare och administrativ sekreterare bildar de en chefläkargrupp. Denna arbetsgrupp prioriterar och planerar övergripande gemensamma åtgärder bland annat utifrån vårdskador och anmälningsärenden.

Ett händelseanalysteam genomför övergripande analyser och regionen har använt sig av metoden som är vanligt förekommande inom patientsäkerhetsarbete under flera år. Analysen ger kunskap om hur och varför en negativ händelse inträffade, samt vilka åtgärder som bör vidtas för att förhindra att något liknande upprepas. I patientsäkerhetsberättelsen betonas att syftet inte är att identifiera eller fastställa skulden till det som inträffat utan för att identifiera brister som kan finnas i organisationen, gällande exempelvis rutiner eller kommunikation.

Regionen är ansluten till ett nationellt presentationsverktyg (NITHA) vilket beskrivs underlätta att genomföra händelseanalyser på ett standardiserat sätt med nationell terminologi. Händelseanalysteamets arbete utgår från SKL:s handbok "Riskanalys och händelseanalys -

analysmetoder för att öka patientsäkerheten”. Under 2018 genomfördes händelseanalys i följande fall: oklara omständigheter kring dödsfall, traumatisk hjärnblödning, aorta-aneurysm, kontrakturer, lämplig vårdnivå och kliniktillhörighet, samt uppföljning stroke.

Det finns en läkemedelskommitté vars uppdrag är att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning. I samband med omorganisationen har även en vårdkommitté med representanter från verksamhetens olika delar tillsatts. Tanken är att kommittén ska styra och prioritera processarbetet och stödja den lokala kunskapsstyrningen. Kommittén består av 15 personer från både sjukvårdssidan, tandvård och kommunen. Exempelvis ingår hälso- och sjukhuschefen för specialiserad vård och en utav chefläkarna i kommittén. Vårdkommittén lyfts särskilt fram i delårsrapporterna under målet att minska antalet vårdskador.

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans till vilken patient och anhöriga kan vända sig med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Se vidare under kapitel 3.3.1.

Vid thoraxkliniken finns en tjänst, som till cirka 80 procent av tiden arbetar som patientsäkerhetssamordnare (resterande cirka 20 procent i det förvaltningsgemensamma händelseanalysteamet). Det finns en uppdragsbeskrivning och rollen innebär att personen stöttar klinikledningen i patientsäkerhetsarbetet. På ortopedkliniken har verksamhetschefen delegerat arbetet med patientsäkerhetsfrågor till den biträdande verksamhetschefen som också är avvikelssamordnare. Det betonas dock i båda fallen att dessa roller ska fungera stödjande och att ansvaret för patientsäkerhetsarbetet fortfarande ligger i linjeorganisationen.

Det finns inga förvaltningsövergripande rollbeskrivningar för avvikelssamordnare eller patientsäkerhetssamordnare på klinikerna, i den mån de senare finns utsedda. Vid intervjuerna framkom att det togs fram en gemensam rollbeskrivning för avvikelssamordnare år 2012 men att den är inte allmänt känd i organisationen. Flera kliniker har däremot gjort egna rollbeskrivningar för sin avvikelssamordnare. För hygienombuden (2 per enhet) finns en centralt beslutad rollbeskrivning från mars 2019.

För patientsäkerhetssamordnare togs det fram ett förslag 2012 som aldrig blev formellt beslutad. I dagsläget finns ingen rollbeskrivning.

3.5.3. Bedömning

Regionen har en delvis ändamålsenlig organisering med uppdrag, ansvar och roller inom patientsäkerhetsarbetet. Det är väl känt på alla nivåer att ansvaret ligger i linjeorganisationen. Däremot är de tillgängliga stödfunktionernas uppdrag och roller inte tydligt för alla och detta gäller framförallt sedan den nya organisationen trädde i kraft. Vi bedömer frånvaron av rollbeskrivningar, inte bara i samband med omorganisationen, som en allvarlig brist.

Osäkerheten kring stödfunktionernas roll kan delvis bero på att inga roll- eller ansvarsbeskrivningar finns exempelvis övergripande patientsäkerhetssamordnare respektive avvikelssamordnare. Det finns också flera funktioner beskrivna ovan och listade i patientsäkerhetsberättelsen som inte alls nämns i intervjuerna varpå kunskapen om deras roll och betydelse för patientsäkerhetsarbetet bedöms vara begränsad i organisationen som helhet.

3.6. Aktiviteter och insatser

Patientsäkerhetspolicyn från 2017 föreskriver att en övergripande handlingsplan ska tas fram årligen och att så ska ske påpekas också i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019, men så har aldrig hittills skett. Som anledning uppges i intervjuer framförallt omorganisationen.

Som konstaterades i kapitel 3.2 finns i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2019 två områden som nämns som viktiga för att minska antalet patientskador:

- ▶ Aktiv monitorering och uppföljning av patientskador
- ▶ Öka kunskapen om förhållningssätt och värderingars betydelse för patientsäkerheten

Insatsområdena eller uppdragen följs inte upp med några data utan den statistiska uppföljning av verksamhetsplanen som sker är den som listas i tabell 1 sidan 8.

I delårsrapporten per augusti 2019 står att läsa att hälso- och sjukvården under hösten kommer införa Patientsäkerhet i realtid (PiR). Vid intervjuer framkommer att en pilot är planerad till november och beroende på hur den faller ut kommer beslut fattas om hur man eventuellt går vidare. Metoden går ut på att granska kvalitet, patientsäkerhet och följsamhet till rutiner under pågående vård vilket ger den granskade verksamheten direkt återkoppling på sitt arbete med betydelse för patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2018 listar i en bilaga ett 40-tal nationella och regionövergripande åtgärder och aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet. De aktiviteter som pågår är både permanenta och projektartade. Exempelvis listas att punktprevalensmätningar av basala hygien- och klädrutiner startade 2010 som en åtgärd, och en annan punkt är att det finns en patientsäkerhetspolicy från 2017 liksom ett nationellt ramverk för patientsäkerhet från 2015.

Utifrån listan kan det inte för flera utav åtgärderna utläsas om de införts på bred front eller enbart på enskilda kliniker. Vid intervjuerna framkommer också att thorax och ortopedi har jobbat med olika insatser och åtgärder, exempelvis är det bara en av klinikerna som jobbar med det så kallade Gröna korset¹ och regionen som helhet har ingen målsättning om huruvida det ska införas i alla verksamheter. Andra insatser eller metoder som förekommer inom delar av sjukvårdsverksamheten är exempelvis omvårdnadsronder och riskbedömningar avseende fall, tryckskada, nutrition respektive smärta.

Sedan 2013 genomförs patientsäkerhetsdagar som riktar sig internt till medarbetare i verksamheten. Tema för de tre senaste årens har varit: diagnoser och diagnostiska misslyckanden, att brottas med VRE² samt information kring en händelseanalys som även beskrivits i ett av breven "månadens fall". På patientsäkerhetsdagen delas också patientsäkerhetspriset ut.

Patientsäkerhetsdialog har genomförts i någon form sedan 2007, och i nuvarande form vartannat år sedan 2017. Dialogen innebär att chefläkare och patientsäkerhetssamordnare möter verksamhetschef och dennes stab, för att diskutera hur respektive vårdenheter arbetar

¹ Gröna korset är en visuell metod för att i sjukvården dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid. Metoden ska skapa ett underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patientsäkerhetskulturen.

² Vancomycinresistenta enterokocker (VRE) är en bakterie som sprids lätt i sjukhusmiljö då de är, eller kan bli, resistenta mot alla kända antibiotika. VRE uppstår framförallt hos svårt sjuka personer som till exempel genomgått kirurgiska ingrepp eller har nedsatt immunförsvar.

med patientsäkerhet och om det finns specifika risker som behöver lyftas. Som underlag används en självskattning inom områden som exempelvis egenkontroll, patientmedverkan, avvikelser och allvarlig vårdskada.

Vid intervjuerna framkommer att de områden som anses förbisedda i patientsäkerhetsarbetet idag framförallt är städrutiner samt patientmedverkan. Det framförs att fastställda rutiner för städning av lokaler och sängar inte alltid följs och att det upplevs svårt att involvera patienterna i patientsäkerhetsarbetet. Detta gäller både i dialog kring vad patienten själv kan göra för att förhindra exempelvis smittspridning liksom att systematiskt inhämta patienter eller anhörigas synpunkter på patientsäkerhetsarbetet.

3.6.1. Bedömning

Det är utifrån patientsäkerhetsberättelsen svårt att få en uppfattning om vilka insatser och åtgärder som genomförts inom området under de senaste året/åren. Den lista som finns skiljer inte på aktiviteter som får anses ingå i det löpande patientsäkerhetsarbetet sedan många år och särskilda insatser som genomförts i närtid. Sannolikt bidrar avsaknaden av en övergripande handlingsplan till att det är svårt att följa vilka åtgärder som särskilt beslutats och som ska följas upp under året. Vidare anser vi det vara en brist att det inte går att utläsa omfattningen för flera utav åtgärderna, i vilken mån de är implementerade i verksamheten eller om det enbart har skett på ett fåtal avdelningar eller kliniker.

Insatserna som genomförts bedöms vara grundade i den etablerade kunskapsbasis som bland annat Socialstyrelsen har definierat. Vi delar regionens uppfattning att patienterna är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet och att det är angeläget att öka patienter och anhörigas medverkan i arbetet.

Få åtgärder eller insatser som listas i patientsäkerhetsberättelsens bilaga mäts eller följs upp specifikt utan förhoppningen är att dessa åtgärder ska få resultat som syns i mätning och uppföljningen av de tre övergripande målen, vilket vi anser vara ett fortsatt förbättringsområde för regionen. Hur dessa mäts och följs upp beskrivs i kapitel 3.6.

3.7. Mätning, data, avvikelser och uppföljning

Avsnittet är strukturerat utifrån de tre övergripande målen i regionens policy och vilka mätningar och data som kopplats till respektive mål.

3.7.1. Förekomsten av vårdskador ska minska

I regionplanen för åren 2019–2021 finns målet om att antalet vårdskador ska minska men som indikator står patientsäkerhetsindex, alltså det som i policy och patientsäkerhetsberättelsen istället är listat som ett mål i sig. I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan anges att målet om minskat antal vårdskador följs upp vid delårsbokslut och årsredovisning och mäts genom avvikelshanteringssystemet. Målet är att antalet vårdskador ska vara färre än föregående år. Som ingångsvärde anges "Resultatet 2018" och inte ett faktiskt mätvärde. Rapportering av målet görs vid årsrapporten och i delårsrapporten för 2019 anges enbart att det är osäkert om målvärdet uppnås och ingen vidare analys görs.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2018 anges att måluppfyllelsen för målet om minskat antal vårdskador, är svår att bedöma utifrån nuvarande statistik. Orsaken är dels svårigheterna i att få tillförlitliga data, dels att olika mätningar visar på olika resultat när det gäller om antalet vårdskador ökar eller minskar.

Utöver avvikelserapporteringssystemet anger patientsäkerhetsberättelsen att följande data visar på antalet vårdskador: statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i form av lex Maria, statistik från patientnämnden samt Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf). Vid sakgranskningen förtydligas att sammanställningarna från patientnämnden och Löf inte anses användbara även om dessa finns med som angivna källor i patientsäkerhetsberättelsen. Anledningen är att dessa sammanställningar omfattar mer än bara vårdskador. Nedan görs en genomgång av de olika källorna.

Avvikelseerrapportering följs upp på alla nivåer, beroende på rapportens karaktär. Region Blekinge har ett eget regionövergripande digitalt system för avvikelserapportering som varit i bruk sedan 2013. Under 2020 planeras ett nytt datastöd för avvikelsehantering att upphandlas och införas. Det nuvarande systemet uppges i intervjuer fungera relativt väl när det gäller hur enskilda avviker anmäls, tas om hand och återrapporteras. Dock finns svårigheter med hur systemet kan användas för uppföljning och sammanställning av vårdskador på en mer övergripande nivå och på klinik- och avdelningsnivå. Exempelvis uppges i intervjuer att det inte går att göra sammanställningar i systemet utifrån vidtagna åtgärder och att mycket utav den statistik som efterfrågas kräver manuell bearbetning i excel för att kunna presenteras.

I samtliga intervjuer beskrivs en stor förändring under de senaste åren gällande medvetenheten om vad som är en avvikelse, samt en ökad benägenhet att anmäla. Detta syns i statistiken där antalet avvikelser under de senaste åren gått från knappt 3100 avvikelser år 2013 inom området vård³ till drygt 4 800 förra året (4 400 år 2017). De ökade siffrorna beskrivs i samtliga intervjuer snarast som tecken på en ökad benägenhet i att rapportera avvikelser snarare än att antalet avvikelser har ökat. Vidare framkommer i intervjuerna att det ibland upplevs som svårt att hinna med att registrera avvikelser, vilket såklart också påverkar statistikens tillförlitlighet.

I samband med att en avvikelse registreras i det digitala systemet anges huruvida avvikelsen är att betrakta som en vårdskada. Detta görs av avvikelsesamordnare och ofta tillsammans och i samarbete med chef. Rutinen är att om vårdskada bedöms föreligga och när utredning av denna gjorts ska det markeras i systemet. För 2018 gjordes den bedömningen i 160 fall av alla avvikelser (3 procent). Åren 2016 och 2017 var antalet avvikelser markerade som vårdskada över 250 stycken men i patientsäkerhetsberättelsen anges att det är för tidigt att dra några långtgående slutsatser av förra årets markanta minskning i antalet rapporterade fall. Trenden har dock fortsatt under innevarande år och i delårsrapporten anges att 52 fall av vårdskada har registrerats per den sista augusti 2019. Detta är nästan hälften så många som samma period förra året.

Vid intervjuerna framkommer stark osäkerhet kring denna siffra. Nuvarande läge med färre vårdplatser, hög arbetsbelastning och den pågående omorganisationen tros ligga bakom att färre avvikelser/vårdskador registrerats då det helt enkelt inte finns tid att skriva avvikelser. I intervjuer uppges att det tidigare också har funnits ett visst motstånd mot att definiera något som en vårdskada. Detta grundas i tanken på att vården skulle ha åsamkat en patient en skada har varit svårt att prata om. Vidare görs bedömningen i patientsäkerhetsberättelsen från 2018 att det enbart är cirka 60 procent av alla vårdenheter som sammanställt och analyserat registrerade vårdskador, i enlighet med fastställd riktlinje.

³ Rapportering av avvikelser sker inom hela hälso- och sjukvårdsverksamheten och en avvikelse bedöms tillhöra någon utav områdena: vård, försörjning, säkerhet, personalförsörjning, arbetsmiljö eller miljö. Vård är den dominerande kategorin och står för ca 90% av alla registrerade avvikelser. Inom vård finns underkategorierna: administrativ rutin, hjälpmedel, medicinsk behandling, medicinteknisk utrustning, omvårdnad, patientdokumentation och vårdplanering.

Att samtliga registrerade vårdskador ska utredas, framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och av regionens egna arbetsrutiner. Under 2019 framgår det av den interna kontrollplanen att granskning ska ske av att antalet registrerade vårdskador är lika många som de som utretts internt. I dagsläget markeras cirka 60 procent av alla vårdskador i avvikelssystemet som utredda. Markeringen ska göras efter att utredning är gjord och det framkommer av intervjuerna att detta ibland glöms bort. Vidare finns det en farhåga att en markering inte görs då man inte uppfattar det som sker efter att en vårdskada inträffat som en utredning. Därför markerar man inte heller med ett kryss i rutan att utredning genomförts även om det faktiska arbetet verkligen skett.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har från och med 2018 en begränsad utredningsskyldighet. Detta har inneburit att antalet fall som IVO utreder har blivit färre och det går inte att dra några slutsatser om antalet vårdskador har ökat eller minskat i regionen baserat på denna data. För åren 2015–2017 låg antalet fall i Blekinge på ca 75–80 årligen medan det 2018 hade minskat till knappt 50 fall. De fall IVO utreder omfattar också långt mer än bara vårdskador utan kan gälla alla typ av klagomål.

Allvarliga vårdskador anmäls enligt Lex Maria och skiftar något mellan åren. Totalt anges i patientsäkerhetsberättelsen att det anmäldes 44 fall under 2018 och i flera fall är mer än en klinik berörd. Siffran har de senaste tre-fyra åren legat på en ganska jämn nivå mellan 45–50 fall. Vid sakgranskning framgår att siffran gäller regionen i stort och för sjukhusets del rör det sig om snarare runt 30 fall om åren. De beslut i Lex Maria-ärenden som varit av mer generellt intresse har chefläkarna även förmedlat på ledningsmöten och via nyhetsbrev. Vid intervjuer framkommer att det upplevs lättare att sprida kunskap om dessa mer allvarliga händelser jämfört med vårdskador som kanske inte är lika allvarliga men som är relativt vanligt förekommande.

Klagomål kan följas i tre olika system: via **patientnämnden**, via patientskadeförsäkringen och via klagomål registrerade i avvikelssystemet. Patientnämnden har under 2018 avslutat 335 klagomål. Vilket är en minskning från 350 klagomål för två år sedan. Patientnämndens ärenden omfattar allt från bemötande, till behandlingar och hur många fall som rör vårdskador finns ingen statistisk översikt.

Patientskadeförsäkringen innebär att patienter som skadas av vården kan få ersättning om de har skadats i vården. Totalt inkom 233 anmälningar 2018. För alla regioner och landsting har Lof beviljat ersättning i ca 40 procent av fallen. I denna siffra finns också skador som inte anses undvikbara det vill säga som inte klassas som vårdskador.

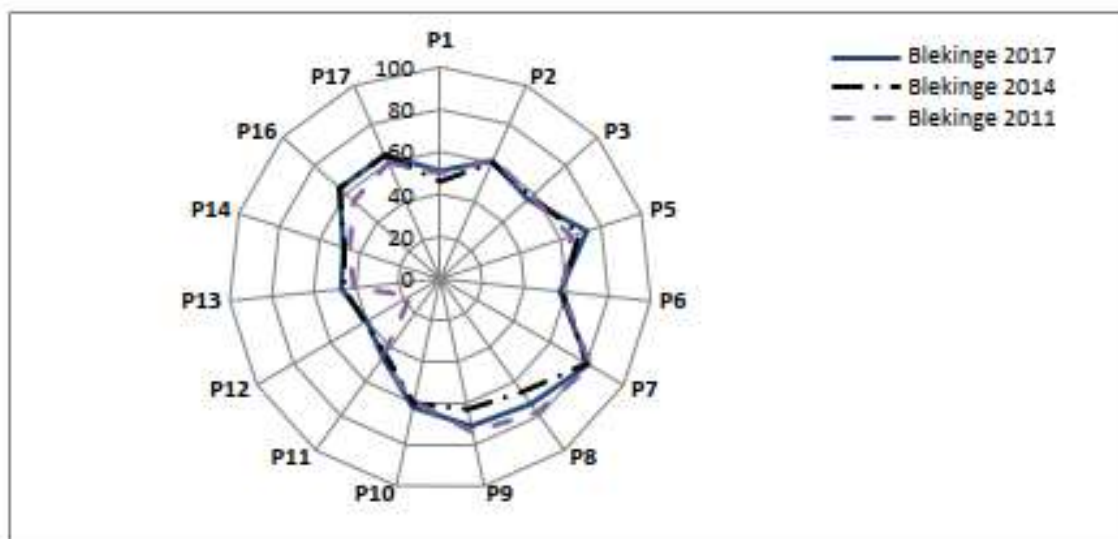
För i avvikelssystemet anges att 390 klagomål rapporterats för 2018.

3.7.2. Patientsäkerhetskultur

Att patientsäkerhetskulturen ska förbättras är det andra målet i Region Blekinges policy för patientsäkerhetsarbete. Målet mäts genom att ett antal frågor om attityder, beteenden och värderingar ställs till vårdpersonal. Enkäten har besvarats år 2011, 2014 och 2017. För åren 2011 och 2014 finns det även nationella jämförelsetal.

Enkätens resultat sammanfattas i ett spindeldiagram där regionens resultat redovisas inom 17 olika dimensioner av patientsäkerhetskulturen. Till exempel benägenhet att rapportera händelser, öppenhet och kommunikation eller information och stöd till patient vid negativ händelse. Sammanfattningsvis kan sägas att det varit små förändringar mellan åren, se diagram och tabell nedan.

Diagram 1. Resultat patientsäkerhetsmätning



Dimensionerna är som nedan⁴:

1. Benägenhet att rapportera händelser
2. Sammantagen säkerhetsmedvetenhet
3. Självskattad patientsäkerhetsnivå
5. Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet
6. Lärandeorganisation
7. Samarbete inom vårdenheten
8. Öppenhet i kommunikationen
9. Återföring och kommunikation kring avvikelser
10. En icke straff- och skuldbeläggande kultur
11. Arbetsbelastning och personaltäthet
12. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet
13. Samarbete mellan vårdenheter
14. Överföringar och överlämningar av patienter och kommunikation
16. Information och stöd till patient vid negativ händelse
17. Information och stöd till personal vid negativ händelse

Ur diagrammet kan vi utläsa att regionen uppvisar lägst resultat i dimensionerna 11–14, varav nr 12 är högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 2. Resultat av patientsäkerhetskulturen, procent

	2011	2014	2017
Resultat	56,7	57,8	59,6

Delmålet för 2018 är att minst 13 av 17 dimensioner ska förbättras och att resterande ska vara i nivå med föregående mätning och det genomsnittliga resultatet ska jämföras. För mätningen 2017 gällde att nio dimensioner förbättrades och tre försämrades. Genomsnittet ökade något som synes i ovan tabell.

Resultatet från enkäten presenterades under 2018 och då togs en förvaltningsövergripande handlingsplan med anledning av resultatet fram. I verksamhetsplanen för 2019 anges som mål att samtliga kliniker ska ha upprättat en handlingsplan utifrån enkätens resultat. Så skedde på

⁴ Numreringen följer regionens numrering och redovisning där nr 4 och 15 inte återfinns i materialet

förvaltningsövergripande nivå 2018 och tanken var att liknande handlingsplaner skulle tas fram för respektive verksamhet. Någon central sammanställning om så skett har inte gjorts i dagsläget. Vid intervjuer framkommer huruvida en handlingsplan tagits fram kommer att följas upp under vårens (2020) patientsäkerhetsdialoger med respektive klinik. En utav de klinker vi intervjuat har tagit fram en handlingsplan med anledning av enkäten. Enkäten planeras genomföras igen under 2020.

3.7.3. Patientsäkerhetsindex

I syfte att följa den övergripande trenden i arbetet med att förhindra vårdskador och få ett mätetal som går att följa över tid har Region Blekinge tagit fram ett patientsäkerhetsindex bestående av sju olika mätetal. Indexet ska också ge en bredare bild jämfört med tidigare då enbart områdena hygien och vårdrelaterade infektioner mättes. Patientsäkerhetsindex finns med som en indikator i regionplanen och i verksamhetsplanen för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Indexet bygger på följande delar:

1. Vårdrelaterade infektioner
2. Basala hygienrutiner och klädregler
3. Trycksår
4. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter
5. Olämpliga läkemedel för äldre över 75 år
6. Antibiotikaförskrivning
7. Markörbaserad journalgranskning

Målet på sikt är att patientsäkerhetsindex ska vara 100. Utvecklingen över tid syns nedan:

2014	2015	2016	2017	2018
75,2	77,4	80,2	78,5	78,5

I regionplan 2019–2021 sätts följande delmål för patientsäkerhetsindex:

2019	2020	2021
80	80,6	81,6

Som syns har index förbättrats sedan år 2014 men ligger något lägre de två senaste åren jämfört med de två åren dessförinnan. I en bilaga till patientsäkerhetsberättelsen analyseras resultatet inom vart och ett utav de ingående värdena i patientsäkerhetsindexet. Exempelvis anges att antalet vårdrelaterade infektioner i Region Blekinge är få vilket gör att enstaka fall snabbt påverkar utfallet. Vidare görs i bilagan jämförelser till nationella mätningar inom dessa områden. I delårsrapporten för 2019 anges att det är osäkert om målet kommer nås för 2019.

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar innebär att ett visst fenomen observeras under en bestämd dag. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bjuder årligen in till återkommande nationella mätningar enligt metoden, då mätningar sker av förekomsten av vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt förekomsten av trycksår. Dessa mätningar utgör sedan underlag för regionens patientsäkerhetsindex.

Mätningar av **vårdrelaterade infektioner** sker i samband med den nationella årliga mätningen. Därtill beskriver smittskydds- och vårdhygienläkaren hur han dagligen genom infektionsverktyget ska kunna följa antalet vårdrelaterade infektioner. Infektionsverktyget uppges dock ha brister i både systemet och ingående data vilket försvårar uppföljningen.

Infektionsverktyget är i teorin tänkt att visa på var det finns risker och brister som leder till infektioner vilka beroende på omständigheterna kan vara att betrakta som vårdskada.

En ökad följsamhet till **basala hygienrutiner och klädregler** förväntas bidra till en minskning av vårdrelaterade infektioner. Punktprevalensmätningarna baseras på "Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg" (SOSFS 2015:10). Mätningarna, som ska basera sig på minst 10 observationer, genomförs vanligen under två veckor i mars månad. Mätningarna sker av utsedda hygienombud på respektive avdelning och övriga medarbetare är medvetna om att mätning sker men inte exakt när den sker. För att klassas som godkänt ska åtta moment vara rätt genomförda. År 2018 hade regionen en följsamhet på 75%, vilket var en förbättring mot 2017 (69%) och i nivå med riket (74%).

Regionen har under flera år haft som krav, att utöver den nationella mätningen av följsamhet till hygienrutiner och klädregler, genomföra mätningar varje månad. Vid intervjuer framgår att resultatet varierar mellan mätningarna men att de flesta uppger att det över tid går att se hur trenden utvecklar sig. Resultatet av varje mätning presenteras i Qlickview och finns dessutom anslaget på respektive avdelning, synligt för både personal, patienter och anhöriga.

Andel patienter med **trycksår** mäts vid den årliga punktprevalensmätningen och siffran har ökat de senaste åren. I patientsäkerhetsberättelsen anges samtliga kliniker har upprättat handlingsplaner och att omvårdnadsronder ska genomföras för att åstadkomma en minskning.

	2016	2017	2018
Blekinge	10%	10%	12%

SKL sammanställer också regionernas rapporter om verksamheternas **överbeläggningar och utlokaliserade patienter**. Mätningarna görs per avdelning och dag och rapporteras in per sjukhus. Vårdplatssituationen i regionen bedöms i patientsäkerhetsberättelsen som fortsatt ansträngd.

Utlokalisering är en tydlig riskfaktor när det kommer till vårdskador då patienten vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. En analys från Socialstyrelsen för åren 2013 till 2018 visar att skador som orsakas av vården var 60 procent vanligare om patienten vårdades utlokaliserad på annan avdelning än den där patienten hörde hemma.⁵

Olämpliga läkemedel för äldre

Förskrivningen av olämpliga läkemedel enligt Socialstyrelsens definition, till personer 75 år och äldre fortsätter minska i Blekinge generellt. Blekinge ligger numera under rikssnittet från att ha legat högst i landet 2013.

Antibiotikaförskrivning

Det nationella långsiktiga målet för antibiotikaförskrivning är 250 uthämtade recept per 1000 invånare och år. Även inom detta område var regionen tidigare bland de högsta i landet men trenden är en kontinuerlig minskning. Mellan 2017 och 2018 har förskrivningen minskat från 303 till 291 recept per 1000 invånare och år.

⁵ Källa: *Tillståndet och utvecklingen inom hälso och sjukvård och tandvård*, Lägesrapport från Socialstyrelsen 2019

Journalgranskning

Journalgranskning görs för att mäta förekomster av skador och vårdskador i vården. Det är en nationell strukturerad metod som innebär att markörer söks för att hitta avsteg från förväntat vårdförlopp. Svenska sjukhus har jobbat på detta sätt ett antal år och resultaten rapporteras i en nationell databas. Sjukhuset har genom slumpmässigt urval granskat 15 journaler varje månad under sex månader 2018. Sedan starten av journalgranskningarna, i januari 2012, har totalt knappt 1500 vårdtillfällen granskats. I patientsäkerhetsberättelsen anges att en högre andel skador och vårdskador har framkommit under 2018-års granskning jämfört med tidigare år. Dock anges inte förändringen i siffror. Vid intervjuerna påpekas att verksamheten är försiktig med att dra långtgående slutsatser utifrån detta då materialets omfattning är litet.

3.7.4. Bedömning

Det är svårt att få en tydlig och övergripande bild över förekomsten av vårdskador då den data som finns innehåller olika osäkerhetsfaktorer. De flesta mätetal som finns är processrelaterade och följer inte upp det faktiska antalet vårdskador.

Den data som finns från exempelvis avvikelshanteringssystemet skiljer inte heller på vårdskada och allvarlig vårdskada vilket vore önskvärt, men inte möjligt utifrån systemet, för att få en bättre bild av nuläget. Att det är svårt att få en tydlig bild av förekomsten kan exemplifieras genom jämförelse mellan avvikelssystemet och journalgranskningen. Avvikelsesystemet visar en närapå halvering av antalet vårdskador mellan år 2017 och 2018 medan journalgranskning samma år visar på en ökning. Detta menar vi försvårar arbetet med att analysera vårdskadorna.

Avvikelsehanteringssystemet fungerar relativt väl för att anmäla och utreda enskilda avvikelser men fungerar inte tillfredställande när det gäller att på övergripande nivå följa upp och analysera utvecklingen över tid. Medan avvikelshanteringssystemet har problem med tillförlitligheten beroende på att inställningen till vad som är en vårdskada och benägenheten att anmäla skiftat över tid har statistiken från IVO problem med jämförelser över tid på grund av att rutinerna för vad som ska utredas har förändrats. Resultatet blir att det är svårt att få ett statistiskt underlag som kan ligga till grund för att besluta om utvecklingsinsatser.

Det patientsäkerhetsindex som konstruerats syftar till att visa utvecklingen över tid men i praktiken är det konstruerat på ett sätt som gör det väldigt svårt för utomstående, som patienter eller invånare, att bedöma utvecklingen är det gäller antalet vårdskador i regionen. Syftet med indexet är gott och jämfört med tidigare då enbart hygienrutiner och vårdrelaterade infektioner mättes innebär patientsäkerhetsindex att betydligt fler områden av vikt för patientsäkerhetsarbetet följs. Detta är positivt men vi uppmuntrar regionen att öka transparensen kring hur index är framräknat och viktat. Vad innebär det exempelvis att patientsäkerhetsindex ökar med en enhet? Hur påverkar det index om följsamheten till basala hygien- och klädrutiner skulle öka från dagens nivå på runt 75 procent till 100 procent? I praktiken kan det vara så att patientsäkerhetsindex ökar samtidigt som de faktiska vårdskadorna också ökar.

4. Sammanfattande bedömning

Den övergripande bedömningen är att regionen har en struktur med ansvar och roller som ger förutsättningar för att nå förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. Ansvar och roller för linjeorganisationen är kända men det finns inga enhetliga och kommunicerade rollbeskrivningar för stödfunktionerna vilket vi bedömer vara en allvarlig brist. Vi noterar också att ingen utav chefläkarna är utpekade att ha ett särskilt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.

Bedömningen är att styrningen svarar upp emot kraven i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter samt de evidensbaserade metoder som idag styr patientsäkerhetsarbetet. På verksamhetsnivå återstår dock arbete med att etablera en systematik för bland annat riskanalyser, avvikelserapportering och involvering av patienter och anhöriga. Arbetet är främst incidentbaserat och bygger i mindre utsträckning på systematiska riskanalyser och förebyggande arbete.

Allt patientsäkerhetsarbete syftar i slutändan till att minska, eller helt eliminera, antalet vårdskador. Två utav tre mål som satts upp gäller emellertid inte resultat utan process. De flesta mätetal avser följsamhet till riktlinjer och få mätetal avser uppnådda resultat som exempelvis andel vårdskadade patienter inom olika skadetyper eller skadans grad, vilket hade varit önskvärt men ej möjligt med dagens system. Avvikelsehanteringssystemet visar i delårsrapporten 2019 på en närapå halvering av antalet vårdskador jämfört med förra året, vilket i sin tur var en avsevärd minskning jämfört med året innan. Journalgranskningen under motsvarande år visar istället på en ökning vilket visar på de brister som finns med att få tillförlitliga data som kan ligga till grund för analys och åtgärder. Vi bedömer att den analys som görs av nuläget utifrån den data som finns gällande antalet vårdskador och dess orsaker inte är tillräcklig.

Avsaknaden av en handlingsplan gör att det saknas samlade förslag på åtgärder för att uppfylla uppställda mål. Vi föreslår att det i enlighet med policyn tas fram en handlingsplan som också följs upp med planer på verksamhetsnivå. I detta arbete är det nödvändigt att i större utsträckning och med ökad systematik genomföra riskanalyser och systematiska genomgångar som kan ligga till grund för åtgärderna och stärka det förebyggande arbetet.

Revisionsfrågor	Svar
Finns mål och delmål formulerade för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete och är dessa baserade på vedertagen kunskap, föreskrifter och lokal riskanalys?	Delvis. Det finns mål och i vissa avseenden delmål som bygger på vedertagen kunskap och föreskrifter. Målen är dock inte baserade på en uppdaterad lokal riskanalys.
Är Socialstyrelsens föreskrifter implementerade i verksamheten?	Delvis. Arbetet innehåller metoder och fokusområden som svarar upp mot de föreskrifter som idag styr patientarbetet med undantag vad det gäller lokal riskanalys.
Finns det en ändamålsenlig organisering med uppdrag, ansvar och roller för patientsäkerhetsarbetet?	Delvis. Region Blekinge har en delvis ändamålsenlig organisering med uppdrag, ansvar och roller för patientsäkerhetsarbetet. Det är väl känt att ansvaret för att genomföra olika åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet ligger i linjeorganisationen. Däremot är de tillgängliga stödfunktionernas uppdrag och roller inte tydligt för alla och detta gäller framförallt sedan den nya organisationen trädde i kraft.

<p>Finns det tillförlitlig data kring vårdskador, analys av dess orsaker samt åtgärder utifrån det?</p>	<p>Delvis. Data samlas in från en mängd olika mätningar, ett antal av dessa sammanställs också i ett patientsäkerhetsindex. Detta index har konstruerats för att visa utvecklingen över tid men det är i dagsläget svårt för utomstående att bedöma utvecklingen när det gäller vårdskador i regionen.</p>
<p>Görs egna mätningar utöver punktprevalensmätningarna?</p>	<p>Ja. Utöver de nationella årliga mätningarna gör hälso- och sjukvårdsförvaltningen månatliga punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner och klädregler samt trycksår. Gällande övriga områden som omfattas av punktprevalensmätningarna följs de intervall för mätningarna som SKL rekommenderar.</p>
<p>Finns ett fungerande system för avvikelshantering som används och vars resultat används i utvecklingssyfte?</p>	<p>Delvis. Avvikelsehanteringssystemet fungerar relativt väl för att anmäla och utreda enskilda avvikelser men fungerar inte tillfredställande när det gäller att på övergripande nivå följa upp och analysera utvecklingen över tid. Den data som erhålles ur avvikelshanteringssystemet betraktas inte som tillförlitlig då benägenhet att anmäla liksom att markera något som en vårdskada varierar inom organisationen och över tid. Resultatet kan därför inte fungera som underlag för att besluta om utvecklingsinsatser.</p>
<p>Finns det en fungerande uppföljning och mätning av arbetet med att minska antalet vårdskador?</p>	<p>Nej. Från patientsäkerhetsberättelsen är det mycket svårt att utläsa om antalet vårdskador i Region Blekinge minskar eller ökar eftersom statistiskt tillförlitligt resultat saknas. Exempelvis visar avvikelssystemet på en närapå halvering mellan år 2017 och 2018 medan journalgranskningarna samma år visar på en ökning.</p>
<p>Vidtas tillräckliga åtgärder för att minimera antalet vårdskador?</p>	<p>Delvis. Då en handlingsplan utifrån policyn inte upprättats är det svårt att få en uppfattning om åtgärdernas omfattning. Arbeta pågår inom flera fokusområden men då uppföljningen delvis brister är det svårt att bedöma om åtgärderna är tillräckliga för att nå det övergripande målet om att minimera antalet vårdskador.</p>

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- ▶ se över målen vad gäller vårdskador med fokus på att göra dem mer uppföljningsbara,
- ▶ sätta utgångsvärden och målvärden för de indikatorer som ska följas upp,
- ▶ säkerställa att det finns tydliga definitioner för vad det är som ska mätas, att dessa är kända i organisationen och tillförsäkra att alla verksamheter mäter på samma sätt,

- ▶ tydliggöra och kommunicera stödfunktionernas ansvar och roller för arbetet i organisationen, samt
- ▶ se till att dokumentera de analyser som ligger till grund för vidtagna åtgärder.

Vidare rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- ▶ se till att den övergripande handlingsplanen vad gäller patientsäkerhetsarbetet tas fram.

Karlskrona den 7 november 2019

Negin Nazari
EY

Hanna Ericsson

Martin Werner

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Områdeschef för specialiserad vård
- ▶ En utav de tre chefläkarna
- ▶ Patientsäkerhetssamordnare
- ▶ Totalt fyra hygiensjuksköterskor vid thorax respektive ortopedi
- ▶ Totalt fem avdelningschefer vid thorax respektive ortopedi
- ▶ Verksamhetschef och biträdande verksamhetschef ortopedi
- ▶ Verksamhetschef thorax
- ▶ Smittskydds- och hygienöverläkare

Dokument:

- ▶ Regionplan med budget 2019–2021
- ▶ Hälsa- och sjukvårdens verksamhetsplan 2019
- ▶ Reglemente för Region Blekinge
- ▶ Patientsäkerhetspolicy för landstinget Blekinge, fastställd 2017-11-27
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2018
- ▶ Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, SKL:s sammanställning av regionernas resultat 2010–2019
- ▶ Intern kontrollplan 2019 Hälsa- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Rutin utredning vårdskada, allvarlig vårdskada (lex Maria) samt vårdskada (IVO)
- ▶ Processbeskrivning avvikelshantering
- ▶ Rutin händelseanalys
- ▶ Uppdragsbeskrivning hygienombud
- ▶ Delårsrapport hälsa- och sjukvårdsnämnden augusti 2019

Bilaga 2: Regionens framgångsfaktorer för patientsäkerhetsarbetet

	Landstinget Blekinge	Landstings- direktör	Förvaltning	Verksamhet	Medarbetare
Organiserad för patient- säkerhet	<p>Besluta övergripande vision och mål</p> <p>Tydliggöra och dokumentera det organisatoriska ansvaret</p>	<p>Utarbeta och kommunicera mål och strategier samt det organisatoriska ansvaret via övergripande riktlinjer</p>	<p>Fördela det organisatoriska patientsäkerhetsarbetet</p> <p>Följa upp och utvärdera det systematiska patientsäkerhetsarbetet</p>	<p>Skapa och kommunicera rutiner för att förebygga och minska risk för vårdskada</p> <p>Följa upp resultat och mål samt till medarbetare återkoppla det som ligger till grund för det systematiska förbättringsarbetet</p>	<p>Använda rutiner och god kommunikation för att förebygga och minska risk för vårdskador</p>
Kunskaps- baserad	<p>Systematiskt följa upp och utvärdera det strategiska patientsäkerhetsarbetet</p> <p>Uppmärksamma verksamheter som har ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete</p>	<p>Skapa struktur, analysera och utvärdera patientsäkerhetsarbetet samt arbeta för att nå en patientsäkerhetskultur som stödjer ett systematiskt förbättringsarbete</p>	<p>Analysera och agera på rapporter om risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada</p> <p>Lära av varandra och dela goda exempel i olika nätverk</p>	<p>Kontinuerligt samla in, analysera och agera på avvikelser om risk för vårdskada samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada</p> <p>Säkra att personalen arbetar utifrån evidensbaserade kunskapsunderlag</p>	<p>Rapportera och följa upp risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada</p>
Person- centrerad	<p>Skapa förtroende hos medborgare och medarbetare</p> <p>Underlätta för medborgarna att framföra klagomål och synpunkter</p>	<p>Skapa stöd för att patienter och närståendes synpunkter systematiskt sammanställs och tas tillvara i förbättringsarbete</p>	<p>Visa öppenhet kring risker och skador i vården</p> <p>Identifiera och förebygga risker i vården utifrån patientens erfarenheter och synpunkter</p>	<p>Skapa rutiner för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med en oönskad händelse</p>	<p>Diskutera vård och behandling samt risker utifrån patientens förutsättningar och behov</p>