

Uppföljning av granskning av patientsäkerheten i Region Skåne

FÖRORD

Till uppdragsgivaren,

BDO Nordic Consulting Group AB överlämnar härmed rapport från uppföljning av den granskning av patientsäkerheten i Region Skåne som avrapporterades till Revisorskollegiet 2005-01-28.

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

BDO Nordic Consulting Group AB

SAMMANFATTNING

BDO Nordic Consulting Group AB har av Revisorerna i Region Skåne erhållit i uppdrag att följa upp den granskning av patientsäkerheten i Region Skåne som 2005-01-28 avrapporterades till Revisorskollegiet. Uppföljningen skall ge Revisorerna underlag för att bedöma om patientsäkerheten är tillfredsställande och ändamålsenlig.

Granskningen av patientsäkerheten i Region Skåne gjordes under hösten 2004 strax före starten av det förändringsarbete som initierats genom *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Det är en av de mest genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården som genomförts i Skåne. Det har därför bedömts intressant att i uppföljningen granska patientsäkerheten med särskild inriktning på de förändringar i verksamheterna som *Skånsk Livskraft* fört med sig under 2005.

Av de verksamheter som ingick i den tidigare granskningen har ortopedisk kirurgi berörts mest av *Skånsk Livskraft*. Det har därför bedömts lämpligt att inrikta uppföljningen på villkoren för patientsäkerheten inom detta verksamhetsområde. Uppföljningen grundas på dokumentation från berörda enheter, intervjuer med chefläkare vid förvaltningsdrivna sjukhus och inom primärvård samt med verksamhetschefer inom ortopedisk kirurgi vid de tidigare granskade sjukhusen.

Det samlade omdömet efter intervjuerna är att arbetet med kvalitetsförbättringar med särskild inriktning på patientsäkerhet har fortsatt under 2005 och förts vidare vid de granskade verksamheterna. Takten och omfattningen i det arbete som redovisas varierar dock. De skillnader som redovisas kan till stor del hänföras till att genomförandet av *Skånsk livskraft* i varierande grad tagit energi och uppmärksamhet i anspråk.

Fortfarande rapporteras färre avvikelser än som anses faktiskt motiverat. En generell kommentar är dock att antalet rapporter av avvikelser ökat och att kvaliteten i rapporterna förbättrats. Kvarstående väsentliga riskområden inom verksamheterna är journalföring och remisshantering.

Effekter på patientsäkerheten av *Skånsk Livskraft*

Ur ett medborgarperspektiv har *Skånsk livskraft* inneburit betydande förbättringar för vissa patientgrupper. Köerna till artroplastiker har reducerats. Koncentrationen av vissa ingrepp till ett färre antal sjukhus har generellt lett till högre produktion. Enligt våra intervjusvar är det en fördel att akuta och elektiva operationer separerats. De elektiva ingreppen behöver då inte störas av nödvändiga akuta ingrepp.

Våra intervjuer indikerar samtidigt att det finns problem och inbyggda patientrisker i den nya strukturen. En nackdel är att det kan vara svårt att etablera en effektiv PAL-funktion. Koncentrationen av tunga ortopediska operationer till ett fåtal enheter innebär stor belastning på vårdpersonalen vid dessa. På sikt kan det få negativa konsekvenser för arbetsmiljö och hälsa.

De gemensamma läkargrupper som bildas i den nya strukturen har som en konsekvens att läkarna kan hamna utanför teamarbetet vid verksamheterna. Läkarna har en viktig roll i teamet kring patienten, inte bara när det gäller medicinska beslut utan även ifråga om utveckling och utbildning.

I en del intervjusvar anges att de mindre sjukhusen betraktas som producenter som ställer lokal och vårdpersonal till förfogande. Utvecklingsfrågor ligger kvar på de större verksamheterna. Ett sådant avstånd mellan de större och de mindre sjukhusen kan vara en del av förklaringen att till de mindre sjukhusen har svårigheter att upprätthålla erforderlig jourkompetens. Närsjukvården i den modell som *Skånsk livskraft* valt förutsätter att de mindre sjukhusen kan få stöd från de större.

Koncentrationen av ryggoperationer till Ängelholm ifrågasätts av några av de intervjuade. Enligt dessa innefattar denna typ av operationer större risk för postoperativa komplikationer än många andra ortopediska ingrepp. Det är då angeläget att operatören finns lätt tillgänglig och kan snabbt bedöma fallet. En invändning som framförts mot detta är att det saknas belägg för att ryggoperationer skulle vara farligare än många andra större operationer, exempelvis höftledsrevisioner.

Den politiska och administrativa ledningens roll i förändringsarbetet

Genom att uppföljningen riktats in på en bedömning av hur patientsäkerheten påverkats av de förändringar som initierats genom *Skånsk livskraft* har genomförandet av dessa kommit tydligare i fokus. Patientsäkerheten är inte enbart en fråga om hur de granskade verksamheterna agerar. Uppföljningen har därför kommit att också rikta uppmärksamheten på den politiska och administrativa ledningens insatser i genomförandet.

I en tidigare granskningsrapport till revisorerna¹ konstateras att Skånsk livskraft innebär en komplicerad omvandling av stora delar av sjukvården. Det räcker därför inte med att sjukvårdens personal accepterar förändringarna. De behöver också se dem som värdefulla och som ett sätt att förbättra sjukvården. Om inte personalen kan förklara för patienter, anhöriga, kollegor och vänner vad som sker i Skånsk livskraft kommer mycket av Regionens utåtriktade kommunikation att bli verkningslös.

Vi bedömde i vår föregående granskning av patientsäkerheten att omstruktureringen innebar ökade risker. Vi förutsatte därför att genomförandet skulle präglas av uttalat intresse för och fokus på frågor som rör patientsäkerhet. Vår granskning tyder dock på att stödet från centrala beslutsinstanser varit mycket begränsat eller närmast obefintligt och i en del fall kontraproduktivt. Särskilt stora synes problemen ha varit vid Ängelholms sjukhus. Enligt vår bedömning har den politiska och administrativa ledningen för regionen inte fullgjort sin uppgift i detta avseende på ett tillfredsställande sätt.

Genomförandet kännetecknas enligt intervjuerna allmänt av oklara mandat och otydlig ledning. Det anses ha funnits en medveten strävan från centrala ledningen att hålla förvaltningscheferna utanför processen. Detta har i sin tur medfört ökade svårigheter för de verksamheter som haft att genomföra förändringarna. Strävan att hantera det initiala förändringsarbetet utanför linjeorganisationen var enligt den tidigare citerade rapporten till revisorerna ett sätt att undvika organisatoriskt motstånd och tröghet.

Slutsatser och rekommendationer

Mot bakgrund av vad som redovisas i denna rapport vill vi rekommendera Revisorerna att kraftfullt stödja det arbete för ökad patientsäkerhet som genomförs vid de granskade verksamheterna. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt utveckling av enhetliga journalsystem och säker remisshantering.

Vi anser vidare att det finns skäl att väcka frågan om strukturen enligt *Skånsk livskraft* är den bästa möjliga när det gäller de ortopediska verksamheterna i triangeln Helsingborg-Ängelholm-Hässleholm. I kommentarer och dokumentation framskymtar tanken att det vore till fördel för patientsäkerheten och verksamheten i övrigt om sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm kunde bilda en gemensam förvaltning.

Slutligen vill vi rekommendera Revisorerna att överväga i vilken utsträckning de redovisade uppgifterna om den politiska och administrativa ledningens sätt att genomföra förändringsarbetet kan ge anledning till kritik.

¹ Från vision till verklighet? Ulf-Johan Olson, Ernst & Young, 2004-08-10

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	2
SAMMANFATTNING	3
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	5
UPPDRAGET	6
METOD OCH ANGREPPSSÄTT	6
REDOVISNING AV IAKTTAGELSER	6
FÖRÄNDRINGAR TILL FÖLJD AV SKÅNSK LIVSKRAFT	7
<i>Den centrala ledningens roll</i>	7
<i>Chefläkarna</i>	8
<i>Granskade verksamheter</i>	9
INSATSER FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	14
<i>Kvalitetsutveckling</i>	15
<i>Riskområden och riskbedömningar</i>	18
<i>Avvikelsehantering</i>	19
<i>Journalssystem</i>	20
<i>Remisshantering</i>	20
ANALYS OCH BEDÖMNING	21
FÖRÄNDRINGAR I PATIENTSÄKERHETEN TILL FÖLJD AV SKÅNSK LIVSKRAFT	22
<i>Patientsäkerhet i den nya strukturen enligt Skånsk livskraft</i>	22
GENOMFÖRANDET AV FÖRÄNDRINGARNA ENLIGT SKÅNSK LIVSKRAFT	25
<i>Administration och styrning inför genomförandet</i>	25
<i>Bedömning och kommentarer</i>	27
DE GRANSKADE VERKSAMHETERNAS INSATSER FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET	28
<i>Kvalitetsutveckling</i>	28
<i>Avvikelsehantering</i>	29
<i>Journalssystem</i>	29
<i>Remisshantering</i>	29
SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER	30
BILAGA 1	31

UPPDRAGET

BDO Nordic Consulting Group AB har av Revisorerna i Region Skåne erhållit i uppdrag att följa upp den granskning av patientsäkerheten i Region Skåne som avrapporterades till Revisorskollegiet 2005-01-28. Uppföljningen skall ge Revisorerna underlag för att bedöma om patientsäkerheten är tillfredsställande och ändamålsenlig.

Den granskning som skall följas upp omfattade samtliga förvaltningsdrivna sjukhus samt ett urval om tio vårdcentraler. För granskningen inom sjukhusen valdes ortopedisk kirurgi, hjärtintensivvård, klinisk kemi samt diagnostisk radiologi. Granskningen fokuserades på säkerhetstänkande, organisation och ansvarsfördelning samt förekomst av dokumenterade rutiner, regler, vårdprogram etc.

METOD OCH ANGREPPSSÄTT

Granskningen av patientsäkerheten i Region Skåne gjordes under hösten 2004 strax före starten på det förändringsarbete som initierats genom *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Det är en av de mest genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården som genomförts i Skåne. Det har därför bedömts intressant att i uppföljningen granska patientsäkerheten med särskild inriktning på de förändringar i verksamheterna som *Skånsk Livskraft* fört med sig under 2005. De områden som ansetts mest väsentligt att uppmärksamma är:

- Förändringar till följd av *Skånsk Livskraft*.
- Utveckling av kvalitetsarbetet vid de granskade verksamheterna.
- Riskområden och riskbedömningar.
- Avvikelsehantering.
- Journalsystem.
- Remisshantering.

Av de verksamheter som ingick i den tidigare granskningen har ortopedisk kirurgi berörts mest av *Skånsk Livskraft*. Det har därför bedömts lämpligt att inrikta uppföljningen på villkoren för patientsäkerheten inom detta verksamhetsområde.

Uppföljningen grundas på dokumentation från berörda enheter, intervjuer med chefläkare vid förvaltningsdrivna sjukhus och inom primärvård samt med verksamhetschefer inom ortopedisk kirurgi vid de tidigare granskade sjukhusen.

Vår granskning bygger på ett underifrånperspektiv på förändringarna till följd av *Skånsk Livskraft* där bilden av dessa tecknas med utgångspunkt i de erfarenheter som de berörda verksamheterna redovisar.

REDOVISNING AV IAKTTAGELSER

I våra intervjuer har vi följt ett standardiserat frågeschema som redovisas i bilaga 1. Schemat sändes ut i förväg till de intervjuade för att ge dem möjlighet till förberedelse och i förekommande fall också att lämna svar direkt på enkätformuläret. I några fall har utförliga svar läm-

nats direkt på enkätformuläret. Därutöver har i flertalet fall också dokumentation lämnats inom de områden som omfattas av frågorna i enkäten.

Förändringar till följd av Skånsk Livskraft

I det här avsnittet av intervjuerna har vi frågat om genomförandet av *Skånsk Livskraft* påverkat de granskade verksamheterna i någon avgörande grad och om detta kan anses ha direkt betydelse för patientsäkerheten.

De svar vi får är mycket varierande. Från flera håll framhålls samstämmigt avsaknad av ett sammanhållet centralt ledarskap. Verksamheterna har i hög grad överlämnats åt sig själva vid genomförandet. De lösningar som valts har därmed blivit starkt situationsanpassade och i en del fall, enligt de intervjuades bedömning, inte helt i överensstämmelse med intentionerna bakom *Skånsk Livskraft*.

Enligt intervjuerna har omställningen varit förenad med betydande svårigheter. Ingen beredskap fanns för de beslutade förändringarna. Det har funnits osäkerhet bland förvaltningscheferna. Verksamhetscheferna inom ortopedi har uppfattat sig ha oklara mandat. Ingen från regionledningen har tagit något samlat grepp över förändringen. Från företrädare för verksamheterna i nordvästra Skåne framförs betydande oro över försämrad patientsäkerhet.

Den centrala ledningens roll

Skånsk Livskraft har antagits i bred politisk enighet och har ett utpräglat regionalt perspektiv. Det kunde därför finnas skäl att förvänta ett samordnat genomförande med starkt stöd till verksamheterna från både tjänstemannaorganisationen och den politiska ledningen. Istället framtonar i våra intervjuer bilden av en organisation med utpräglad brist på beredskap för att genomföra den beslutade förändringen.

I vad mån förvaltningscheferna haft centralt stöd och mandat för sådana insatser undandrar sig vår bedömning. I våra intervjuer har dock klart förmedlats uppfattningen att i en del fall förvaltningscheferna medvetet förbigåtts när den centrala ledningen förmedlat sina budskap till verksamhetscheferna. Det har skapat en oklarhet i ledningen som i förlängningen skapat problem i verksamheterna och potentiellt inneburit risker för patienterna.

Distriktsnämnderna ansvarar för den sjukvård som bedrivs inom respektive distrikt. Detta innefattar såväl primärvården som den vård som bedrivs vid sjukhusen inom distriktet. Någon bild av distriktsnämnder som aktivt stött omvandlingen enligt *Skånsk Livskraft* framkommer inte ur våra intervjuer. Nämnderna förefaller i flertalet fall ha ignorerat eller möjligen tolererat de åtgärder som vidtagits på initiativ av förvaltningschefer och verksamhetschefer.

Distriktsnämnden för Nordvästra Skåne har enligt tillgängliga uppgifter i vissa avseenden motarbetat de intentioner som Landstingsfullmäktige lagt fast i sitt beslut om *Skånsk Livskraft*. Det kan i sin tur ha bidragit till att förändringen vid Ängelholms sjukhus blivit onödigt utdragen och traumatisk. Distriktsnämndens agerande kan därutöver antas ha orsakat oklarheter om verksamhetens förutsättningar med försämrad patientsäkerhet som följd, en betydande mängd avvikelser och i en del fall ärenden som föranlett anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Chefläkarna

Chefläkarna har en viktig uppgift när det gäller patientsäkerheten. På sjukhusen, i primärvården och på KAMBER finns chefläkare med ansvar för den medicinska säkerheten för respektive verksamhet. Vårdpersonalen är skyldig enligt lag att anmäla till chefläkaren när någon har drabbats av en allvarlig sjukdom eller skada på grund av vård eller behandling.

Chefläkaren utreder och tar ställning till om avvikelser ska anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria². Lagstiftningens primära syfte är att få till stånd en objektiv utredning om anledningen till en inträffad allvarlig skada eller uppkommen risk för sådan för att därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden.

Chefläkarnas förutsättningar att effektivt verka för hög patientsäkerhet varierar. De kan ha varierande mandat från förvaltningsledningarna. Den arbetstid som kan avdelas för funktionen varierar från 20 procent upp till fulltid. Inom primärvården finns tre chefläkare som gemensamt svarar för funktionen och delar uppgifterna mellan sig.

Chefläkarna i Region Skåne har regelbundna möten där de bland annat följer den medicinska säkerheten i samband med strukturförändringarna. Diskussioner förs om att formalisera gruppen till ett kollegium som kan ta mer aktiv del i det fortsatta säkerhetsarbetet.

En uppfattning som framförts i våra intervjuer är att den erfarenhet och kompetens som finns bland chefläkarna inte tagits tillvara i arbetet med planering och genomförande av *Skånsk Livskraft*. Det förefaller heller inte ha funnits något intresse hos centrala enheter att tillgodogöra sig de erfarenheter som fanns bland annat vid Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset MAS i Malmö att samverka med mindre sjukhus inom vissa verksamheter.

Chefläkargruppen har på eget initiativ sänt en skrivelse 2004-12-13 till Socialstyrelsen med hemställan om klagande beträffande fördelning av det medicinska ansvaret när exempelvis läkare inom opererande discipliner kan ha patienter på upp till fyra olika sjukhus med förvaltningar som inte sällan har olika rutiner.

Socialstyrelsens svar 2005-02-21 innebär i korthet att det är vårdgivarens ansvar att utforma tydliga och övergripande direktiv avseende de kvalitetssystem och rutiner som finns inom de olika verksamheterna så att dessa är ändamålsenliga och i väsentliga delar samstämmiga.

Ärendet har sedermera föranlett förtydligande 2005-05-09 från centrala ledningen i regionen. När verksamhetschef med pågående förordnande på ett akutsjukhus skall utses att därjämte vara verksamhetschef på annat sjukhus, måste avtal träffas härom mellan de två berörda sjukhuscheferna. En sådan verksamhetschef kan ha t ex 50 % förordnande vid vardera sjukhuset.

Läkare från ett "akutsjukhus" kan av sin verksamhetschef få i uppdrag att i sin tjänst, i enlighet med Skånsk Livskraft, också tjänstgöra på annat sjukhus. I detta uppdrag skall denne läkare/dessa läkare rätta sig efter de rutiner, som finns vid verksamhetsområdet där och står såle-

² Dessa bestämmelser återfinns nu i 6 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Vårdgivare är skyldig att snarast anmäla till Socialstyrelsen, om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom

des under sin tjänstgöring under därvarande verksamhetschefs ledning. Dessa läkares uppdrag kan därför ses som konsultverksamhet.

Chefläkarna har därutöver i skrivelse till regiondirektören 2005-02-08 uttryckt oro över de risker som sammanhänger med nu tillämpade journalsystem. Risker har identifierats som hänger samman med det stora antalet icke kommunicerande databaser och datorsystem, bristande funktionalitet i läkemedelsmodul samt remiss- och svarshantering.

Regiondirektören har i skrivelse 2005-02-23 svarat att IT-funktionen fått i uppdrag att bevaka de synpunkter som framförts av chefläkarna. Chefläkarnas erbjudande om att delta i detta arbete välkomnas och chefläkargruppen kommer enligt skrivelsen att kontaktas för att diskutera formerna för detta deltagande.

Granskade verksamheter

I det följande återges den bild av förändringen vid respektive enheter som förmedlats vid intervjuerna. Redovisningen har fokus på ortopedi med vissa utblickar mot andra områden. Den återger de uppfattningar som kommit fram i våra intervjuer. Redovisningen ger därför inte någon heltäckande bild av förändringen utan får ses som ett perspektiv bland flera.

Universitetssjukhusen i Lund och Malmö

Universitetssjukhuset i Lund respektive Universitetssjukhuset MAS i Malmö har berörts endast marginellt av förändringarna enligt *Skånsk Livskraft*. Ortopediska kliniken i Malmö bedriver sedan en tid tillbaka operationsverksamhet i Trelleborg. *Skånsk Livskraft* har därmed inte inneburit någon genomgripande förändring för verksamheten inom detta område.

Ortopediska kliniken i Lund har under en längre tid bedrivit operationsverksamhet i Landskrona. Att på motsvarande sätt bedriva operationsverksamhet i Trelleborg enligt intentionerna i *Skånsk Livskraft* har inte inneburit några större tekniska eller organisatoriska problem. Det har funnits en stor vana vid samverkan mellan det stora och det lilla sjukhuset som kunnat utnyttjas i uppbyggnaden av den nya verksamheten.

Däremot har det varit långtifrån problemfritt att avveckla en, som det uppfattades, väl fungerande ortopedisk verksamhet i Landskrona för att etablera en motsvarande verksamhet i Trelleborg. Det har lett till en betydande frustration hos dem som berörs av förändringen och bland annat resulterat i förlust av kompetens.

Samarbetet mellan Universitetssjukhuset MAS i Malmö, Universitetssjukhuset i Lund och Lasarettet Trelleborg inom ortopedi har kommit gång och fungerar enligt uppgift på ett bra sätt. Väntetid för ledplastikoperation är inom ramen för vårdgarantin. Sjukhusen har utvecklat gemensamma uppföljningsmått, och har gemensamma rutiner preoperativt och postoperativt. Universitetssjukhuset MAS i Malmö och Universitetssjukhuset i Lund håller på att bygga upp gemensamma kvalitetsregister. Lasarettet Trelleborg ses som producent som ställer lokal och vårdpersonal till förfogande. Omvårdnadsfunktionen utvecklas vid Lasarettet Trelleborg.

Lasarettet i Landskrona

Artroplastiker i höfter och knän har avvecklats och verksamheter med inriktning inom urologi och kirurgi har byggts upp i samarbete med Universitetssjukhuset i Lund respektive Universi-

tetssjukhuset MAS i Malmö. Avvecklingen av tidigare operativa verksamheter och etablering av nya i Landskrona beskrivs ur sjukhusets perspektiv som i huvudsak problemfritt. Samarbetet med Universitetssjukhuset i Lund beskrivs som gott. Förändringen innebär dock att vissa, tidigare väl fungerande verksamheter avvecklats.

Gemensamma Styrgruppsmöten med deltagande av läkare från Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS i Malmö, Lasarettet i Landskrona samt sjukhuschefen i Landskrona har resulterat i gemensamma rutiner och vårdprogram som bland annat avser att förbättra patientsäkerheten. Diskussioner om framtagning av gemensamt program för operationsplanering pågår.

Helsingborgs lasarett

Ur det perspektiv som förändringarna enligt *Skånsk Livskraft* behandlas i denna uppföljning berörs i första hand Verksamhetsområde Akutcentrum vid Helsingborgs lasarett. Vid lasarettet finns en avdelning för akut ortopedi och en för äldres frakturer. Den senare ligger inom området planerade operationer. Det är en oklar uppdelning som orsakar en del problem.

Akutcentrum har avtal med Ängelholms sjukhus för att bemanna akutortopedin. Det innebär tillgång till en gemensam, större läkargrupp. Säkerheten har förbättrats genom ökat antal läkare. Tidigare fanns betydande bemanningsproblem i Helsingborg med stor jourbelastning. En nackdel är att läkare som aldrig arbetat i Helsingborg har jourpass och avdelningsarbete där. De kan inte alltid systemen och kan inte logga in sig.

En annan nackdel är att all elektiv ortopedi lokaliserats till Ängelholm och Hässleholm. Det finns inga bra samarbetsformer för höftplastiker och knäoperationer. Det råder osäkerhet om handläggningen av patienter som efter ledplastikoperation får komplikationer och kommer in akut till Helsingborgs lasarett.

Det finns en rutin för att lägga in patienter vid Helsingborgs lasarett direkt vid besöket vid Ängelholms sjukhus. Helsingborg har en komplett vårdkedja för akutfall. Stängning av akutintaget på natten vid Ängelholms sjukhus innebär ökad belastning i Helsingborg med 6-7 patienter per natt. För det finns kapacitet i Helsingborg enligt intervjuvaren.

Ängelholms sjukhus

Ängelholms sjukhus är sannolikt det sjukhus som haft störst problem i genomförandet av *Skånsk Livskraft*. Omställningen har till följd av olika omständigheter varit onödigt långsam och traumatisk. Det har saknats en stabil sjukhusledning och funnits ett politiskt motstånd mot de förändringar som beslutats av Regionfullmäktige. Information till allmänheten om förändringar har enligt uppgift i något fall försenats på grund av motstånd i Distriktsnämnden.

Ängelholms sjukhus har enligt intervjuerna kämpat för att överleva som akutsjukhus. Situationen beskrivs som ett kaos som nu håller på att lägga sig. Initialt fanns ingen beredskap vid sjukhuset för förändringen. Information sändes ut i sista minuten. Personalen var inte mentalt förberedd på vad som skulle hända. Alla har vetat om förändringen men ingen trodde att den kunde bli verklighet. Vid sjukhuset fanns erfarenheter av andra politiska beslut, exempelvis bolagisering och avbolagisering, som kommit och gått medan verksamheten rullat på. Varför skulle det här vara annorlunda?

Ambulanstransporter och initial bedömning av patienterna fungerade inte till en början. Det hade varit bra med större tydlighet vart akuta fall skall köras. Nu anses dock att rätt patienter kommer till sjukhuset. Akutverksamheten i Ängelholm borde enligt en utredning ha stängts. Verksamheten drabbades av en ökad frekvens allvarliga avvikelser som föranlett två särskilda utredningar samt ett par anmälningar enligt Lex Maria. I beslut i ett sådant ärende 2005-08-03 har Socialstyrelsen riktat kritik mot Regiondirektören för brister i riskanalyser inför den beslutade förändringen.

Förändringar har dock genomförts. Kirurg- och ortopedjour, IVA och narkosjour har avvecklats vid sjukhuset. Jour finns i Helsingborg, och har beredskap med 30 minuters inställetid. Det fungerar bra med narkosläkare i Helsingborg. Ur bemanningssynpunkt anses det önskvärt att helt stänga akutmottagningen vid sjukhuset nattetid. Det skulle inte innebära någon ökad risk för patienterna.

I intervjuerna framhålls att den tidigare kontinuiteten inom ortopedin har brutits. Ansvar för patienten går förlorat. Det är svårt att följa upp problempatienter. Arbete pågår för att få fram gemensamma operationsindikationer. Samarbetet mellan ortopederna i Helsingborg och Ängelholm fungerar bättre nu. En strävan är att också förbättra samarbetet med motsvarande verksamhet vid Hässleholms sjukhus.

Mottagning för uppföljning av höftledspatienter finns i Ängelholm och Helsingborg. Ett problem är att journal och röntgenbilder finns i Hässleholm. Remisser är ett annat problem. Tidigare hade en läkare ansvar för höftremisser och en för knäremisser. Nu finns risk att remisser inte bedöms då läkaren kanske opererar på annan ort.

Hässleholms sjukhus

Beslutet om Skånsk Livskraft var inte så dramatiskt för Hässleholms sjukhus. Förändringen från akutsjukhus till närsjukhus har gått successivt och fått växa fram. I början av 1990-talet hade Centralsjukhuset Kristianstad problem med ledning och styrning av den ortopediska verksamheten. Verksamhetschefen i Hässleholm fick då ansvar även för den ortopediska verksamheten i Kristianstad.

Successivt flyttade akut ortopedi till Centralsjukhuset Kristianstad och elektiv ortopedi till Hässleholm. Samma förändring skedde också inom kirurgi och psykiatri. Då växte närsjukvårdstanken fram.

Grundidén med Skånsk Livskraft bedöms som bra. Däremot anses att genomförandet kunde ha gjorts tydligare för verksamheterna. Direktiv har saknats för genomförande. Linjeorganisationens roll har varit otydlig. I en del fall har centrala ledningen gått förbi förvaltningschefer och istället tagit direktkontakt med verksamhetschefer. Det anses ha sin grund i en medveten strävan från centrala ledningen att hålla förvaltningscheferna utanför processen.

Patienter i behov av höft- och knäledsplastik skall skickas från Ängelholm och Helsingborg till Hässleholm. En viss del av uppdraget med operationer av höfter skall ligga kvar i Helsingborg. Från Hässleholm skickas patienter med rygg och skulderproblem till Ängelholm. Det sistnämnda bedöms fungera bra.

Samarbetet har dock inte fungerat mellan de tre sjukhusen. Det har funnits problem, särskilt i samarbetet mellan Hässleholm och Helsingborg och delvis mellan Hässleholm och Ängelholm. Ortopederna vid Ängelholms sjukhus har protesterat men har numera vänt och försöker klara av uppdraget. Problemen anses större med ortopederna i Helsingborg som är mer negativa. Inflödet av patienter från Helsingborg till Hässleholm har varierat. Ibland har det varit svårt att fylla upp luckor i Hässleholm.

Uppföljning av patienter är ett problem. PAL-funktionen blir inte tillfredsställande. Vid komplikationer söker patienten sig till närmaste akutenhet. Då går ingen information till operatören. I efterhand har dock processen styrts upp.

Ortopedchefen i Hässleholm ansvarar nu även för anestesi och operation vid sjukhuset i Hässleholm. Läkare som opererar i Hässleholm skall följa rutinerna vid det sjukhuset. Den som opererat skall också följa upp patienten. En patient som opererats i Hässleholm skall vända sig dit vid problem.

Centralsjukhuset Kristianstad

Ur det perspektiv som den här uppföljningen arbetar med har Centralsjukhuset Kristianstad berörts endast marginellt av förändringarna till följd av *Skånsk livskraft*. Den ortopediska verksamheten styrs från Hässleholms sjukhus. Ansvarsfördelningen mellan sjukhusens verksamhetsledningar har klarats ut. När operationsverksamheten vid Sjukhuset i Simrishamn läggs ned förväntas patientströmmarna från norra Simrishamndistriktet till Centralsjukhuset Kristianstad öka något. Det är dock inga stora volymer som blir aktuella.

Lasarettet i Ystad

Ur ett medborgarperspektiv har *Skånsk livskraft* inneburit förbättringar för patienter i behov av höft- eller knäartroplastik i det att köerna till artroplastiker är borta. Väntetider för operationer i höfter och knän är närmast att se som planeringstider. Omhändertagande av patienter som har behov av ortopediska ingrepp ryggar och axlar anses mer problematiskt.

För patienter med akuta ortopediska åkommor samt de med enklare ortopediska skador och åkommor har förändringarna vid lasarettet i Ystad enligt intervjuerna medfört försämringar jämfört med tiden före införandet av *Skånsk Livskraft*. Möjligheterna att förbättra kvaliteten inom närsjukvården anses ha minskat.

Genomförandet av *Skånsk livskraft* har inneburit betydande förändringar vid Lasarettet i Ystad. Ortopedavdelningen har stängts. Patienterna med osteoporosrelaterade frakturer har överförts till Rehabiliteringsavdelningen medan övriga patienter med ortopediska åkommor vårdas på den kirurgiska vårdavdelningen. Det har inneburit en betydande försämring av arbetsmiljön för ortopedläkarna som kan ha patienter spridda på 3-4 vårdavdelningar.

Akuta ortopediska operationer utförs numera dagtid fram till klockan 21. Patienter som inte är i behov av omedelbart ingrepp opereras dagtid nästföljande dag. Nationellt medför denna strategi som regel bättre resultat än operationer på natten. Patienter i behov av akut ortopedisk operation nattetid överförs till endera av universitetssjukhusen i Lund eller Malmö. Övrig

ortopedisk verksamhet, mottagning, dagkirurgisk ortopedi och konsultverksamhet, bedrivs som tidigare med den begränsning som den reducerade överläkarstaben medfört.

För ortopederna i Ystad har det känts besvärande att tvingas åka till Trelleborg för att operera patienter från bland annat Ystad. Både patient och operatör får göra vad som uppfattas som en onödig resa. Det har fört med sig att två överläkare lämnat kliniken, en är sjukskriven 50 procent och två är halvtidslediga. Två överläkare är i tjänst varje vecka. Av dessa är en i Trelleborg måndag-fredag. Resten av läkarbehovet täcks av tre vikarierande underläkare. Chefläkaren är tillfälligt förordnad som verksamhetschef inom ortopedi vid sjukhuset.

Bortfallet av ortopeder med överläkarkompetens innebär en sänkning av den generella kompetensnivån för läkare vid kliniken. Det har också blivit svårare att upprätthålla kontinuiteten mellan patient och läkare under de nya förhållandena. Konsekvenserna av att ortopederna inte längre disponerar en "egen" vårdavdelning är avsevärt större än vad som förutsågs både från ledningen för Skånsk Livskraft som från sjukhusledningen.

Inför de genomförda förändringarna framförde sjukhusledningen i Ystad vid upprepade tillfällen sin oro för en raserad ortopedi till hälso- och sjukvårdsledningen, regiondirektören samt till den politiska ledningen i Region Skåne. Trots att farhågorna nu infriats arbetar man mot målet att återfå en tillfredställande ortopedisk verksamhet i distriktet.

Lasarettet Trelleborg

Lasarettet Trelleborg hör också till de sjukhus som i hög grad berörts av förändringar vid genomförandet av *Skånsk livskraft*. En väsentlig skillnad är dock att omställningen i Trelleborg inom det ortopediska verksamhetsområdet kunnat genomföras i en allmänt positiv anda och, som det uppfattas, med goda och bestående resultat. Inom kirurgi, medicin och närsjukvården bedöms läget dock som mer problematiskt. Efter klockan 21 finns endast medicinjour vid sjukhuset.

Initialt var förutsättningarna för Lasarettet Trelleborg desamma som för andra berörda enheter. Beslutet om *Skånsk livskraft* uppfattades som ett dekret med ett preciserat produktionsuppdrag men utan stöd för genomförandet. Distriktsnämnden har dock uppfattats som enig bakom förändringen och stödjande. Ledningen vid sjukhuset visade en tydlig, samlad vilja att genomföra beslutade förändringar på ett sätt som kunde bli till fördel för medborgarna, personalen och sjukhuset som helhet. Sjukhuschefen i Trelleborg tog initiativ till en styrgrupp för etablering av den nya ortopedverksamheten vid sjukhuset.

Bakgrunden till diskussionen i styrgruppen för ortopedi var att tre opererande verksamheter med skilda kulturer skulle verka tillsammans i en vårdorganisation som kännetecknades av en fjärde kultur. De opererande verksamheterna tillämpade därutöver tre olikartade system för journalföring. För att verksamheten skulle kunna fungera effektivt och tillgodose kraven på patientsäkerhet bedömdes att gemensamma program, standarder och rutiner behövde arbetas fram.

Arbetet, som beskrivs som både mödosamt och tidskrävande, har resulterat i gemensamma vårdprogram för de aktuella operationerna ner till detaljer som tydliga regler för dosering av läkemedel vid premedicinering eller tidpunkt för mobilisering efter operation. Vårdpersonalen

skall inte behöva undra över hur patienter som opereras av läkare från det ena eller det andra sjukhuset skall behandlas. Patienterna skall inte behöva fråga sig varför de inte får gå upp när andra som varit föremål för likartade ingrepp får påbörja sin mobilisering.

Tidigare användes journalsystemet Melior vid sjukhusen i Malmö och Trelleborg. Det systemet skall användas av alla när de är verksamma i Trelleborg. Ortopediska kliniken i Lund kommer att avveckla sitt nuvarande journalsystem och övergå till Melior. Ortopederna från Ystad skriver i Melior i Trelleborg och Swedstar i Ystad.

Vid ortopediska kliniken i Lund anses etableringen i Trelleborg vara lyckad. Det är en fördel att skilja planerade operationer från akuta. Det minskar risken för störningar och strykningar. Antalet inställda operationer i Trelleborg är få och i huvudsak hänförliga till patientens hälsotillstånd.

Koncentrationen av vissa ingrepp ger också stor vana och därmed också ökad färdighet hos operatörerna. Organisationen ger därmed också goda förutsättningar för läkarutbildningen inom det specifika området.

En nackdel är att verksamheten i Trelleborg kännetecknas av tung ortopedi dag ut och dag in. Det är påfrestande för personalen och några har slutat. Effekterna av tungt ensidigt arbete kan komma senare. För läkarna innebär den nya organisationen ökade krav på resor. Läkarna från Lund reser på arbetstid till Trelleborg. Det innebär tidsförlust och extra kostnader för leasingbilar eller reseersättning.

Primärvården

För Primärvårdens del har Skånsk Livskraft än så länge inte inneburit någon större förändring. Omvandlingen av tidigare akutsjukhus till sjukhus med närsjukvård ställer dock större krav på insatser från primärvården. Det kan naturligtvis på sikt leda till förändringar både i arbetssätt och i samarbetsformer med sjukhusen.

Sjukhusen har släppt många patienter till primärvården. Primärvården bör enligt intervjuvaren koncentrera sig på lättare fall. Svårare fall skall till sjukhus utan att behöva ta omvägen över primärvården. Det finns behov av ökad dialog mellan sjukhusen och primärvården om fördelningen av patienter.

Insatser för ökad patientsäkerhet

I denna del av granskningen har vi frågat de intervjuade om vilka insatser för ökad patientsäkerhet som gjorts sedan förra granskningen. Frågorna har grupperats under rubrikerna kvalitetsutveckling, riskområden och riskbedömningar, avvikelshantering och remisshantering.

Vår generella bedömning är att intervjuvaren indikerar att intresset för och uppmärksamheten på patientsäkerhet vid de granskade enheterna är högre nu än för ett år sedan. Flera av de intervjuade har deltagit i de konferenser om patientsäkerhet som Socialstyrelsen arrangerat. Det material om patientsäkerhet som publiceras på Socialstyrelsens hemsida har uppmärksammats och använts på ett konstruktivt sätt. Ett arbete pågår för att ta fram ett gemensamt program för ledplastiker i Skåne.

Kvalitetsutveckling

De aktiviteter som redovisas i det följande är sådana som företrädare för de granskade verksamheterna funnit av särskilt intresse och valt att lyfta fram vid våra intervjuer. Redovisningen gör inga anspråk på att vara fullständig eller systematisk.

Det samlade omdömet efter intervjuerna är att arbetet med kvalitetsförbättringar med särskild inriktning på patientsäkerhet har fortsatt under 2005 och förts vidare vid de granskade verksamheterna. Takten och omfattningen i det arbete som redovisas varierar dock. De skillnader som redovisas kan till stor del hänföras till att genomförandet av *Skånsk livskraft* i varierande grad tagit energi och uppmärksamhet i anspråk.

Universitetssjukhusen i Lund och Malmö

Vid Universitetssjukhuset i Lund bedrivs sedan länge ett aktivt kvalitetsarbete med inriktning bland annat på patientsäkerheten. Innehållet i detta redovisas senast i rapporten Patientsäkerhet 2004. Grunderna är som tidigare öppenhet, enkelhet och engagemang från cheferna.

Universitetssjukhuset i Lund deltar i 98 nationella register varav 24 leds från sjukhuset. Därutöver är sjukhuset engagerat i 15 regionala och driver 48 lokala register. Väntetider och fördröjning kan vara anledning till bristande patientsäkerhet. Därför startades ett program i avsikt att minska ledtider.

God klinisk kompetens och skicklighet samt förmåga att fungera i grupp är en viktig grund för säker vård. Kliniskt träningscentrum (KTC) startades i början av 2004 och visar hög aktivitet. Ett Skill Center har etablerats med möjlighet till simulerad medicinsk utbildning och träning. Medel för stöd till inköp av en operationsrobot vid sjukhuset har säkrats.

Skill Center för utbildning och träning finns också vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Seminarium om patientsäkerhet planeras till 2006 eller 2007. Kvalitetsarbetet vid sjukhuset har enligt intervjuerna kommit in i verksamheten på ett mer naturligt sätt och har ett starkt stöd av ledningen. Patientsäkerheten ingår i verksamheternas balanserade styrkort och skall finnas med i vårdöverenskommelser med verksamhetscheferna.

Vid ortopediska kliniken finns särskild överläkare för kvalitetsarbete. Regelbundna interna läkarmöten arrangeras där information tas upp. Läkare deltar i rådsgrupper som diskuterar operationsindikationer.

För kvalitetsarbete inom primära artroplastiker finns i Malmö och Lund en gemensam överläkare med detta ansvar.

Lasarettet i Landskrona

En styrgrupp har etablerats med företrädare för Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS i Malmö samt Lasarettet i Landskrona i syfte att utforma gemensamma rutiner och vårdprogram. Man strävar också efter gemensamt program för operationsplanering. Projektet *Landskrona Integrated Medicines Management* syftar till att minska andelen överföringsfel vid läkemedelsordinationer.

Vidare finns en arbetsgrupp för närsjukvårdsutveckling i Landskrona och Svalöv. Dialogkonferenser med deltagande från sjukhuset, primärvården samt Landskrona och Svalövs kommuner om stroke, palliativ vård och hjärtsvikt genomförs. Konferenserna ger utrymme för gemensamma diskussioner om behandlingsprinciper. Diskussionerna baseras på fingerade fall som bygger på realistiska patientuppgifter.

Helsingborgs lasarett

Det har kommit ett större tryck från ledningen att insatser för kvalitetsutveckling skall genomföras. Socialstyrelsens föreskrift ses som ett viktigt stöd. Det erfordras dock en tydlig struktur inom sjukhuset för dessa frågor med personer som är ansvariga för säkerhetsanalyser och har mandat från sjukhusledningen för dessa uppgifter. De ansvariga bör bilda ett nätverk för att diskutera gemensamma frågor.

Vid sjukhuset har bildats en *Mobil intensivvårdsgrupp* som har till uppgift att fungera som en länk mellan intensivvårdsavdelningen och vårdavdelningarna. Gruppen skall vara konsultativ och stödjande. Den tillkallas enligt uppgjorda kriterier när en patient på vårdavdelning uppvisar sviktande vitala funktioner. Gruppen kan också följa upp patienter på vårdavdelning efter utskrivning från intensivvårdsavdelningen.

Ängelholms sjukhus

Det måste vara tydligt för befolkningen när en patient skall söka sig till Ängelholms sjukhus respektive Helsingborgs lasarett. Förhållandena har successivt förbättrats. Numera sker inga ambulanstransporter med blåljus till Ängelholms sjukhus. Rätt patienter anses komma till sjukhuset. Den initiala bedömningen på akutmottagningen anses nu fungera väl.

Förändringarna vid Ängelholms sjukhus till följd av *Skånsk livskraft* har bland annat inneburit att belastningen ökat i primärvården. Vid sjukhuset har narkosjouren och IVA spelat stor roll och erbjudit trygghet åt övriga funktioner. Dessa får nu ta ett större eget ansvar. Med anledning av detta har en utredning om patientsäkerheten genomförts som resulterat i bildandet av en funktion för stabilisering av patienter med sviktande vitala funktioner inför exempelvis transport till Helsingborgs lasarett.

Det finns oklarheter i fördelningen av uppgifter mellan sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm. Grupper av medarbetare från Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus har samlats i diskussion kring konkreta uppgifter för att nå ökad förståelse och ett bättre samarbetsklimat.

Gemensamma läkargrupper mellan sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm anses ha både fördelar och nackdelar. Den allvarligaste nackdelen är att läkarna hamnar utanför teamarbetet. De får ingen hemvist utan flyttas runt mellan olika enheter.

Hässleholms sjukhus

Vid Hässleholms sjukhus har inte noterats några problem med inflyttad personal när det gäller att följa sjukhusets rutiner, journalsystem etc. Utbildning i kvalitetsarbete fortsätter i avvaktan på Socialstyrelsens tillämpningsanvisningar. Arbete med vårdprogram pågår.

Ett arbete med utveckling av tvärprofessionella vårdprocessteam har initierats. I detta deltar även företrädare för sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm. I ett senare skede kommer ock-

så kommunerna att inkluderas i processen. I teamen diskuteras hur målen ska beskrivas och vilka mätmetoder som skall tillämpas. Exempel är en operations tekniska kvalitet, komplikationsfrekvens och inverkan på livskvalitet.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör operation vid höftfraktur utföras så tidigt som möjligt under ankomstdagen, helst inom 24 timmar. Vid Hässleholms sjukhus följs detta kriterium upp månadsvis för att övervaka att onödiga dröjsmål inte uppkommer.

Centralsjukhuset Kristianstad

Vid Centralsjukhuset Kristianstad kommer arbete med processutveckling att startas under hösten 2006. Varje sektion skall välja en process där enheten ingår i nationellt kvalitetsregister. Processerna skall också avse funktioner med tämligen stor volym.

Patientsäkerhetsdag anordnas en gång per år. Då träffar chefläkaren företrädare för alla verksamheter. Inom Centralsjukhuset Kristianstad finns en *Metodavdelning* för träning och för utveckling av enhetliga metoder.

Chefläkarna från sjukhusen träffar medicinskt ansvariga sjuksköterskor regelbundet. Chefläkarna från primärvården deltar inte i dessa möten. Det finns en person som arbetar övergripande inom primärvården som inte är chefläkare. Frågor som tas upp vid mötena är bland annat omhändertagande av avlidna i kommunal vård, samordnad vårdplanering och helgplanering.

Lasarettet i Ystad

Socialstyrelsens föreskrift har haft viss betydelse för kvalitetsarbetet. I det balanserade styrkortet ingår exempelvis underrubriker som behandlar kvalitetsarbete. Det finns krav på att enheterna skall följa vårdprogram. Läkemedelsföreskrivning diskuteras i ett *Avvikelseråd* som tar upp samordnad vårdplanering, läkemedelslistor och epikriser. Primärvården bjuder in föreläsare från lasarettet.

Lasarettet Trelleborg

Socialstyrelsens föreskrift om kvalitetsarbete är utgångspunkt för arbetet med kvalitetsutveckling vid sjukhuset med omfattande insatser kring patientsäkerhet och avvikelshantering. I det igår bland annat kvalitetsdagar för spridning av information om kvalitetsarbete.

Inom Lasarettet Trelleborg pågår också kvalitetsarbete inom ortopedverksamheten bland annat i *Ortopedprocessen* som är ett pilotprojekt i styrning och ledning inom regionen. Vårdprogram, uppföljning av måldatum och pre-operativa strykningar samt teamutveckling med tvärprofessionella team är andra exempel. Kvalitetsindikatorer som hela sjukhuset arbetar med är trycksador, fallprevention och smärtskattning. Verksamheterna är anslutna till nationella kvalitetsregister.

Vid lasarettet finns en strävan att tillämpa ett nytt sätt att se på avvikelser. Det är viktigt att bygga upp barriärer och skyddssystem. Även nära händelser bör rapporteras. Fel eller risker för fel bör identifieras innan något händer. Fokus bör också flyttas från den enskildes ansvar till en mer problemorienterad analys med inriktning på systemfel.

Primärvården

Chefläkarna sysslar med säkerhetsfrågor, utbildning och avvikelshantering. Det finns ett allmänt ökat medvetande om patientsäkerhetens betydelse. Socialstyrelsens nya föreskrift anses nu klarare och mer praktiskt användbar. Tillämpningsföreskrifter från Socialstyrelsen inväntas innan arbete med kvalitetssystemen sätts igång i större omfattning. Socialstyrelsens patientsäkerhetskonferens anses bra med praktiskt tillämpbar information. Hygienrutiner har aktualiserats inom primärvårdens kvalitetsarbete.

Apotekare besöker särskilda boenden. Planerad kontakt med patienterna för översyn av läkemedel genomförs normalt en gång per år. Informationsapotekare går igenom vårdcentralernas förskrivningsmönster. Utbildningsmöten förekommer men är färre nu. Primärvården bjuder in läkare från sjukhusen till utbildningsmöten

Riskområden och riskbedömningar

Avsaknaden av centralt genomförda eller initierade riskanalyser innebär inte att verksamheterna bortsett från de risker för patientsäkerheten som är förbundna med de förändringar som sker till följd av *Skånsk livskraft*. Det arbete som genomförts inom styrgruppen för ortopedi vid Lasarettet Trelleborg hade exempelvis som utgångspunkt en bedömning av väsentliga risker vid den förändrade organisationen.

Vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö har verksamheterna i uppgift att inför verksamhetsplanering och vårdöverenskommelser identifiera de tre mest väsentliga riskområdena. Trycksår och fallskador är bland de mer frekvent förekommande områdena.

Vid Universitetssjukhuset i Lund tillämpas *Stratify* som är ett instrument för bedömning av risk för fallskador. Patienten bedöms efter fem kriterier som om de är uppfyllda vart och ett ger en poäng. Patienter med två eller fler poäng bedöms ha hög fallrisk. För dessa tillämpas särskilda program för att minska risken för fall. Dessa program är i sin tur anpassade efter de förutsättningar som gäller för respektive verksamheter.

Som särskilda riskområden redovisas från Lasarettet i Landskrona brister i konsultstöd inom specialiteterna ortopedi respektive öron-näsa-halssjukdomar.

Från Helsingborgs lasarett redovisas ett arbete kring tidig identifiering av livshotande tillstånd. Hjärtstopp som inträffar vid sjukhus på vanlig vårdavdelning har fortfarande dålig prognos trots nya larmrutiner. Öväntat hjärtstopp som inte inträffar på hjärtinfarktavdelning kommer sällan så öväntat som det först kan verka. En granskning vid Helsingborgs lasarett visade att många patienter hade sviktande vitala parametrar under flera timmar före larm utan att detta uppmärksammats på adekvat sätt och att cirka hälften av patienterna inte hade någon dokumenterad övervakning.

Som hjälp att hitta riskpatienter används skalan MEWS (*Modified Early Warning Score*). Sex vitala funktioner bedöms efter avvikelse från normalvärdet. Totalsumman blir ett mått på tillståndets allvarlighetsgrad. MEWS är ett system för poängbedömning som utvecklats i Portsmouth, England och med framgång provats på en del svenska sjukhus, bland annat i Lund. Systemet tillämpas nu också vid exempelvis Ängelholms sjukhus och Lasarettet Trelleborg.

Inom primärvården noteras att läkemedelsförskrivningen är ett känt riskområde. Ett annat riskmoment som bör uppmärksammas är avbrott i läkarnas arbete med läkemedelsförskrivning eller journalföring. Det kan anses som en ofta återkommande orsak till felhandlingar.

Avvikelsehantering

När det gäller avvikelsehanteringen redovisar de flesta av de granskade verksamheterna en viss ökning förenad med förbättring av kvaliteten i rapporterna. Fler och bättre rapporter om avvikelser nu än för ett år sedan är en vanlig kommentar. Samtidigt noteras att antalet rapporter fortfarande är lågt i förhållande till antagen förekomst av faktiska avvikelser. Som skäl till motstånd mot rapportering anges oftast att avvikelsehanteringen uppfattas som ett angiverisystem, att anmälan enligt Lex Maria ses som förenad med ett hot om repressalier samt att tekniken anses som svårhanterlig.

Vid ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset MAS i Malmö noteras att färre avvikelser används för att peka ut en viss person. Avvikelser rapporteras istället för att peka på felaktigheter i system. Misstron har minskat. Läkarna anses ha tagit avvikelsehanteringen på allvar och rapporterar avvikelser.

Företrädare för primärvården anser att det rapporteras alldeles för få avvikelser inom den verksamheten. För närvarande rapporteras cirka 600-700 avvikelser per år från ungefär 100 vårdcentraler. Det motsvarar inte mer än 6-7 avvikelser per enhet under ett år.

Exempel på förändringen i benägenheten att rapportera kan hämtas från Universitetssjukhuset i Lund respektive Centralsjukhuset Kristianstad. I Lund rapporterades 2 668 avvikelser år 2002 och 3 363 år 2004. Fram till oktober 2005 rapporterades 2 690 avvikelser vilket är nästan exakt det antal som 2002 rapporterades för hela året. I Kristianstad har antalet rapporterade avvikelser ökat från 948 år 2002 till 1 107 år 2004. Fram till november 2005 har 1 032 avvikelser rapporterats.

I de flesta fall tillämpas Munkebysystemet för avvikelsehantering. Vid Helsingborgs lasarett tillämpas en egen systemkonstruktion men det finns ett tryck att gå över till Munkebysystemet. Vid Lasarettet Trelleborg är hanteringen fortfarande manuell men en övergång till Munkebysystemet är planerad till början av 2006. Vid Ängelholms sjukhus introducerades Medcontrol för ungefär ett år sedan. Nyligen har resultat av avvikelsestatistik vid sjukhuset blivit tillgänglig för alla kliniker.

Vid sjukhusen görs sammanställningar oftast på sjukhusnivå. Inom primärvården ägs rapporterna av verksamhetscheferna som bestämmer vilka rapporter som skall gå vidare till chefläkarna. Det gör att sammanställningar på nivåer över verksamhetsnivå inte är möjliga. I inget fall är det möjligt att göra sammanställningar på regionnivå för att exempelvis upptäcka mönster i avvikelser som uppträder mycket sällan.

Företrädare från flera av de granskade enheterna uppger att rapporterade avvikelser i ökande grad analyseras med hjälp av Socialstyrelsens material om *Händelseanalys* som kan hämtas från verkets hemsida om *Patientsäkerhet*. En genomgående kommentar är dock att systemen för avvikelsehantering inte alltid producerar tillräckligt bra data och att uppföljning och ut-

värdering brister. Vid flera sjukhus redovisas uppföljning också av data från PSR Personskadereglering AB, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt Förtroendenämnden.

Vid Universitetssjukhuset i Lund har journalerna granskats för 60 procent av de sammanlagt 955 patienter som avlidit under 2003. Av 978 patienter som avlidit 2004 har journalerna granskats för 88 procent. Möjligt samband mellan dödsfall och patientsäkerhet konstaterades i nio fall år 2003 och fem fall år 2004. En motsvarande granskning av dödsfall diskuteras för närvarande vid Centralsjukhuset Kristianstad.

Journalsystem

Svårigheter i kommunikationen mellan olika journalsystem blir alltmer uttalat i en organisation där verksamheterna arbetar integrerat eller i nära samverkan. Problemen hänför sig dels till att verksamheterna tillämpar olika system och versioner av dessa och dels till att journalanteckningarna lagras i olika databaser. Att två verksamheter båda tillämpar exempelvis Melior innebär därför inte automatsikt att de kan kommunicera med varandra.

Fyra olika journalsystem tillämpas inom primärvården. Journalsystemet Biosis anses ålderdomligt. Sjukhusen använder huvudsakligen Melior men i olika versioner och med olika databaser som inte alltid kommunicerar med varandra.

En långsam, gradvis process mot ökad harmonisering pågår dock på många håll inom verksamheterna. Vid Universitetssjukhuset i Lund har bestämts att hela sjukhuset skall ha Melior som journalsystem. Melior är inte perfekt men det anses bättre med ett dåligt system än flera dåliga. Hemmabyggen skall inte längre vara tillåtna.

Ängelholms sjukhus kommer under nästa år att ha ett journalsystem som är gemensamt med det som tillämpas vid Helsingborgs lasarett. Databasen i Ängelholm stängs och kommer enbart att vara tillgänglig för läsning.

Vid Centralsjukhuset Kristianstad tillämpas Melior med gemensam databas för Centralsjukhuset Kristianstad och Hässleholms sjukhus. WEB-lösning har anordnats så att vårdcentralerna kan läsa i Melior. Företrädare för sjukhuset kan läsa i vårdcentralernas system Biosis.

Vid Lasarettet i Ystad tillämpas journalsystemet Swedstar. När ortopederna från Ystad opererar i Trelleborg sker journalföringen i Melior.

Remisshantering

Vid den föregående granskningen var Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2004:11 (M) nyutkommen. Remisshantering är ett område som innebär betydande risker och måste uppmärksammas i säkerhetsarbetet. Vi har därför valt att ställa en del frågor kring vilka åtgärder som vidtagits vid de granskade enheterna med anledning av Socialstyrelsens föreskrift.

Enligt föreskriften skall vårdgivaren ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. Verksamhetschefen skall fastställa rutiner för hanteringen remisser.

Med dessa utgångspunkter har vi inriktat frågorna på vilka rutiner som finns vid de granskade enheterna. Chefläkarna har tillfrågats om de ställt krav på och samlat in dokumentation av rutiner för remisser. Verksamhetscheferna har tillfrågats om de har tagit fram och tillämpar dokumenterade rutiner för remisshantering.

Reglerna i Socialstyrelsens föreskrift följs i varierande grad vid de granskade enheterna. Vid Universitetssjukhuset i Lund kräver chefläkaren rutinmässigt information om dokumentation och rutiner. Sådana finns för alla verksamheter. I projektet *Vård utan omvägar* finns specificerade krav på när remisser skall skickas och inom vilken tid inkommande remisser skall bedömas. Enkät om remisshantering från december 2004 visar i vilken mån målen nåtts.

Från andra verksamheter redovisas att dokumenterade rutiner finns i en del fall men att formella krav på dokumentation inte ställts av vårdgivaren. Chefläkaren vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö har i chefläkargruppen aktualiserat frågan om vårdgarantins förenlighet med Socialstyrelsens föreskrift.

Vid Lasarettet i Landskrona pågår arbete med att utforma rutiner för hantering av remissvar. Förslag till system för hela sjukhuset föreligger vid Helsingborgs sjukhus. Vid Ängelholms sjukhus tillämpas både pappersremisser och elektroniska remisser. Vid Barn- och ungdomsmedicinska kliniken finns dokumenterad rutin för utgående och inkommande remisser. Ingen annan enhet vid sjukhuset redovisar dokumenterade rutiner för bevakning av remisser.

Riktlinjer för framtagning av remissrutiner finns inom Centralsjukhuset Kristianstad. Alla verksamheter skall ta fram egna rutiner. Detta är dock inte riktigt klart än och inget finns samlat. Vid Lasarettet i Ystad finns inga samlade krav på rutiner. Flödesmodellen blir viktig när vårdgarantins kriterier skall uppfyllas.

Inom primärvården noteras att det inte är lätt att få fram ett generellt, bra system för remisshantering. Generella riktlinjer finns men chefläkarna har inte krävt in dokumenterade rutiner från varje vårdcentral.

Remisshantering bedöms av samtliga intervjuade som ett väsentligt och samtidigt svårarbetat riskområde. Det är svårt att finna säkra metoder för bevakning. Nuvarande journalsystem ger dåligt stöd i det avseendet. Remisshantering förväntas ingå i ny version av journalsystemet Melior. Flera enheter redovisar att *Flödesmodellen* används för kvalitetssäkring av remissrutiner. *Flödesmodellen* är ett verktyg (funktion i PASiS) för att registrera remisser, av- och ombokningar, avslut av vårdåtagande etc. i syfte att följa ledtider och väntetider.

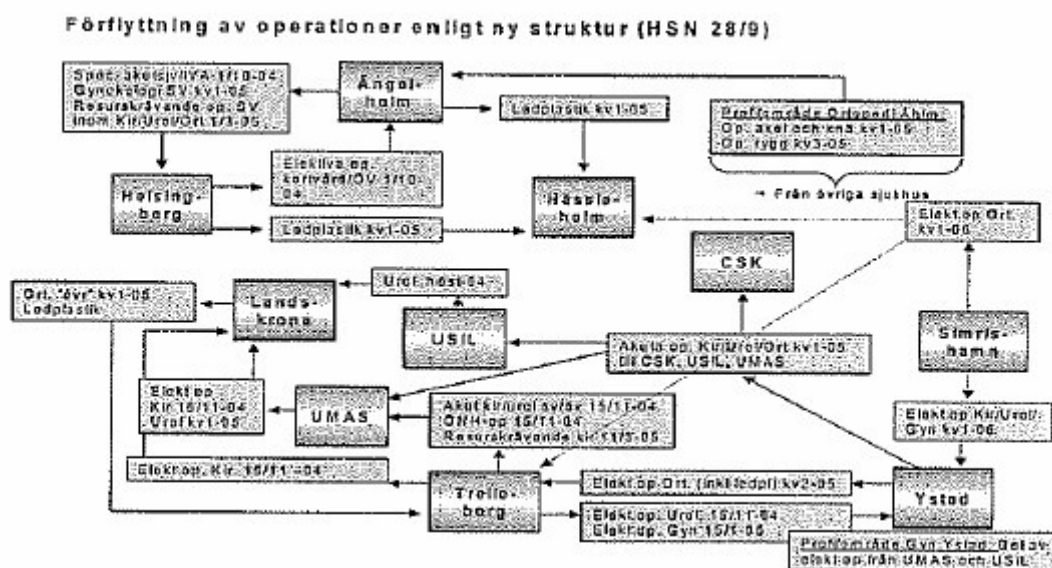
ANALYS OCH BEDÖMNING

Uppdraget avser uppföljning av den granskning av patientsäkerheten i Region Skåne som genomfördes för ett år sedan. Genom att denna riktats in på en bedömning av hur patientsäkerheten påverkats av de förändringar som initierats genom *Skånsk livskraft* har effekterna av dessa också kommit tydligare i fokus. Patientsäkerheten är inte enbart en fråga om hur de granskade verksamheterna agerar.

I det här avsnittet kommer vi därför att uppehålla oss både vid villkoren för patientsäkerheten i *Skånsk livskraft*, vid förutsättningarna för genomförandet av programmet sett ur ett säkerhetsperspektiv samt vid verksamheternas arbete med patientsäkerhet och kvalitet i övrigt under det år som gått sedan den förra granskningen.

Förändringar i patientsäkerheten till följd av *Skånsk livskraft*

I den föregående granskningen noterade vi att beslutet om *Skånsk livskraft* förutsatte en omfattande omlokalisering av arbetsuppgifter och resurser inom hälso- och sjukvården i regionen. Nedanstående schema beskriver förändringarna enligt Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2004-09-28 om förflyttningar av operationer enligt ny struktur.



Patientsäkerhet i den nya strukturen enligt *Skånsk livskraft*

Den struktur för verksamheten inom hälso- och sjukvården i Region Skåne som lagts fast genom beslutet om *Skånsk livskraft* innebär enligt de bedömningar som gjorts i våra intervjuer både fördelar och nackdelar.

Fördelar med den nya strukturen

Ur ett medborgarperspektiv har *Skånsk livskraft* inneburit förbättringar för vissa patientgrupper. Köerna till artroplastiker har reducerats. Väntetider för operationer i höfter och knän är närmast att se som planeringstider. Ett av de väsentliga skälen till genomförandet av *Skånsk livskraft* uppges vara långa väntetider för operationer av knä- och höftleder.

Koncentrationen av vissa ingrepp till ett färre antal sjukhus anses generellt ha lett till ökad produktion. Genom att operatörerna och övrig personal genomför många ingrepp får de stor vana. Det kan i sin tur antas leda till ökad patientsäkerhet. I våra intervjuer framförs dock också uppfattningen att dessa operationer med fördel kunnat ske fortsatt vid hemsjukhusen. Det kunde ha varit till fördel för äldre, multisjuka patienter som då också kunnat ha kvar närheten till sin ordinarie medicinsläkare.

Det är också en fördel enligt våra intervjusvar att akuta och elektiva operationer separerats. De elektiva ingreppen behöver då inte störas av nödvändiga akuta ingrepp. Antalet strykningar på operationslistorna inom de granskade verksamheterna har enligt intervjuerna gått ned väsentligt och är numera huvudsakligen att hänföra till patientens hälsotillstånd.

De begränsade resurserna nattetid vid de mindre sjukhusen innebär att patienter med ortopediska skador som inte absolut måste tas omhand omedelbart vid ankomst till sjukhuset opereras på dagtid följande dag. Det ses huvudsakligen som en fördel. Operationer under dagtid anses ge bättre resultat än operationer av jourteam nattetid.

Nackdelar och risker i den nya strukturen

Våra intervjuer indikerar samtidigt att det finns en del betydande nackdelar och inbyggda patientrisker i den nya strukturen enligt *Skånsk livskraft*. En väsentlig nackdel som påtalas vid våra intervjuer är att det kan vara svårt att etablera en effektiv PAL-funktion. Bedömning av patienten före operation, genomförande av ingreppet och uppföljning efter operation kan teoretiskt komma att genomföras av tre olika läkare vid olika sjukhus. Problem för patienten att veta vart denne skall vända sig vid komplikationer har redovisats vid intervjuer med företrädare för främst verksamheterna i Helsingborg, Ängelholm och Hässleholm.

Även om det nu finns tydliga överenskommelser mellan de tre sjukhusen om förfarandet vid komplikationer efter operation är det inte orimligt att anta att oklarheter kvarstår för patienterna. I intervjuerna har liknande problem inom andra opererande specialiteter berörts.

En annan väsentlig nackdel med olika läkare ansvariga för olika delar av vårdprocessen är att den opererande läkaren betraktas som en tillfälligt anlita teknisk konsult och förutsätts genomföra de ingrepp som bestämts vid tidigare undersökningar. Ett problem som inte nämnts inom ortopedisk verksamhet men väl inom andra opererande discipliner är att den läkare som skall genomföra ett ingrepp i en sådan vårdprocess inte delar kollegans tidigare bedömning av operationsindikationer och därmed inte är beredd att genomföra ingreppet.

De gemensamma läkargrupper som bildas i den nya strukturen har som en allvarlig nackdel att läkarna hamnar utanför teamarbetet vid verksamheterna. Läkarna saknar fast förankring och flyttas runt som schackpjäser. Läkarna har en viktig roll i teamet kring patienten, inte bara när det gäller medicinska beslut utan även ifråga om utveckling och utbildning.

Med ett sämre teamarbete är det risk att den medicinska standarden går ner. Även om läkarna är generösa med utbildning och information inom sina specialiteter kvarstår många problem med bristande teamkontakt. Ett exempel på det ges i intervjusvar där de mindre sjukhusen betraktas som producenter som ställer lokal och vårdpersonal till förfogande. Utvecklingsfrågor ligger kvar på de större verksamheterna.

Det ovan skisserade avståndet mellan de större och de mindre sjukhusen kan vara en del av förklaringen till att de mindre sjukhusen har svårigheter att erbjuda erforderlig jourkompetens. Närsjukvården i den modell som *Skånsk livskraft* valt förutsätter att de mindre sjukhusen kan få stöd från de större. De större sjukhusen förefaller inte alltid känna tillräckligt ansvar i det

avseendet. Brister i konsultstödet till närsjukvården redovisas från flera håll. Till detta kommer också i en del fall problem med primärvårdens medverkan.

Som nämnts ovan anses koncentrationen av ingrepp till vissa sjukhus enligt strukturen i *Skånsk livskraft* ha betydande fördelar. Det finns dock också en allvarlig baksida. Koncentrationen av tunga ortopediska operationer till ett fåtal enheter innebär en stor belastning på vårdpersonalen vid dessa. På sikt kan det få negativa konsekvenser för arbetsmiljö och hälsa.

Koncentrationen för också med sig en risk för gradvis utarmning av den professionella kompetensen. En kommentar som vi mött är att *Skånsk livskraft* valt att koncentrera de ingrepp som har stor volym. Den implicita slutsatsen av ett sådant påpekande är att koncentrationen möjligen gått onödigt långt. Även om övning ger färdighet kan det förutsättas att inlärningskurvan även här successivt planar ut. Optimum kanske kan ligga vid något mindre volymer.

Koncentrationen av ryggoperationer till Ängelholm ifrågasätts av några av de intervjuade. Denna typ av operationer anses innebära större risk för postoperativa komplikationer än många andra ortopediska ingrepp. Det är då angeläget att operatören finns lätt tillgänglig och kan snabbt bedöma fallet. En invändning som framförts mot detta är att det saknas belägg för att ryggoperationer skulle vara farligare än många andra större operationer, exempelvis höftledsrevisioner.

Alternativ till strukturen i Skånsk livskraft

Den struktur som nu gäller för *Skånsk livskraft* har beslutats i bred om än inte fullständig politisk enighet. Den är resultatet av kompromisser mellan olika intressen. Vår granskning av patientsäkerheten med huvudsakligt fokus på ortopedisk verksamhet indikerar enligt vår mening att det finns en del faktorer som kräver fortsatt uppmärksamhet. Det kan därutöver finnas skäl att fundera över delar av grundstrukturen i *Skånsk livskraft*.

I de fall där förändringen beskrivs som lyckad noteras samtidigt att de lokala lösningar som valts inte egentligen är i *Skånsk livskrafts* anda. De ortopedier från Universitetssjukhuset i Lund som opererar vid Lasarettet Trelleborg gör det på samma sätt som tidigare skedde vid Lasarettet i Landskrona. Det innebär att samma läkare undersöker patienten före operation i Lund, genomför operation i Trelleborg samt följer upp patienten i Lund. Då uppkommer inga problem om vem som skall eller kan vara patientansvarig läkare.

Ett alternativ som möjligen övervägts och förkastats i diskussionerna kring *Skånsk livskraft* kunde ha varit att bygga vidare på de relationer som fanns mellan sjukhusen i Skåne och bildat gemensamma enheter bestående av sjukhusen i Malmö-Trelleborg respektive Lund-Landskrona och Kristianstad-Hässleholm.

Ett sådant samarbete fanns förvisso inte mellan Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus. Icke desto mindre framskymtar i kommentarer och dokumentation tanken att det vore till fördel för patientsäkerheten och verksamheten i övrigt om de båda sjukhusen kunde bilda en gemensam förvaltning. En sådan förändring innebär naturligtvis också konsekvenser för Hässleholms sjukhus.

Underlaget för vår granskning är för begränsat för att räkna till en bedömning av det lämpliga i olika alternativ men vi menar att det finns skäl att väcka frågan om strukturen enligt *Skånsk livskraft* är den bästa möjliga när det gäller de ortopediska verksamheterna i triangeln Helsingborg-Ängelholm-Hässleholm. Det kan finnas goda skäl överväga förutsättningarna att förverkliga intentionerna bakom *Skånsk livskraft* genom andra organisatoriska lösningar än de som hittills valts. I kommentarer och dokumentation framskyntar tanken att det vore till fördel för patientsäkerheten och verksamheten i övrigt om sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm kunde bilda en gemensam förvaltning.

Genomförandet av förändringarna enligt *Skånsk livskraft*

Processen vid omstruktureringen innebar enligt vår bedömning ökade risker. Vi förutsatte därför att genomförandet skulle präglas av uttalat intresse för och fokus på frågor som rör patientsäkerhet. Vår granskning tyder dock på att stödet från centrala beslutsinstanser varit mycket begränsat eller närmast obefintligt. Genomförandet kännetecknas enligt intervjuvarna av oklara mandat och otydlig ledning.

Vi kommer i det här avsnittet att närmare behandla de historiska förutsättningarna för den organisation som valts för genomförandet samt de formella villkor som nu gäller för den politiska och administrativa styrningen av verksamheterna inom hälso- och sjukvården.

Administration och styrning inför genomförandet

Revisorerna i Region Skåne har i ett uppdrag som avrapporterades 2004-08-10 granskat genomförandet av *Skånsk livskraft – vård och hälsa* under perioden augusti 2003 till och med juni 2004³. Den beskrivning av den politiska och administrativa ledningen och riskerna inför genomförandet som lämnas där pekar framåt mot de problem som vi mött hos verksamheterna i uppföljningen av vår tidigare granskning av patientsäkerheten i Region Skåne.

Bakgrund och historik

Inledningsvis konstateras i rapporten till revisorerna att gränserna mellan den sjukhusanslutna vården och primärvården behöver luckras upp. De stora sjukhusens roll i närsjukvården måste klargöras. Olika huvudmän skall agera tillsammans. I förändringsprocessen kommer revir, kulturskillnader och begränsade perspektiv att utmanas.

Risker i kommunikation och dialog med medborgare, patienter och media lyftes fram. Efter som *Skånsk livskraft* innebär en komplicerad omvandling av stora delar av sjukvården räcker det inte med att sjukvårdens personal accepterar förändringarna. De behöver också se dem som värdefulla och som ett sätt att förbättra sjukvården. Om inte personalen kan förklara för patienter, anhöriga, kollegor och vänner vad som sker i *Skånsk livskraft* kommer mycket av Regionens utåtriktade kommunikation att bli verkningslös.

Primärvårdens begränsade entusiasm sågs som ytterligare en risk i genomförandet. Det faktum att primärvården har byggts upp i motvind med resurser som inte stått i proportion till

³ Från vision till verklighet? Ulf-Johan Olson, Ernst & Young, 2004-08-10.

målsättningarna, har bidragit till att skapa en delvis desillusionerad organisationskultur med stela gränser mot omgivande vårdssystem. Stödet till primärvården från sjukhusens specialister har enligt utredningen minskat dramatiskt.

Arbetet med *Skånsk livskraft – vård och hälsa* karaktäriserades enligt rapporten av konkretisering via ett stort antal centralt initierade arbetsgrupper. Uppdragen var tydliga, men mandaten svaga. Det påtalades att strategin för den fortsatta konkretiseringen var tydlig, men inte för hur befintliga ledare skulle engageras i genomförandet. Oron för revirbyggande förvaltningschefer tycktes vara större än önskan att skapa hög delaktighet bland cheferna i förändringsprocessen.

Att hantera det initiala förändringsarbetet utanför linjeorganisationen har varit ett sätt att undvika organisatoriskt motstånd och tröghet. Den önskade förändringen kunde byggas mer fristående och utan alltför stora hänsynstaganden till annat än en behovsbaserad, tillgänglig och effektiv vård. De personer som involverats i olika projekt- eller arbetsgrupper har valts ut på grund av sin kompetens och sitt engagemang, snarare än utifrån sin position i organisationen.

Försiktigheten att involvera linjen i förändringsarbetet ska enligt rapporten ses mot ovanstående bakgrund. Strategin har dock såväl fördelar som nackdelar. Förvaltningschefernas begränsade roll i förberedelsearbetet blir en nackdel när ansvaret för det faktiska genomförandet förs över till linjeorganisationen

Med beslut 2004-06-28 bekräftade regionfullmäktige den politiska styrgruppens och regionstyrelsens förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur. Därmed lämnade fullmäktige över verkställigheten av *Skånsk livskraft – vård och hälsa* till styrelse och nämnder. Distriktsnämnderna kan anses ha ansvar för närsjukvården medan Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvar för övriga logiker i *Skånsk livskraft – vård och hälsa*. För år 2005 finns ett tydligt syfte att stärka distriktsnämndernas roll som styrelse för respektive förvaltning inom sjukvårdsdistriktet.

Förutsättningar för styrning och ledning

I en rapport till revisorerna om förutsättningarna för ledning och styrning vid förverkligandet av strukturreformen⁴ konstateras att utvecklingen av *Skånsk Livskraft* medför behov av att ett gemensamt skåneperspektiv etableras och upprätthålls. Det innebär i sin tur ökade krav på helhetsperspektiv och ”koncernsamordning”. Ytterligare en väsentlig dimension i styrningen har varit och är det lokala befolkningsperspektivet. En strategisk utmaning för regionen är därför att i styrningen kunna upprätthålla rätt balans mellan delarnas och helhetens intressen.

Regionstyrelsen har enligt rapporten tydlig uppsikt över hur nämndernas och verksamheternas ekonomi utvecklas. Uppsikten omfattar dock inte fullmäktiges uppdrag till nämnderna i sin helhet. Ett väsentligt hinder för tillfredsställande uppsikt är att det inte har definierats vad uppsikten omfattar, vilken information som regionstyrelsen behöver för att fullgöra den och hur regionstyrelsen ska få tillgång till denna information.

⁴ Granskning av sektor vård och hälsa. Gunnar Uhlin, Ernst & Young AB

Hälso- och sjukvårdsnämnden är det centrala politiska organet som ska ha en överblick över hela *Sektor vård och hälsa*, ansvara för att samordna den och svara för att fullmäktiges prioriteringar genomförs. Nämnden har en central betydelse för att regioninvånarna ytterst får en god och likvärdig vård.

De fem distriktsnämnderna har en utifrån många aspekter sammansatt funktion. Distriktsnämnderna skall vara:

- Självständiga nämnder med ett ansvar för närsjukvårdsuppdraget och ett ansvar att företräda befolkningen.
- Nämnder underordnade Hälso- och sjukvårdsnämnden vad gäller de regiongemensamma logikerna.
- Styrelser i förhållande till förvaltningarna.

Region Skåne har en sammanhållen tjänstemannaorganisation under regionstyrelsen. Kännetecknande för organisation är att den består av relativt få ledningsnivåer tillsammans med en hög grad av självständighet på förvaltningsnivå. I organisationen finns enligt rapporten en tydlighet beträffande vem som är chef för vem. Det som däremot inte är lika självklart är t ex vilket ansvar förvaltningschefen har för ekonomi och verksamhet inför ledningschefen.

Bedömning och kommentarer

Genomförandet av *Skånsk livskraft – vård och hälsa* är en uppgift av betydande omfattning och stor vikt för medborgarna i regionen. Det gäller ekonomi och tillgänglighet och inte minst patientsäkerheten. Det finns då skäl att förvänta sig ett mycket aktivt engagemang i denna process från den politiska och administrativa ledningen.

Vad vi finner i vår granskning är dock bilden en i hög grad frånvarande central ledning. Den bild som förmedlas i våra intervjuer är av en ledning som kommunicerar med dekret som verksamheterna lämnas att själva tyda och konkretisera. Det kan vara en ensidig bild utifrån ett begränsat perspektiv på en stor strukturförändring men det är vad som kommit fram i våra kontakter.

Oviljan att engagera förvaltningscheferna i förändringsarbetet kan ha sin förklaring i den ovan redovisade misstänksamheten hos centrala ledningen mot linjeorganisationen och önskan att undvika organisatoriskt motstånd och tröghet. Det har i sin tur skapat otydlighet och svårigheter för verksamheterna i genomförandet. I fall där förändringsprocessen anses framgångsrik förefaller förvaltningscheferna, med eller utan mandat, ha tagit på sig en ledande roll. Där så inte skett har förändringsarbetet mera präglats av oklarhet och problem.

Vårt material ger inte underlag för att bedöma Regionstyrelsens respektive Hälso- och sjukvårdsnämndens agerande och inte heller tjänstemannaorganisationens roll i förändringsarbetet. Däremot stöter vi i våra intervjuer ofta på kommentarer om distriktsnämndernas roll.

I den ovan refererade rapporten om förutsättningarna för ledning och styrning konstateras sammantaget att distriktsnämnderna har ett flerdimensionellt uppdrag som inte i alla avseenden är tydligt. Det är därför inte utan vidare klart vilka uppgifter och vilket mandat de har haft i arbetet med genomförandet av *Skånsk livskraft – vård och hälsa*.

Den generella bild som tecknas av nämnderna är dock att dessa tagit mycket liten del i förändringsarbetet. I något fall noteras att nämnden varit stödjande men oftast förefaller nämnden långt borta från den verklighet vi mött i våra intervjuer. Den viktiga roll som förmedlare av budskapet i *Skånsk livskraft – vård och hälsa* till befolkningen verkar distriktsnämnderna inte ha tagit på något större allvar.

Ett undantag utgör Distriktsnämnden för Nordvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. Enligt de uppgifter som kommit fram i våra intervjuer och ur annan dokumentation har nämnden på olika sätt motarbetat de intentioner som läggs fast i Regionfullmäktiges beslut om *Skånsk livskraft – vård och hälsa*. Detta har inte varit till gagn för patientsäkerheten.

De granskade verksamheternas insatser för ökad patientsäkerhet

Genomförandet av Skånsk livskraft har kritiserats från flera håll på grund av bristande konsekvensanalyser. Konsekvensbedömningar och riskanalyser har överlåtits åt de verkställande enheterna. Exempel på resultat av sådana konsekvensbedömningar är initiativet till en styrgrupp för etablering av den nya ortopedverksamheten vid *Lasarettet Trelleborg*.

Vår uppföljning ger inte anledning anta att omställningarna enligt *Skånsk livskraft – vård och hälsa* har medfört försämringar av patientsäkerheten inom de områden som vi granskat. Det kan tolkas så att verksamheterna är robusta och har förmåga vid att handskas med oväntat uppkommande problem.

Vi har också generellt kunnat notera ökad uppmärksamhet på kvalitetsutveckling med särskilt fokus på patientsäkerhet.

Kvalitetsutveckling

Det samlade omdömet efter intervjuerna är som redovisats tidigare att arbetet med kvalitetsförbättringar med särskild inriktning på patientsäkerhet har fortsatt under 2005 och förts vidare vid de granskade verksamheterna. Takten och omfattningen i det arbete som redovisas varierar dock. De skillnader som redovisas kan till stor del hänföras till att genomförandet av *Skånsk livskraft* i varierande grad tagit energi och uppmärksamhet i anspråk.

Socialstyrelsens insatser har uppmärksammats och dess material utnyttjas i det lokala kvalitetsarbetet. Takten i utvecklingsarbetet är dock låg i en del fall där de kommande tillämpningsanvisningarna avvaktas.

En generell bedömning är att det kunde vara värdefullt med ett mer samlat kvalitetsarbete över hela regionen där olika enheters specifika kompetens kunde utnyttjas på ett sätt som kunde ge väsentliga synergieffekter.

Ett forum för diskussion och samordning av ett sådant, regionalt samlat arbete med patientsäkerhet och kvalitetsutveckling kunde vara den nuvarande chefläkargruppen. Vår bedömning är att det vore till fördel för kvalitetsutvecklingen i allmänhet och patientsäkerheten i synnerhet om gruppen gavs större formell stadga och tydligare mandat i form av exempelvis ett kollegium.

Vi bedömer också att det kunde vara till fördel för regionen att ge tydligare mandat och se över arbetsförhållandena för respektive chefläkare. Våra intervjuer indikerar att chefläkarna kan ha varierande mandat som kan påverka deras arbetsvillkor och förutsättningar att främja patientsäkerheten.

Avvikelsehantering

När det gäller avvikelsehanteringen redovisar de flesta av de granskade verksamheterna en viss ökning förenad med förbättring av kvaliteten i rapporterna. Fler och bättre rapporter om avvikelser nu än för ett år sedan är en vanlig kommentar. Samtidigt noteras att antalet rapporter fortfarande är lågt i förhållande till antagen förekomst av faktiska avvikelser. Som skäl till motstånd mot rapportering anges oftast att avvikelsehanteringen uppfattas som ett angiverisystem, att anmälan enligt Lex Maria ses som ett hot om repressalier samt att tekniken anses som svårhanterlig.

Ett väsentligt steg mot förbättrad benägenhet att rapportera avvikelser vore enligt flera av de intervjuade att ge utrymme för anonyma rapporter. Det danska systemet där avvikelserrapporteringen inte är kopplad till ett system med sanktioner anses framgångsrikt. Mot ett system med anonyma anmälningar kan öppenhet och insyn är en väsentlig del i avvikelsehanteringen. Anonyma anmälningar verkar i motsatt riktning. Ett rapporteringssystem liknande det som används inom flyget kunde vara att föredra. Vår bedömning är att regionen på allt sätt bör stödja strävanden att göra avvikelserrapportering till en naturlig del i säkerhetsarbetet.

Det är utomordentligt väsentligt att avvikelser leder till åtgärder inom den verksamhet där de inträffat. Återrapportering uppföljning och åtgärder är grundläggande för ett effektivt system för avvikelsehantering.

Samtidigt är det nödvändigt att samla erfarenheter på högre nivåer för att identifiera risker med sällan förekommande avvikelser. För närvarande sammanställs rapporter högst på sjukhusnivå. Det vore önskvärt med en utveckling av systemen så att de tillåter sammanställning av data också över hela regionen. För närvarande är splittringen på olika system alltför stor för att detta skall vara möjligt.

Journalsystem

Svårigheter i kommunikationen mellan olika journalsystem blir alltmer uttalat i en organisation där verksamheterna arbetar integrerat eller i nära samverkan. Vid uppföljningen stöter vi på i stort sett samma problem som vi mötte i den tidigare granskningen.

Vi kan dock notera en gradvis utveckling mot större harmonisering mellan de tillämpade systemen. Utvecklingen förefaller gå framåt även om den inte går särskilt fort.

Vår bedömning är att utvecklingen av enhetliga och väl fungerande system för journalföring bör ges hög prioritet i regionen. Det är en väsentlig grund för hög patientsäkerhet.

Remisshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2004:11 (M) skall vårdgivaren ge skriftliga direktiv och säkerställa att det

finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. Verksamhetschefen skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av utgående remisser och inkommande remissvar.

Våra intervjuer indikerar att dessa regler följs i något skiftande grad vid de granskade verksamheterna. Det är angeläget att bestämmelserna i föreskriften tillämpas på avsett vis vid samtliga berörda enheter.

Bevakning av remisser är fortfarande ett väsentligt riskområde. Lösningarna varierar starkt mellan olika enheter. Det är ett område av utomordentlig betydelse för patientsäkerheten där chefläkarna och chefläkargruppen har en central roll.

SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Med utgångspunkt i det material som redovisats i föregående avsnitt av den här rapporten vill vi formulera följande rekommendationer till Region Skånes revisorer:

- Överväg i vilken utsträckning de redovisade uppgifterna om den politiska och administrativa ledningens sätt att genomföra förändringsarbetet kan ge anledning till kritik.
- Aktualisera frågan om avsteg från strukturen inom Skånsk livskraft när det gäller samverkan mellan sjukhusen i Helsingborg, Ängelholm och Hässleholm.
- Uttala stöd för ökad formalisering och tydligt mandat för chefläkargruppen.
- Verka för tydligare mandat med inriktning på patientsäkerhet för chefläkarna.
- Ge stöd till strävandena att minska motståndet mot att rapportera avvikelser.
- Inskärp vikten av att utveckling av enhetliga journalsystem ges hög prioritet.
- Inskärp vikten av att regler för remisshantering följs och att fungerande system för bevakning av remisser utvecklas och underhålls.

BILAGA 1

Revisorerna i Region Skåne Patientsäkerhet

Granskningsformulär

Verksamhet:

Kontaktperson

Datum:

Revisorerna i Region Skåne har beslutat att följa upp den granskning av patientsäkerheten som gjordes i slutet av 2004. Vi har därför några frågor kring utvecklingen av åtgärder som rör patientsäkerheten under 2005.

Frågor	Svar
A. Allmänna frågor	
1. Har några nytillkomna åtgärder genomförts inom Ditt verksamhetsområde under 2005? I så fall vilka?	
2. Kan några av dessa relateras till de förslag som revisorerna lyft fram i sin rapport? I så fall vilka?	
3. Har genomförandet av Skånsk Livskraft påverkat Din verksamhet i någon avgörande grad? På vilket sätt i så fall?	
4. Om detta har direkt koppling till patientsäkerheten, vilka åtgärder har förändringarna föranlett.	

Socialstyrelsen har under 2005 utfärdat en uppdaterad version SOSFS 2005:12 (M) av sin tidigare (SOSFS 1996:24) föreskrift om kvalitets- och säkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården. Den nya författningen har bland annat tydliga krav på verksamheternas ledningssystem. Vi har några frågor kring dessa områden.

Frågor	Svar
B. Kvalitetsarbete	
1. Har den nya versionen av Socialstyrelsens föreskrift föranlett några nytillkomna åtgärder inom Ditt verksamhetsområde? I så fall vilka	
2. Finns rutiner för systematiskt patientsäkerhetsarbete? I så fall, vilka	
3. Genomförs insatser för att följa upp mål och resultat i avseende på patientsäkerhet? I så fall, vilka?	
4. Har specifika insatser för att mäta patienternas nytta av vårdinsatser gjorts, exempelvis bedömning av förbättrad livskvalitet efter operation? I så fall, vilka?	
5. Deltar (alt. Har deltagit) Din enhet arrangemang som handlar om kvalitetsarbete, exv Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetskonferens, regionala konferenser?	
6. Används det material som finns om patientsäkerhetsarbete på nätet, exempelvis Socialstyrelsens hemsida?	

Genomförandet av Skånsk Livskraft innebär att enheter profileras för vissa uppgifter och att personal från olika enheter kan komma att arbeta tillsammans vid den profilerade enheten. Det kan medföra problem genom olika rutiner och kulturer för sättet att genomföra exempelvis operationer. Sådana förändringar kan motivera särskilda riskbedömningar.

Frågor	Svar
C. Riskanalyser	
1. Innebär genomförandet av Skånsk Livskraft en sådan förändring inom Ditt verksamhetsområde? I så fall vilka?	
2. Om sådana förändringar genomförts, har särskilda <i>riskbedömningar</i> genomförts för att minska riskerna för vårdskador? I så fall, vilka?	
3. Finns andra områden där Du bedömer att riskerna för patienterna är sådana att särskilda åtgärder är motiverade? I så fall Vilka?	
4. Har några särskilda insatser genomförts eller planerats med anledning av sådana riskbedömningar? I så fall, vilka?	
5. Görs generellt riskbedömningar för pågående verksamheter (vårdprocesser) eller vid förändringar, exempelvis införande av ny teknik eller annan organisation? I så fall vilka? Exempel.	

En fungerande avvikelshantering är en hörnsten i allt patientsäkerhetsarbete. Vi har i vår föregående granskning ställt frågor om hur systemen för avvikelshantering är uppbyggda och tillämpas. Vi vill i den här uppföljningen lägga fokus på de förändringar som kan ha skett under år 2005.

Frågor	Svar
D. Avvikelsehantering	
1. Har några nytillkomna åtgärder genomförts inom Ditt verksamhetsområde under 2005 för att förbättra avvikelshanteringen? I så fall vilka?	
2. Hur bedömer Du att benägenheten att rapportera avvikelser har förändrats? Till det bättre, till det sämre eller inte alls? Skäl till Din bedömning?	
3. Har användningen av inrapporterade uppgifter förändrats? Till det bättre, till det sämre eller inte alls? Skäl till Din bedömning?	
4. Vilka orsaker bedömer Du är de mest väsentliga för rapportering eller motstånd mot rapportering av avvikelser?	
5. Är attityderna olika hos berörda personalgrupper, läkare, sköterskor, undersköterskor?	
6. Vilka åtgärder görs för att förbättra benägenheten att rapportera avvikelser?	

Vid den föregående granskningen var Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, SOSFS 2004:11 (M) nyutkommen. Remisshantering är ett område som innebär betydande risker och måste uppmärksammas i säkerhetsarbetet. Vi vill därför nu ställa en del frågor kring de åtgärder som vidtagits vid de granskade enheterna med anledning av Socialstyrelsens föreskrift.

Frågor	Svar	BDO:s bedömning
E. Remisshantering		
1. Finns skriftliga rutiner för vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser? I så fall vilka?		
2. Finns skriftliga rutiner för hur utgående remisser skall registreras och sändas?		
3. Finns skriftliga rutiner för bevakning av att remissvar erhålls inom godtagbar tid och når rätt mottagare? I så fall, vilka?		
4. Finns skriftliga rutiner för åtgärder om svaret på en av-sänd remiss dröjer eller ute-blir? I så fall, vilka?		
5. Finns skriftliga rutiner för hur remissvar (t.ex. rtg, PAD, lab) ska tas emot, registreras och bedömas? I så fall, vilka?		