

Svanell Konsult AB

**Det övergripande ansvaret för att
utveckla den medicinska säkerheten**

En granskning på uppdrag av Region Skånes revisorer

november 2006

Bo Nordestedt
Jan Svanell

Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund	5
2.2 Uppdraget	5
2.3 Arbetsmetodik	5
3. Allmänt om medicinskt säkerhetsarbete	7
4. Arbetet med medicinsk säkerhet i Region Skåne	9
4.1 Arbetet har påbörjats – mycket återstår	9
4.2 Regional nivå	9
4.2.1 Gemensamma riktlinjer	9
4.2.2 Riktad utbildning	10
4.2.3 Gemensamt avvikelshanteringssystem	10
4.2.4 Medicinteknisk säkerhet	11
4.2.4 Brister i tydlighet på regional nivå	11
4.3 Distriktsnivå	12
4.4 Sjukhusnivå	13
4.4.1 Chefläkarens ansvar och betydelse	13
4.4.2 Ett bra exempel	14
5. Enkät till regionens sjukhus	16
6. Diskussion och slutsatser	23

Bilagor

Bilaga 1: Enkät om medicinsk säkerhet till regionens sjukhus – Frågor och sammanställning av svar

Övergripande ansvar för att utveckla den medicinska säkerheten

1. Sammanfattning

Region Skånes revisorer har givit Svanell Konsult AB uppdraget att granska hur Region Skåne arbetar med att förbättra det övergripande ansvaret för utveckling av den medicinska säkerheten i den skånska sjukvården.

Bakgrunden till detta är att tidigare revisionsgranskningar visat på att arbetet med utveckling av patientsäkerheten i Region Skåne, under de senaste åren inte givits tillräckligt fokus. Säkerhetsfrågorna har härmed inte fått den uppmärksamhet som ett generellt säkerhetstänkande kräver.

I denna granskning har fokus lagts på det övergripande perspektivet med avseende på hur regionen utvecklar en säkerhetskultur, hur säkerhetsarbetet styrs och följs upp samt vilka utvecklingsåtgärder som vidtas.

Granskningen som omfattat det regionövergripande perspektivet samt två distriktsnämndskanslier och samtliga regionens sjukhus har genomförts genom datainsamling av tillgänglig skriftlig dokumentation, en enkätstudie till regionens samtliga sjukhus samt ett begränsat antal strukturerade intervjuer.

Denna rapport bekräftar i huvudsak den historiska bilden, samtidigt som det med kraft måste betonas att ett målinriktat utvecklingsarbete påbörjats i vissa delar av Skåne, liksom på regional nivå. Ett antal mycket viktiga och lovvärda aktiviteter har initierats. Framför allt gäller detta en riktad utbildning i risk- och händelseanalys för regionens samtliga chefläkare samt implementeringen av ett regiongemensamt system för avvikelshantering.

I de uppdrag som nu förbereds för sjukhusen inför 2007 återfinns också rubriken ”Säker hälso- och sjukvård”, där särskilda krav ställs på förvaltningarna att bl.a fortsätta utbildningsaktiviteterna och arbeta mer systematiskt med risk- och händelseanalyser.

Granskningen visar dock ett fortsatt behov av att ytterligare klargöra den regionövergripande nivåns ansvar för medicinsk säkerhet, bl.a. i form av gemensamma riktlinjer, strategiska och övergripande utvecklingsinsatser liksom analys och åtgärder på regiongemensam struktur- och systemnivå. Detta gäller även en mera tydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdsledningen.

Svane11 Konsult AB

För att få full effekt av ett kommande gemensamt system för avvikelshantering ser vi också behov av en särskild övergripande funktion, med uppgift att ta emot, analysera och ge förslag till gemensamma åtgärder och riktlinjer inom regionens hälso- och sjukvård. Det handlar om att samla och sprida den kunskap som kan göra patientsäkerhetsarbetet till en evigt lärande process som är integrerad i allt vårdarbete.

Granskningen konstaterar att distriktsnivån inte direkt spelar någon aktiv roll i arbetet med att utveckla patientsäkerheten, förutom att säkerhetsaspekten ingår som en del i uppföljningen av vården ur ett patient- och medborgarperspektiv.

Utvecklingen av säkerhetsarbetet har sin tyngdpunkt i den lokala nivån, i denna granskning alltså på sjukhusnivån. Chefläkarna har där ett avgörande inflytande på hur arbetet bedrivs. Granskningen visar dock på olika förutsättningar för chefläkarna att driva utvecklingen på sina respektive sjukhus. Det kan därför finnas anledning att på övergripande nivå skapa gemensamma förutsättningar och riktlinjer samt stöd för chefläkarna i denna uppgift. I detta inkluderas att klargöra vilken roll nätverket för chefläkare skall spela i utvecklingen och uppföljningen av det övergripande säkerhetsarbetet.

Den genomförda enkäten visar på tydliga utvecklingsbehov på följande områden:

- handlingsplaner för säkerhetsarbetet finns, men måste göras mer kända bland medarbetarna,
- utveckling av konkreta och mätbara mål för patientsäkerheten,
- konkretisera bättre vad som är en avvikelse och vad som ska rapporteras,
- fortsätt utveckla, standardisera och förankra hälso- och sjukvårdens rutiner samt följ upp bättre så att de efterlevs,
- initiativen till ökad utbildning i patientsäkerhet är lovvärda och måste fullföljas för att få spridning i regionen,
- säkerställ att riskanalyser görs inför större förändringar.

Ett särskilt observandum är behovet av att göra läkare medvetna om vilka krav som ställs på patientsäkerhet, samt på behovet av kontinuerlig utveckling av den medicinska säkerheten.

Granskningen visar att det finns goda exempel där utvecklingsarbetet kommit en bra bit på vägen. Av de sjukhus som omfattas av denna granskning utgör UMAS ett bra exempel som beskrivs närmare i rapporten

Vi ser patientsäkerhetens utveckling som ett viktigt område för revisorernas fortsatta granskning. Bland sådana insatser föreslås att en förnyad enkät, med större spridning, genomförs som en uppföljning av den nu genomförda enkäten inom ett å två år. Vidare har primärvården inte ingått i denna granskning av den medicinska säkerheten och bör utgöra ett intressant fortsatt granskningsområde.

2. Bakgrund

Vid en genomförd granskning avseende riskbedömningar i samband med införandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa, identifierades riskområden där kvalitetsbrister kan uppstå. Ett sådant område är ansvaret för den övergripande vårdkvaliteten. Revisorerna har markerat vikten av att Region Skåne arbetar med att utveckla en säkerhetskultur med hög riskmedvetenhet. Det är av betydelse att ansvaret för den medicinska säkerheten tydliggörs även på central nivå, t ex genom redovisning av avvikelser och kvalitetsindikatorer. Revisorerna har därför givit Svanell Konsult AB i uppdrag att genomföra en granskning av hur ansvaret för att utveckla den medicinska säkerheten hanteras på central nivå.

2.2. Uppdraget

En nyckelfråga är om arbetet organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt?

Andra centrala frågor är:

- hur arbetar regionen med att utveckla en säkerhetskultur med hög riskmedvetenhet?
- hur arbetar regionen centralt och lokalt med avvikelshantering?
- hur tydliggörs ansvaret för den medicinska säkerheten vad avser både central och lokal nivå?

Granskningen har, på översiktlig nivå, omfattat det regionövergripande perspektivet samt två distriktsnämndskanslier och samtliga regionens sjukhus.

I uppdraget har ingått att leverantören skall ge impulser till förbättringar om granskningen visar på behov av förbättringsarbete.

2.3 Arbetsmetodik

Uppdraget har omfattat datainsamling av tillgänglig skriftlig dokumentation, en enkätstudie till regionens samtliga sjukhus samt ett begränsat antal strukturerade intervjuer.

Strukturerade intervjuer har genomförts med:

- representanter för hälso-och sjukvårdsledningen,

Svane11 Konsult AB

- de medicinska rådgivarna vid distriktsnämndskanslierna i nordvästra och sydvästra distriktet,
- medicinskt säkerhetsansvariga (chefläkarna) vid sjukhusen i Malmö respektive Ängelholm,
- gruppintervju med sjuksköterskor och läkare vid Ängelholms sjukhus.

Intervjuerna har tjänat två syften, dels att ge kunskap om hur det medicinska säkerhetsarbetet utvecklas, dels att ge underlag för att utforma enkätfrågor.

En enkätundersökning har genomförts vid regionens samtliga sjukhus. Enkäten har riktats till sjukhusens chefläkare, samt till verksamhetscheferna och ett urval sjuksköterskor och läkare vid sjukhusens akutmottagningar samt verksamhetsområdena ortopedi, invärtesmedicin samt kirurgi. Enkäten har hanterats som en web-enkät med en svarsfrekvens på cirka 90 %. Frågestrukturen har till viss del följt en av Socialstyrelsen använd mall för granskning av patientsäkerhet. Dock har mallen modifierats och kompletterats med frågor rörande bl a ansvarsfördelning och olika utvecklingsaspekter.

Föreliggande rapport är den sammanfattande, skriftliga rapporten över uppdraget.

3. Allmänt om medicinskt säkerhetsarbete

Begreppet Medicinsk säkerhet är både omfattande och mångtydigt. Genom en perspektivförskjutning har Medicinsk säkerhet fått tydligare patientfokus och benämns därför allt oftare Patientsäkerhet. Bakgrunden är att detta begrepp anses på ett bättre sätt åskådliggöra syftet med säkerhetsarbetet, att patienterna så långt möjligt tillförsäkras en god och säker vård. Patientsäkerhet definieras ofta som ”Säkerhet för patienten mot skada och risk för skada till följd av åtgärd inom hälso-och sjukvården eller på brist på sådan åtgärd”.

Medicinskt säkerhetsarbete tar sin utgångspunkt i:

- det riskförebyggande arbetet,
- utförande av vård inklusive risk- och avvikelshantering,
- risk- och avvikelserapportering, samt
- uppföljning och korrigerande åtgärder på central resp. lokal nivå.

Detta innebär att det måste finnas en tydlig struktur med ansvarsfördelning på olika organisatoriska nivåer för att förebygga och undvika medicinska risker och avvikelser. Med detta synsätt blir det medicinska säkerhetsarbetet en ständigt lärande, utvecklande och korrigerande process.

Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (5§) visar på det ansvar som hälso-och sjukvården har:

”Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten,
2. åtgärda orsakerna till riskerna,
3. göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.”

En väsentlig del av föreskriften, liksom i arbetet med patientsäkerhet, utgörs av avvikelshantering (6§):

”Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att

1. anmäla till myndigheter i enlighet med gällande författningar,
2. identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsakerna och följa upp vidtagna åtgärders effekt,
3. sammanställa och återföra negativa och positiva erfarenheter från avvikelshandlingen till verksamhetens personal och andra berörda,

4. använda erfarenheterna från avvikelshanteringen i det förebyggande riskhanteringsarbetet, och
5. ta till vara förslag och klagomål från patienter, närstående och personal. ”

Likaså är Socialstyrelsens föreskrift (SOSF 2005:28) om anmälningsplikt enligt Lex Maria central för arbetet med patientsäkerhet.

Såväl nationell som internationell forskning visar att brister i patientsäkerhetsarbetet kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna och betydande kostnader för samhället och sjukvården. Ökat fokus på säkerhet kom med den omskakande rapporten ”To err is human”, publicerad av Institute for Medicine (1999). I rapporten hävdades att mellan 44 000 och 98 000 människor dör varje år i USA till följd av undvikbara skador i vården. Rapporten manade till nationell samling för att göra vården säkrare. Ett resultat har sedermera blivit den uppmärksammade nationella 100kLives kampanjen som syftar till att rädda 100 tusen liv årligen genom att eliminera undvikbara dödsfall på de amerikanska sjukhusen.

En dansk studie (2001) visade att 10 % av patienterna inskrivna på sjukhus hade drabbats av en skada som en direkt följd av vård och behandling under vårdtiden. Vetenskapliga studier som belyser omfattningen av medicinska risker och misstag är fåtaliga i Sverige. Bland de uppgifter som görs gällande finns att de vårdrelaterade infektionerna kostar samhället cirka 4 miljarder kronor/år och att läkemedelsrelaterade negativa effekter kan motsvara kostnader på 16 – 32 miljarder kronor årligen på riksnivå. Självfallet är dessa beräkningar synnerligen grova men pekar ändå på de ekonomiska effekterna av brister i säkerhetsarbetet.

I rapporten Avvikelsehantering och Patientsäkerhet (2006) menar Socialstyrelsen att ”Flera tusen dödsfall årligen kan delvis, i vissa fall helt, hänföras till att patientsäkerheten inte varit optimal liksom att flera tusen patienter får bestående men”.

Mest väsentligt är säkerhetsarbetet i ett patientperspektiv. Ingen patient önskar att bli skadad på grund av bristande system, rutiner, etc. i hälso-och sjukvården. I det moderna säkerhetsarbetet betonas de risker som förknippas med systemfel, dvs. brister i riktlinjer, rutiner, kommunikation, etc. Utvecklingen har gått från att i huvudsak identifiera enskilda misstag av behandlaren till att lägga betydligt större fokus på brister i system och rutiner. Den moderna metodiken vilar på risk- och händelseanalyser i en sammanhållen och väl genomtyckt säkerhetskultur, där en fungerande avvikelserapportering utgör en grund för riskanalys och förbättringsarbete.

I denna granskning har fokus lagts på det övergripande perspektivet med avseende på hur regionen utvecklar en säkerhetskultur, hur säkerhetsarbetet styrs och följs upp samt vilka utvecklingsåtgärder som vidtas.

4 Arbetet med medicinsk säkerhet i Region Skåne

4.1 Arbetet har påbörjats - mycket återstår

Arbetet med utveckling av patientsäkerheten i Region Skåne har under de senaste åren inte givits tillräckligt fokus och säkerhetsfrågorna har härmed inte fått den uppmärksamhet som ett generellt säkerhetstänkande kräver. Det framgår även av tidigare granskningar som gjorts av revisionen, bland annat i revisionsrapporten Granskning av patientsäkerheten i Region Skåne (2005-02-28) samt i den efterföljande uppföljningsrapporten (daterad 2006-01-25).

Denna rapport bekräftar i huvudsak denna historiska bild, samtidigt som det med kraft måste betonas att ett utvecklingsarbete påbörjats i vissa delar av Skåne, liksom på regional nivå. Ett antal aktiviteter har initierats, vilket framgår av den fortsatta rapporten.

Den fortsatta rapporten beskriver utvecklingen av säkerhetsarbetet på tre nivåer; regional nivå, distriktsnivå samt på sjukhusnivå.

4.2 Regional nivå

4.2.1 Gemensamma riktlinjer

I de huvuduppdrag till verksamheterna för år 2007 som i skrivande stund diskuteras, beskrivs att "Ökad patientsäkerhet är ett angeläget mål på såväl nationell som regional nivå". Hälso- och sjukvårdsledningen identifierar bl a följande utvecklingsområden och krav på verksamheterna för ökad patientsäkerhet:

- Förvaltningarna ska utbilda sin personal i patientsäkerhetsarbete som en fortsättning på den regionala utbildningsinsats som givits under hösten 2006.
- Ett arbete med att samordna befintliga avvikelshanteringssystem inom regionen har inletts. Arbetet syftar till att införa gemensamma standarder, regler/kriterier och rutiner för avvikelserapportering och kommer att pågå under 2007. Chefläkargruppen är styrgrupp.
- Förvaltningarna ska analysera alla Lex Maria-anmälningar och erfarenheterna ska föras tillbaka till berörda i syfte att söka efter systemfel och åtgärda dessa för att förbättra verksamheten.
- Alla förvaltningar ska göra riskanalyser av riskfyllda processer eller inför olika förändringar vidta riskreducerande åtgärder för ökad patientsäkerhet, vilket även innefattar effekter av väntetider.

- Förvaltningarna ska arbeta aktivt med läkemedelsområdet och delta i de aktiviteter som initieras av hälso- och sjukvårdsledningen.

För patientsäkerhetsarbetet hänvisas vidare till de riktlinjer som finns i den nationella handboken för risk- och händelseanalys och som härmed måste uppfattas vara tillämpliga i Region Skåne.

Däremot har det inte kunnat redovisas en samlad strategi för utvecklingen av säkerhetsarbetet på regional nivå. Tvärtom har en sådan efterlysts av några av de intervjuade.

4.2.2 Riktad utbildning

För att stärka kraften i säkerhetsarbetet har en utbildningsinsats genomförts under hösten 2006 där målgruppen varit chefläkarna. Chefläkarna är en nyckelgrupp i patientsäkerhetsarbetet, bland annat i sin roll som Lex Maria-ansvariga. Utbildningen har vilat på den kunskap som byggts upp centralt (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting) men också genom medverkan från ett av de landsting som arbetat mest aktivt med frågorna under senare år, Östergötlands läns landsting.

Metodikerna vilar bland annat på en strukturerad risk- och händelseanalys samt ett synsätt där risker, incidenter och händelser i första hand är system- och rutinrelaterade och inte förknippade med personliga misstag.

Chefläkarnas uppdrag är att efter utbildningen anordna utbildningar, seminarier etc. på hemmaplan för att sprida dessa kunskaper.

På detta sätt utbildar sjukhusledningen i Malmö dessutom en expertgrupp på 8 personer som skall kunna disponeras för risk- och händelseanalys av sjukhusets samtliga verksamhetsområden. Tanken med detta är att säkerställa både resurser och kvalitet i de utredningar som skall ske i verksamheten.

4.2.3 Gemensamt avvikelshanteringssystem

Systemet för avvikelshantering utgör basen för att rapportera incidenter och negativa händelser som är förknippade med patientsäkerheten. I nästan hela regionen används samma datoriserade system (MedControl), som dock inte har t.ex. en gemensam begreppsapparat.

Ett arbete pågår för att göra detta system till ett regiongemensamt system. Ett gemensamt system är en förutsättning för att kunna lära av varandra och inte minst för att kunna identifiera behov av utveckling av rutiner och system utanför den egna kliniken och sjukhuset. Enligt de flesta intervjuade finns de största säkerhetsriskerna i brister i kommunikation, vid överföring av patienter, i hanteringen av journalsystem och liknande frågor. De patientriskerna som är förknippade med dessa problem måste kunna fångas upp, analyseras och åtgärdas på olika nivåer. Detta arbete handlar härmed

ofta om förbättringar av struktur, system och rutiner. Ibland kan dessa ligga på övergripande nivå.

Ett avvikelshanteringssystem måste härmed kunna fånga upp rapporterna på olika nivåer, i varje fall på lokal nivå (verksamhet, sjukhus) och central nivå (region).

Enligt uppgift är ambitionen att detta arbete ska kunna vara klart för driftstart 2007.

4.2.4 Medicinteknisk säkerhet

Granskningen har inte lagt särskilt fokus på medicinteknisk säkerhet men intervjuerna tyder på att det finns ett tydligare och mer genomarbetat säkerhetstänkande i frågor som rör medicinteknisk säkerhet. Detta åskådliggörs bland annat genom uppbyggnad av central databas där man samlar in förekommande incidenter samt att ansvarsfördelningen förtydligats under 2005 genom en ny delegationsordning. Dessutom finns här funktioner på både lokal och central nivå som speciellt bevakar dessa säkerhetsfrågor.

Ett viktigt område utgörs av riskanalyser vid upphandling av medicinteknisk utrustning. I ljuset av att patienter och läkare rör sig mellan olika sjukhus i regionen ökar behovet av att basutrustningen och basrutinerna så långt möjligt är lika och standardiserade mellan olika vårdinrättningar. Detta är ett viktigt och fortsatt utvecklingsområde.

4.2.5 Brister i tydlighet på regional nivå

Granskningen visar att det finns brister i tydligheten i den regionala ansvarsfördelningen och en oklar struktur i frågor som rör patientsäkerhet.

Intervjuarbetet har visat att det inte kan anges någon central funktion som bär det samordnande ansvaret för regionens säkerhetsarbete vad gäller patientvården.

Hälso- och sjukvårdsledningens avdelning för verksamhetsutveckling har på ett förtjänstfullt sätt tagit initiativ till och driver utbildningen för chefläkarna i patientsäkerhet. Detta har sin upprinnelse i att avdelningen i sitt arbete sett att det finns ett behov av sådana särskilda satsningar. Dock är det betydligt mera tveksamt om avdelningen bär ett särskilt ansvar för dessa frågor.

På regionnivå finns dessutom en särskild chefläkarfunktion. I rollen ingår, förutom att biträda hälso-och sjukvårdsledningen, bland annat att samla och leda nätverket av chefläkare. Dessa möten beskrivs som mycket bra och meningsfulla. Man får här möjlighet att utbyta erfarenheter och diskutera gemensamma angelägenheter när det gäller den medicinska säkerheten. Man menar dock att gruppen som sådan skulle kunna utnyttjas ännu mer för,

både som bollblank för det egna arbetet, men framför allt som rådgivande i säkerhetsfrågor för regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Varje chefläkare har på sin nivå bland annat ett ansvar för att analysera och anmäla ärenden enligt Lex Maria. Enligt de uppgifter som framkommit i denna granskning har chefläkargruppen tidigare utarbetat ett skriftligt förslag för att få mandatet att på regionnivå ha ett samlat ansvar för frågor som rör patientsäkerhet. Detta ansvar/mandat har man dock ännu inte fått.

Många av de säkerhetsrisker som återstår att hantera för regionen är systemproblem på övergripande nivå som också kräver regiongemensamma ställningstaganden om riskerna skall kunna minimeras. Detta gäller t.ex de olika IT-stöd som har betydelse för patientsäkerheten och dess utveckling.

Sammantaget kan ingen av de intervjuade sålunda ange vilken funktion på övergripande nivå som ansvarar för frågor som rör patientsäkerhet och härmed det övergripande ansvaret för t.ex. regiongemensamma system/rutiner. I detta inkluderas även hur avvikelserapporter som rör struktur- och systemnivå hanteras. Patientsäkerhetsarbetet vilar på tydlighet, klarhet samt säkrade system och rutiner. Det är därför anmärkningsvärt att det finns en oklarhet kring vem/vilka som bär det samlade ansvaret för detta arbete på övergripande nivå.

4.3 Distriktsnivå

På distriktsnivå är frågan om medicinsk säkerhet inte direkt uppmärksammas som ett eget specifikt målområde, utan räknas mera in som en del i distriktens arbete med utveckling och uppföljning av sjukvårdens kvalitet.

Man beskriver inte att man har någon specifik roll i det som handlar om det övergripande ansvaret för att utveckla den medicinska säkerheten i Region Skånes sjukvård.

Det direkta ansvaret anser man ligger på sjukvårdens producenter och på den regionövergripande hälso- och sjukvårdsledningen. I övrigt beskrivs det som att kraven på medicinsk säkerhet rimligen bör vara samma i hela Region Skåne och därför måste utgå från regionövergripande nivå.

Distriktsnämnderna och deras kanslier blir naturligtvis involverade i de situationer när något fall eller någon oönskad händelse blir särskilt uppmärksammas. Men detta leder mest till ett reaktivt agerande och innebär inte att distriktsnivån står för att driva säkerhetsfrågorna framåt.

Det kan inte uteslutas att den oklarhet om ansvarfördelningen mellan centrala hälso- och sjukvårdsledningen och distriktsnämndernas kanslier som upplevts de senaste åren också bidragit till att distrikten lämnat över detta ansvar till regionövergripande nivå.

4.4 Sjukhusnivå

4.4.1 Chefläkarens ansvar och betydelse för säkerheten

Chefläkaren på sjukhusen har ett avgörande inflytande på hur patientsäkerhetsarbetet utvecklas på respektive sjukhus. Chefläkaren har det yttersta ansvaret för den medicinska säkerheten i respektive verksamhet. Alla allvarliga avvikelser eller skador på grund av vård eller behandling skall anmälas till chefläkaren.

I rollen som Lex Maria-ansvarig chefläkare har hon/han ansvar för att utreda och ta ställning till om allvarliga avvikelser skall anmälas till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Lagen föreskriver att vårdgivare skall 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.

Syftet är att genom en objektiv utredning lära av begångna misstag och därigenom på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. Det handlar alltså inte om att finna syndabocker och fälla den skyldige. Dessvärre upplever alla vi talat med att den fällande domen i det så kallade Kalmarmålet fört utvecklingen flera år tillbaka.

Men utöver detta är chefläkarens förutsättningar att verka för en hög patientsäkerhet beroende av uppdraget från respektive sjukhuschef. Detta kan se olika ut beroende på vilket sjukhus det handlar om. Tiden till förfogande för uppdraget, mandat och plattform i organisationen skiljer sig åt för chefläkarna vid sjukhusen.

De båda sjukhus som valdes ut att studeras närmare kan nog betraktas som två bra exempel som tydliggör just denna spännvidd samt skillnaderna mellan det stora sjukhuset och det lilla sjukhuset.

På UMAS finns flera chefläkare med olika uppgifter varav en chefläkare som fått särskilt ansvar för just patientsäkerhet och läkemedel och arbetar på heltid med dessa uppgifter. Chefläkaren räknas till sjukhusets strategiska ledning och ingår också i sjukhusets ledningsgrupp.

I Ängelholm är chefläkarens uppgifter begränsade till det formella Lex Maria-ansvaret. Hon arbetar till allra största delen kliniskt och är då verksam både i Helsingborg och i Ängelholm. Tiden avsatt för chefläkaruppgiften i Ängelholm uppgår till ca 30 %. Chefläkaren ingår alltså inte i den direkta sjukhusledningen eller i sjukhusets ledningsgrupp och har inga andra ledningsuppgifter vid sidan om uppdraget som Lex Maria -ansvarig chefläkare.

Båda chefläkarna upplever ett starkt stöd från sin sjukhuschef för det uppdrag de har och för arbetet med att utveckla den medicinska säkerheten. Båda lägger också stort engagemang i sitt arbete och bidrar i hög grad till att just förbättra patientsäkerheten på det egna sjukhuset.

Men förutsättningarna skiljer sig väsentligt åt och därmed blir också arbetssättet ganska olika. Här spelar naturligtvis även sjukhusets storlek in. På det stora sjukhuset krävs mer av struktur och systematik i arbetet för att överhuvudtaget nå resultat, medan arbetssättet på det mindre sjukhuset präglas av småskalighetens möjlighet till överblick och nära kommunikation med medarbetarna på de olika avdelningarna.

4.4.2 Ett bra exempel

Båda de sjukhus vi studerat närmare kan enligt vår bedömning ses som goda exempel på olika arbetssätt för att bidra till utveckling av den medicinska säkerheten. Men vi vill särskilt lyfta fram exemplen från Malmö vars struktur och systematik i tillvägagångssättet med framgång skulle kunna tillämpas även på andra sjukhus.

Patientsäkerheten finns med som ett av sjukhusets strategiska målområden tillsammans med medicinska resultat, tillgänglighet, patienttillfredsställelse och hälsofrämjande insatser. För målområdet finns följande sex strategiska och sjukhusgemensamma mål för patientsäkerheten angivna.:

- Antalet vårdrelaterade infektioner skall minska med 20 %
- Antalet trycksador skall minska med 30 %
- Alla fallskador skall registreras i MedControl
- Registerringen av avvikelser ska öka
- Öka säkerheten i läkemedelshanteringen
- Vårdplatserna skall dimensioneras så att vård utanför moderklinken av platskäl, elimineras.

Att patientsäkerheten är ett strategiskt målområde innebär också krav på samtliga verksamhetsområden att under år 2006 ta fram en dokumenterad handlingsplan för hur patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas. Denna skall minst omfatta:

- Avvikelseregistrering.
- Regelbundna möten där utredda avvikelser återförs till medarbetarna.
- Patientsäkerhetsansvarig läkare och kvalitetssamordnare skall utses inom varje verksamhetsområde.

- En plan för hur de övergripande och gemensamma målen i verksamhetsplanen skall kunna uppnås.

Verksamhetsområdena får själva avgöra och välja ut vilket/vilka av målen som är mest relevant att fokusera på i den egna verksamheten. Kopplat till detta ställs också krav på uppföljning och redovisning av de resultat som uppnås.

UMAS uppvisar utöver detta en hög aktivitet när det gäller olika insatser för att påverka medarbetarna och öka medvetenheten om olika risker och betydelsen av att ändra vissa invanda beteenden för att förbättra säkerheten.

Ett exempel på detta är den teaterföreställning om DR Semmelweiss som setts av ett stort antal av medarbetarna vid UMAS. I spåren av detta är informationsbroschyren ”Ren vård på UMAS” som tryckts och spridits i 10000 exemplar en följdriktig satsning.

5. Enkät till regionens sjukhus

En del i granskningen har varit en enkät till regionens samtliga sjukhus. Enkäten har riktat sig till samtliga chefläkare samt verksamhetschefer och ett slumpmässigt urval av läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområden akutmottagning, invärtesmedicin och ortopedi.

Enkäten har genomförts som en webbaserad enkät. Totalt har 104 mail sänts ut med länk till den aktuella enkäten på webben. Svarsfrekvensen blev så hög som 90 %, vilket tyder på ett stort engagemang för de frågor som rör just den medicinska säkerheten.

De frågor som ställts i enkäten avser just arbetet med att förbättra den medicinska säkerheten eller patientsäkerheten och är i stor utsträckning baserade på de synpunkter och kritiska områden som identifierats i de enskilda intervjuer och gruppintervjuer som genomförts. Därutöver har även det frågeformulär som tidigare använts av Socialstyrelsen i dess Nationella verksamhetstillsyn om avvikelshantering och patientsäkerhet varit utgångspunkt för vår enkätundersökning.

I det följande redovisar vi de mest intressanta iakttagelserna från den genomförda enkäten. Resultaten i sin helhet redovisas i bilaga 1.

Handlingsplaner finns men är inte tillräckligt kända!




Av alla som svarat på enkäten uppger 44 % att man har en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet i den egna verksamheten.

Har ni en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet inom er verksamhet?			
Ja	41	44 %	
Nej	25	27 %	
Vet ej	27	29 %	
Totalt:	93	100%	

Här ser vi stora skillnader mellan hur olika kategorier svarat. Samtliga chefläkare och 58 % av verksamhetscheferna svarar på ja på frågan om man har en handlingsplan, medan endast 29 % av läkarna och 35 % av sjuksköterskorna svarar ja på samma fråga. 46 % av läkarna och 35 % av sjuksköterskorna svarar att man inte vet.

Uppenbarligen finns handlingsplaner på samtliga sjukhus men många av medarbetarna på sjukhusen känner inte till dessa. Här finns helt klart en klar förbättringspotential att kommunicera de planer som finns på ett än bättre sätt än hittills.

Det behövs konkreta och mätbara mål för patientsäkerheten!

Har ni konkreta och mätbara mål för patientsäkerheten inom er verksamhet? - - Med "er verksamhet" avses din klinik eller om du är chefläkare sjukhuset som helhet.			
Ja	31	33 %	
Nej	35	37 %	
Vet ej	28	30 %	
Totalt:	94	100%	

En tredjedel anser att man har konkreta och mätbara mål för patientsäkerheten i den egna verksamheten. Här är skillnaderna inte särskilt stora mellan olika kategorier. 40 % av chefläkarna uppger att man har sådana mål. Andelen läkare och sjuksköterskor som svarar ja på samma fråga är något mindre. Den stora skillnaden är att många i dessa kategorier svarar att man inte vet vilka mål som finns för patientsäkerheten.

Svaren visar att flera verksamheter har handlingsplaner för patientsäkerheten men att dessa saknar konkreta mätbara mål.

Vad är en avvikelse?

Alla som svarat på enkäten känner till att man har ett system för avvikelshantering. Nästan alla uppger också att man har en särskild person med ansvar för sammanställning och analys av rapporterade avvikelser.

Men bara lite mer än hälften anger att man har definierat vad som skall betraktas som en avvikelse!

Har ni definierat vad som betraktas som avvikelse (negativ händelse, incident och tillbud) inom er verksamhet?			
Ja	52	56 %	
Nej	22	24 %	
Vet ej	19	20 %	
Totalt:	93	100%	





Alla chefläkare uppger att man har definierat vad som är en avvikelse, men endast 38 % av sjuksköterskorna och 58% av läkarna svarar ja på samma fråga. Ungefär en tredjedel av dessa kategorier svarar, vet inte, på denna fråga.

Uppenbarligen finns tydliga definitioner på sjukhusnivå, men dessa är inte tillräckligt kända bland dem som skall stå för rapporteringen av avvikelserna.

För få avvikelser rapporteras fortfarande

55 % anser att antalet rapporterade avvikelser är för litet i relation till antalet incidenser. Här ser vi dock en påtaglig skillnad mellan hur olika kategorier svarar. Hela 80 % av chefläkarna anser att antalet rapporter är för litet medan endast 33 % av läkarna anser detsamma. Bland sjuksköterskorna är det 62 % som anser att avvikelserapporteringen är otillräcklig.

Flertalet anser dock att klagomål från patienter, närstående och personal tas tillvara på ett bra sätt i avvikelshantering. 60 % svarar, ja oftast, medan 36 % svarar, ja i någon mån.

Hur anser du att antalet rapporterade avvikelser står i relation till antalet incidenter/ avvikelser?			
För litet	51	55 %	
Rimligt	30	32 %	
För stort	4	4 %	
Vet ej	8	9 %	
Totalt:	93	100%	

Avvikelse- rapporteringen leder till förändringar!





Mer än två tredjedelar upplever att man arbetar med förebyggande patientsäkerhetsarbete inom den egna verksamheten och att avvikelserapporteringen lett till förändringar av arbetssätt eller rutiner i den egna verksamheten.

Har avvikelserapporteringen lett till att ni gjort förändringar av arbetssätt eller rutiner det senaste året i avsikt att förbättra patientsäkerheten?			
Ja	66	71 %	
Nej	8	9 %	
Vet ej	19	20 %	
Totalt:	93	100%	

Ställer vi samma fråga om förändringar på sjukhusnivå minskar antalet som känner till att avvikelserapporteringen lett till förändringar. När vi sedan frågar samma sak om förändringar på regionnivå svarar endast 17% ja, medan de allra flesta svarar att man inte vet.

Återkopplingen från avvikelserapporteringen kan förbättras!

57 % anser att återkoppling till berörda enheter och personer sker oftast, medan 31 % svarar någon gång.

Sker återföring/feedback av erfarenheter från avvikelshantering till berörda enheter och personer?			
Ja oftast	53	57 %	
Ja någon gång	29	31 %	
Nej aldrig	2	2 %	
Vet ej	9	10 %	
Totalt:	93	100%	

Mest positiva är verksamhetscheferna där hela 84 % svarar ja, oftast. Mest kritiska är sjuksköterskorna där endast 43 % ger detta svar.

Återkopplingen av erfarenheter från avvikelshantering till dem som arbetar i den direkta patientkontakten kan uppenbarligen bli bättre!

Rutiner och tillämpningen av dessa är ett utvecklingsområde

Endast 15 % anser att de rutiner som finns i den egna verksamheten är helt tillräckliga för en trygg patientsäkerhet. 63 % anser att rutinerna är delvis tillräckliga medan 19 % anser att rutinerna inte alls är tillräckliga.

Anser du att det i er verksamhet finns rutiner som är tillräckliga för en trygg patientsäkerhet?			
Ja helt tillräckliga	14	15 %	
Ja delvis tillräckliga	59	63 %	
Nej inte alls tillräckliga	18	19 %	
Vet ej	2	2 %	
Totalt:	93	100%	

Mest positiva är läkargruppen där 25 % anser att befintliga rutiner är helt tillräckliga. Skillnaderna mellan olika kategorier blir dock ännu tydligare när vi frågar om tillämpningen av befintliga rutiner.

I vilken utsträckning upplever du att befintliga rutiner och riktlinjer för patientsäkerheten tillämpas?			
I full utsträckning	23	25 %	
I viss utsträckning	69	74 %	
Inte alls	1	1 %	
Totalt:	93	100%	

Alla chefläkare är medvetna om begränsningarna och svarar följdriktigt ”i viss utsträckning” medan 42 % av läkarna anser att befintliga rutiner och riktlinjer tillämpas fullt ut. Av sjuksköterskor och verksamhetschefer svarar ungefär en fjärdedel av rutinerna tillämpas fullt ut.

Här finns uppenbarligen helt olika uppfattningar om verkligheten. Läkarna är mest nöjda både med de rutiner som finns och med hur dessa tillämpas.

Att kartlägga både behovet av rutiner och tillämpningen av redan befintliga rutiner förefaller alltså vara ett viktigt utvecklingsområde i det fortsatta arbetet med att utveckla den medicinska säkerheten.

Utbildning i patientsäkerhet påbörjad – Men mer behövs!

Var tredje medarbetare som svarat på enkäten har deltagit i någon utbildning med inriktning mot patientsäkerhet det senaste året.

Har du deltagit i någon utbildning med inriktning mot patientsäkerhet under det senaste året?			
Ja	30	32 %	
Nej	63	68 %	
Totalt:	93	100%	

Samtliga chefläkare har deltagit i sådan utbildning, medan endast 17 % av läkarna och 22 % av sjuksköterskorna svarar ja på denna fråga.

Resultatet måste nog betraktas som en positiv signal om att utbildningsaktiviteterna påbörjats, men visar också att en stor del av arbetet ligger framför.

Möjlighet att påverka

Den absoluta majoriteten av de som svarat på enkäten anser att de har möjlighet att påverka arbetet med utveckling av patientsäkerheten.

Upplever du att du kan påverka arbetet med utveckling av patientsäkerheten?			
Ja i stor utsträckning	30	32 %	
Ja i viss utsträckning	56	60 %	
Nej inte alls	7	8 %	
Totalt:	93	100%	
Genomsnitt:	1,75		

En tredjedel svarar att man kan påverka arbetet i stor utsträckning medan nära två tredjedelar upplever att man kan påverka i viss utsträckning.

Här är läkargruppen de som minst upplever sin påverkansmöjlighet som stor. Endast 17 % anger detta svarsalternativ, medan chefläkarna som väntat ger detta svar till 100 %.

Patientsäkerheten är viktigare idag än tidigare!









Upplever du att ni lägger större vikt vid patientsäkerheten idag än för ett år sedan?			
Ja betydligt större vikt	18	19 %	
Ja i någon mån	39	42 %	
Nej ingen skillnad	29	31 %	
Nej mindre vikt	1	1 %	
Vet ej	6	6 %	
Totalt:	93	100%	
Genomsnitt:	2,33		

61 % av de som svarat på enkäten upplever att man lägger större vikt vid patientsäkerheten idag än för ett år sedan. Övriga upplever ingen skillnad i detta avseende.

Mest positiva är chefläkarna där hela 70 % svarar ”betydligt större vikt” och övriga ”i någon mån”. De andra kategorierna är inte riktigt lika övertygade. Drygt en tredjedel av verksamhetschefer, läkare och sjuksköterskor anger ”ingen skillnad”.

Men indikationen om riktningen är ändå tydlig. De flesta upplever att det läggs större vikt vid patientsäkerheten idag än för ett år sedan.

Bristande kommunikation den största risken för patientsäkerheten!

Vilken eller vilka anser du vara de största riskerna för patientsäkerheten inom er verksamhet? Ange 1 till 3 svarsalternativ.			
Journalhantering	34	15 %	
Överföring av patienter (inkl remissrutiner)	40	18 %	
Läkemedelsanvändning	34	15 %	
Bristande vådrutiner	17	7 %	
Bristande kommunikation	53	23 %	
Bristande resurser	30	13 %	
Bristande kompetens	12	5 %	
Annat	8	4 %	
Totalt:	93		

De områden som den största andelen vill lyfta fram som de största riskerna för patientsäkerheten handlar alla på något sätt om kommunikation och är av den karaktären att de är gränsöverskridande och involverar hela sjukvården. Mer än hälften, 53 av 93, anger bristande kommunikation som en av de största riskområdena. Men även journalhantering och överföring av patienter, inklusive remissrutiner handlar till stor del om kommunikation.

Det kan också noteras att dessa riskområden är sådana som till stor del kräver åtgärder på övergripande nivå och därmed ligger utanför de enskilda verksamheternas egna möjligheter att möta helt och hållet på egen hand.

Även om rutinerna bedömts vara otillräckliga i en av de tidigare frågorna anser här de flesta att riskerna förknippande med detta är mindre än med den bristande kommunikationen.

Även läkemedelsanvändningen är ett viktigt riskområde. Samtliga chefläkare anser att detta är ett av de största tre riskområdena medan endast 5 % av läkarna i övrigt anser detsamma.

6. Diskussion och slutsatser

Granskningen visar ett påtagligt behov av att klargöra den regionövergripande nivåns ansvar för medicinsk säkerhet, bl.a. i form av gemensamma riktlinjer, strategiska och övergripande utvecklingsinsatser liksom analys och åtgärder på regiongemensam struktur- och systemnivå. I detta inkluderas en mera tydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvårdsledningen. En av flera viktiga uppgifter omfattar att säkra kommunikationen mellan olika vårdgivare i samband med överföring av patient och patientinformation. Detta inkluderar utveckling och uppföljning av övergripande system och rutiner för att säkra en kvalitativ och trygg vård.

Implementeringen av ett gemensamt system för avvikelshantering innebär att varje nivå i organisationen ska ta hand om de åtgärder som kan genomföras på egna nivå. Likt i en upp- och nedvänd tratt kvarstår till slut de avvikelser som hamnar på regionövergripande nivå. Här finns behov av en funktion som tar emot, analyserar och ger förslag till gemensamma åtgärder och riktlinjer inom regionens hälso- och sjukvård. Med ett modernt perspektiv blir utvecklingen av patientsäkerhet härmed en evigt lärande process som är integrerad i allt arbete. Eftersom medicinsk säkerhet handlar om en säker, trygg och kvalitativ patientvård förutsätts även ett stort intresse från de förtroendevalda, inte minst inom hälso- och sjukvårdsnämnden.

Även om lovvärda initiativ tagits för t.ex. en gemensam utbildning för chefläkarna är detta bara starten för fortsatt utveckling. Detsamma gäller för det ”pionjärarbete” som gjort inom det medicinsk-tekniska området.

Granskningen konstaterar att distriktsnivån inte speglar någon aktiv roll i arbetet med patientsäkerhet. T.ex. upplever inte de medicinska rådgivarna att de har någon uttalad roll i detta arbete. Under förutsättning att vårdgivare och central nivå tar fullt ansvar för utvecklingen av det medicinska ansvaret skulle distriktsnivån kunna ha en mera begränsad roll. Dock borde säkerhetsarbetet följas ur ett patient- och medborgarperspektiv.

Utvecklingen av säkerhetsarbetet har sin tyngd i den lokala nivån, i denna granskning alltså på sjukhusnivå. Granskningen visar att det finns olika förutsättningar för att utöva säkerhetsarbetet mellan sjukhusen. Stora sjukhus förefaller ha varit mera motiverade att skapa bättre förutsättningar än mindre.

Vidare framgår att chefläkarna har en mycket viktig funktion i säkerhetsarbetet. Det kan finnas behov av att se över så att det finns vissa gemensamma förutsättningar och riktlinjer samt stöd för chefläkarna i denna uppgift. I detta inkluderas att klargöra vilken roll nätverket för chefläkare skall spela i utvecklingen och uppföljningen av det övergripande säkerhetsarbetet.

Den genomförda enkäten visar på utvecklingsbehov av följande inom många verksamhetsområden:

- handlingsplaner finns, men måste göras mer kända bland medarbetarna,
- utveckla konkreta och mätbara mål för patientsäkerheten,
- konkretisera bättre vad som är en avvikelse och vad som ska rapporteras,
- fortsätt utveckla, standardisera och förankra hälso-och sjukvårdens rutiner samt följ upp bättre så att de efterlevs,
- initiativen till ökad utbildning i patientsäkerhet är lovvärda och måste fullföljas för att få spridning i regionen,
- säkerställ att riskanalyser görs inför större förändringar.

Ett särskilt observandum är att göra läkare medvetna om vilka krav som ställs på patientsäkerhet, samt på behovet av kontinuerlig utveckling av den medicinska säkerheten.

Granskningen visar att det finns goda exempel där utvecklingsarbetet kommit en bra bit på vägen. Av de sjukhus som omfattas av denna granskning utgör UMAS ett bra exempel.

Utveckling av patientsäkerheten blir härmed ett viktigt område för revisorernas fortsatta granskning. Bland sådana insatser föreslås att en förnyad enkät, med större spridning, genomförs som en uppföljning av den nu genomförda enkäten inom ett å två år. Vidare har primärvården inte ingått i denna granskning av den medicinska säkerheten och bör utgöra ett intressant fortsatt granskningsområde.