BDO Nordic Consulting Group AB

KVALITETSARBETE OCH KUNSKAPSÅTERFÖRING

Granskning av hälso- och sjukvården i Värmland

Rapport 2008-12-18

FÖRORD

BDO Nordic Consulting Group överlämnar härmed rapport över genomförd granskning av kvalitetsarbete och kunskapsåterföring inom hälso- och sjukvården i Landstinget i Värmland.

Vi vill tacka alla som ställt sin tid till förfogande och medverkat på ett positivt och engagerat sätt i granskningen. Vi hoppas att rapporten ska bidra till en fortsatt utveckling av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i Landstinget i Värmland.

Bo Anderson
Senior Partner
Certifierad kommunal revisor

Maria Löfgren
Senior Consultant
Certifierad kommunal revisor

SAMMANFATTNING

BDO Nordic Consulting Group har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland granskat kvalitetsarbete och kunskapsåterföring inom hälso- och sjukvården. I granskningen har ingått dokumentstudier, femton intervjuer på landstingsledningsoch verksamhetschefsnivå samt en enkätundersökning till sexton verksamhetschefer.

Regelverket
De grundläggande kraven på kvalitet finns i *hälso- och sjukvårdslagen* och preciseras i Socialstyrelsens *föreskrift* ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005:12) med tillhörande *vägledning* ”God vård”. Sammantaget utgör detta grunden för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och utgångspunkten för denna granskning.

Enligt lag och föreskrifter ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på en *god vård*. Socialstyrelsen har identifierat sex olika kvalitetsområden som viktiga förutsättningar för god vård: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, Säker vård, Patientfokuserad vård, Jämlik vård, Effektiv vård samt Vård i rimlig tid. Vidare framhålls att det mest grundläggande kvalitetskravet är att vården är *säker* och att patienter inte utsätts för risker och händelser, som hade gått att förhindra genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

Enligt Socialstyrelsens vägledning innebär kraven på *ledningssystem* i SOSFS 2005:12 att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och omvärld.

I SOSFS 2005:12 beskrivs tre *ansvarsnivåer* – vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. I vare sig lag, föreskrift eller vägledning framgår dock hur ledningssystemet ska vara organiserat i praktiken. Det bestämmer varje sjukvårdshuvudman själv.

Granskningens inriktning
BDOs granskning har främst inriktats på landstingets former för det *systematiska kvalitetsarbetet*, dvs. landstingets ledningsstruktur, processer och arbetsformer för att säkerställa en hög *kvalitet* och *patientsäkerhet* i vården. I föreskriften och vägledningen finns definitioner av dessa begrepp, men inte någon helt klar tillämpning. I denna rapport används begreppen kvalitet och patientsäkerhet parallellt, eftersom dessa begrepp hänger nära ihop.

Kostnader för vårdskador
Enligt både nationella och internationella undersökningar är kostnaderna för vårdskador betydande. Enligt Socialstyrelsens vårdskademätning (publicerad i juni 2008) skadades 8,6 % av patienterna i den slutna somatiska vården. Om resultaten i vårdskademätningen extrapoleras till alla vårdtillfällen på sjukhus motsvarar de enligt Socialstyrelsen nästan 10 % av alla vårddygn under ett år. För Värmlands del innebär det kostnader i storleksordningen drygt 100 mnkr per år.[1] Därtill kommer självklart allt mänskligt lidande. En satsning på ett

[1] Beräkningen utgår från antalet ”konsumerade vårdtillfällen” år 2007 (SKL-statistik) inom den somatiska slutenvården i Värmland samt en genomsnittlig vårddygnskostnad på 4 500 kr

systematiskt och uthålligt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är därmed en god investering på både kort och lång sikt.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på vårdgivarnivå i Landstinget i Värmland
Landstinget har under senare år arbetat på olika sätt för att utveckla och stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården. Landstingsfullmäktige har fattat ett antal beslut och landstingsstyrelsen vidtagit en rad åtgärder. Hit hör:

- Beslut om styrdokument – ”Riktlinjer och råd för avvikelsehantering” och ”Strategi för patientsäkerhet”
- Utveckling av metodik för risk- och händelseanalys
- Utbildning av analysledare
- Införande av IT-stöd för avvikelsehantering – Aha-systemet
- Medverkan i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet”
- Utveckling av strategiska mål och framgångsfaktorer i styrkortet med bäring på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Granskningen visar att det finns särskilda resurser för utvecklingsstöd och även gruppe-ringar som ger kontakytor mot verksamhetsnivån. Förutsättningar finns således för att driva ett aktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Arbete pågår också för att ”formera styrkorna” på ett mer effektivt sätt.

BDOs generella intryck är att det finns en stor medvetenhet hos landstingsledningen om vikten av ett sytematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Granskningen visar emellertid att den övergripande ledningsstrukturen behöver tydliggöras och utvecklas, samt att instrumenten för styrning och uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet kan ”vässas”. I det sammanhanget bör behovet av en chefläkarfunktion och/eller en särskild funktion/enhet för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor prövas.

På den politiska nivån finns anledning att överväga hur formerna för den politiska styrningen och uppföljningen kan utvecklas. Enligt BDOs bedömning skulle ett särskilt utskott under landstingsstyrelsen innebära en betydelsefull fokusering på kvalitets- och säkerhetsfrågorna och ge signaler till verksamheten om vikten av ett systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete. En regelbundet återkommande punkt på dagordningen i både landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen skulle också innebära en tydlig markering av kvalitets- och patientsäkerhetsfrågornas betydelse.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det systematiska kvalitetsarbetet på vårdgivarnivå har kommit en bit på väg, men att det finns olika förbättringsmöjligheter. Det handlar om:

- Tydligare former för den politiska styrningen och uppföljningen, t.ex. genom ett särskilt utskott under landstingsstyrelsen
- Bättre återföring till den politiska nivån, t.ex. genom en regelbundet återkommande punkt på dagordningen om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Tydligare övergripande ledningsstruktur på tjänstemannanivån – formellt och i praktiken
- Inrättande av en chefläkarfunktion och/eller en särskild enhet/funktion för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, som en länk mellan professionen och tjänstemannaledningen

- Effektivare organisering och tydligare uppdrag för verksamhetsutvecklare och analysledare samt utveckling av formerna för en aktiv medverkan från verksamheterna
- Fortsatt utveckling av mål och framgångsfaktorer med bäring på god vård och ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Användning av mer konkreta process- och resultatmått i den övergripande uppföljningen och utvärderingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Regelbundna kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger med verksamheten
- Mer systematisk användning av uppföljningsresultat som underlag för utvecklings- och konkret förbättringsarbete
- Realistiska förutsättningar för verksamhetscheferna att prioritera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Systematisk information och utbildning om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete till nyckelgrupper, särskilt verksamhetschefer och läkare
- Fortsatt stöd till införandet av IT-systemet Aha samt en öppen analys och redovisning av statistik från Aha
- Mer effektiv användning av intranätet och externwebben som redskap för att sprida information och förbättringskunskap.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå
Det generella intrycket av intervjuer och enkätsvar är att verksamhetscheferna är väl medvetna om sitt ansvar och tar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på stort allvar. Brist på tid gör dock att verksamhetscheferna ofta tvingas till prioriteringar där kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och utveckling av vården får stå tillbaka för kraven på en hög sjukvårdsproduktion och en ekonomi i balans. Verksamhetscheferna verkar däremot inte alltid vara helt medvetna om kostnaderna för kvalitetsbrister och vårdskador, och inte heller inse att ett systematiskt kvalitetsarbete ger vinster både i det korta och det långa perspektivet.

Det pågår ändå ett aktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på verksamhetsnivå, även om spannet är ganska stort och ”mognaden” olika. En del verksamheter har kommit relativt långt, medan det inom andra verksamheter behövs betydande insatser för att utveckla ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Generella förbättringsområden är:

- Utveckling av verksamhetsområdets ledningsstruktur med konkreta process- och resultatmål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt dokumenterade handlingsplaner, rutiner, instruktioner etc. på varje enhet
- Jämnare fördelning av resurserna för tillgängligt utvecklingsstöd, dvs. verksamhetsutvecklare och analysledare
- Konsekvent rapportering till relevanta kvalitetsregister och systematisk användning av kvalitetsregister för analys och jämförelser för att få ett lärandestyrt förbättringsarbete
- Händelseanalyser vid alla allvarliga händelser (Lex Maria-ärenden).
- Riskanalyser för att identifiera risker vid införande av nya processer, tekniker, metoder, organisationsförändringar etc.
- Aktiv avvikelsehantering inklusive en kontinuerlig uppföljning av rapporterade avvikelser och vidtagna åtgärder samt en metodisk återföring av information och förbättringskunskap till medarbetarna
- Utveckling av en väl fungerande egenkontroll.

Avslutningsvis finns anledning att påminna om att som alltid är de avgörande framgångsfaktorerna – ledningens engagemang och verksamhetens aktiva medverkan.

Efter genomförd granskning är det BDOs samlade bedömning att landstingsstyrelsen tar sitt ansvar på ett tillfredsställande sätt för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i vården, även om betydligt mer kan göras för att säkerställa ett systematiskt, uthålligt och framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i Landstinget i Värmland.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING 1

2 UPPDRAG OCH AVGRÄNSNINGAR 2

3 METOD 2

4 REGELVERK OCH RIKTLINJER 3

5 LANDSTINGETS KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE 4

5.1 KRAV PÅ LEDNINGSSYSTEM 4

5.2 LEDNINGSSTRUKTUR PÅ VÅRDGIVARNIVÅ 5

Organisation 5

Ansvarsfördelning 7

Vårdgivarens ledningsstruktur enligt landstingets svar till Socialstyrelsen 8

BDOs kommentarer 11

5.3 STYRNING OCH UPPFÖLJNING PÅ VÅRDGIVARNIVÅ 13

Landstingsplan och balanserat styrkort 2008 14

Divisionsplaner och verksamhetsplaner 16

Helårsrapport och bokslut 2007 16

Tertialrapporter under 2008 17

Uppföljning på divisions- och verksamhetsnivå 18

Övrig rapportering till den politiska ledningen 18

Användningen av intranät och externwebb för information om patientsäkerhet 18

BDOs kommentarer 19

5.4 KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETET PÅ VÅRDGIVARNIVÅ 21

Strategi för patientsäkerhet 21

Riktlinjer och råd för avvikelsehantering 22

IT-stöd för avvikelsehantering 22

Utveckling av metodik för risk- och händelseanalys 23

Nationell satsning och öppna jämförelser 23

Antal anmälningar i Landstinget i Värmland 24

BDOs kommentarer 26

5.5 KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETET PÅ VERKSAMHETSNIVÅ 27

Verksamhetschefernas syn på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet 28

BDOs kommentarer 30

6 SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER 32

Bilagor

1. Dokument, intervjuer och enkätmedverkan
2. Regelverk och definitioner
3. Mål på övergripande nivå som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
4. Mål på divisionsnivå som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
5. Sammanfattning av enkätsvar om kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

1 Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005: 12) ska ledningen för hälso- och sjukvården vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. I regelverket betonas att patientsäkerheten är central i en hälso- och sjukvård av god kvalitet och en viktig grundsten i allt kvalitetsarbete.

För att leda en komplex verksamhet som hälso- och sjukvård behövs klara regler, rutiner och ansvarsfördelning på alla nivåer. Ett antal författningar ställer därför krav på att vårdgivarna ska bedriva ett systematiskt, fortlöpande och dokumenterat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Rapportering och analys av allvarliga skador, risker och andra avvikelser ingår som en central del i detta.

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska vara långsiktigt, patientorienterat och präglat av ett förebyggande syn- och arbetssätt. Det ska kännetecknas av ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. Varje patient ska kunna känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Varje medarbetare ska kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges.

Som en del av sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har landstingsfullmäktige i Värmland fastställt dokumentet ”Strategi för patientsäkerhet”[2]. I strategin framhålls att landstingets främsta uppgift är att bedriva hälso- och sjukvård så att den uppfyller kraven på god vård. Socialstyrelsen har identifierat sex olika kvalitetsområden som viktiga förutsättningar för god vård. De sex områdena är:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- Säker vård
- Patientfokuserad vård
- Jämlik vård
- Effektiv vård
- Vård i rimlig tid.

Internationella studier visar att vårdskador uppkommer vid närmare var tionde vårdtillfälle inom den somatiska slutenvården och att hälften av dessa skulle ha kunnat undvikas. Både nationella och internationella undersökningar visar att kostnaderna för dessa vårdskador är betydande. I landstingets ”Strategi för patientsäkerhet” framhålls att ett hundratal patienter skadas i Värmland varje år. I strategin framhålls att försäkringskostnaderna för dessa patienter är höga och att vårdskadorna även medför kostnader för fler vårdtillfällen, förlängda vårdtider, omoperationer och fler besök.

Enligt Socialstyrelsens vårdskademätning (publicerad i juni 2008) skadades 8,6 % av patienterna i den slutna somatiska vården. Om resultaten i vårdskademätningen extrapoleras till alla vårdtillfällen på sjukhus motsvarar de enligt Socialstyrelsen nästan 10 % av alla vårddygn under ett år. För Värmlands del innebär det kostnader i storleksordningen drygt 100 mnkr per år.[3] Därtill kommer självklart allt mänskligt lidande.

[2] Bilaga 6 till Landstingplan 2008 - 2011, reviderad 2008-09-19
[3] Beräkningen utgår från antalet ”konsumerade vårdtillfällen” år 2007 (SKL-statistik) inom den somatiska slutenvården i Värmland samt en genomsnittlig vårddygnskostnad på 4 500 kr

2 Uppdrag och avgränsningar

Ett *systematiskt kvalitetsarbete* – dvs. en ändamålsenlig och effektiv organisering, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet – är en grundläggande förutsättning för god kvalitet och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Landstingsstyrelsen är ytterst ansvarig för detta arbete.

Mot bakgrund av kvalitetsfrågornas stora betydelse sett både ur medborgarperspektivet och ur utvecklings- och förnyelseperspektivet, har de förtroendevalda revisorerna i Landstinget i Värmland beslutat att granska hur landstinget arbetar med kvalitetsutveckling och hur kvalitetsarbetet återförs till beslutande organ och till verksamheterna.

Det övergripande syftet med granskningen är att beskriva och analysera kvalitetsarbetet utifrån gällande författningskrav – främst Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

BDO Nordic Consulting Group AB (BDO) har av denna anledning fått revisorernas uppdrag att:

- beskriva och analysera landstingsstyrelsens beslut med anledning av författningskraven
- beskriva på viket sätt kvalitetssystemen och kvalitetsarbetet återkopplas till beslutande organ i syfte att öka kunskapen om kvaliteten i vården
- beskriva på vilket sätt kvalitetssystemen och resultatet av kvalitetsarbetet implementeras i verksamheten i syfte att utveckla kvaliteten i vården, samt att
- bedöma om landstingsstyrelsen på ett tillfredsställande sätt tagit sitt ansvar för att säkerställa och utveckla kvaliteten i vården.

BDOs granskning har främst inriktats på landstingets former för det *systematiska kvalitetsarbetet*, dvs. landstingets ledningsstruktur, processer och arbetsformer för att säkerställa en hög *kvalitet* och *patientsäkerhet* i vården. I föreskriften och vägledningen finns definitioner av dessa begrepp (se bilaga 2), men inte någon helt klar tillämpning. I denna rapport används begreppen kvalitet och patientsäkerhet parallellt, eftersom dessa begrepp hänger nära ihop.

Granskningsansvariga inom BDO har varit Bo Anderson och Maria Löfgren.

3 Metod

Kvalitet kan granskas med inriktning på vad som faktiskt uträttas – dvs. den *faktiska kvaliteten i verksamheten*, eller med inriktning på de arbetsformer och processer som används för att säkerställa en god kvalitet i verksamheten – dvs. det *systematiska kvalitetsarbetet*. Socialstyrelsens författning 2005:12 med tillhörande vägledning ”God vård” har till huvudsakligt syfte att skapa sådana arbetsformer och processer i vården som kontinuerligt och långsiktigt utvecklar och säkerställer en hög kvalitet, patientsäkerhet och kostnadseffektivitet.

Mot bakgrund av revisorernas uppdrag har BDOs granskning främst inriktats mot *formerna för det systematiska kvalitetsarbetet* inom hälso- och sjukvården, samt mot landstingsstyrelsens arbete för att säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och direktiv. Granskningen har således haft fokus på vårdgivar-

nivån, och handlat mer om regler och processer och mindre om resultat och effekter. Granskningen har begränsats till hälso- och sjukvården i egen regi.

Av särskilt revisionellt intresse är om det finns en *egenkontroll* i verksamheten, dvs. en systematisk uppföljning och erfarenhetsåterföring av risker och avvikelser (tillbud och negativa händelser) samt om åtgärder vidtas för att identifiera orsaker och göra förbättringar.

Tre metoder för kunskapsinhämtning har använts i granskningen:

- Dokumentstudier – nationella styrdokument, landstingsövergripande styr- och uppföljningsdokument samt styr- och uppföljningsdokument på verksamhetsnivå
- Intervjuer med sex verksamhetschefer samt nio företrädare för landstingsledningen och landstingets kansli
- Enkät med 35 frågor till sexton verksamhetschefer.

En sammanställning över granskade dokument, genomförda intervjuer och enkätmedverkan finns i bilaga 1. Resultatet av intervjuer och enkätsvar redovisas i sammanfattad form i denna rapport. Planeringen och genomförandet av granskningen har skett i samråd med landstingets revisionskontor. Rapporten har faktakontrollerats av biträdande landstingsdirektören och utvecklingschefen.

4 Regelverk och riktlinjer

Det finns ett antal lagar och föreskrifter som syftar till att säkerställa en god kvalitet och en hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Hit hör bl.a.:

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS; SFS 1998:531)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
- Socialstyrelsens förordning (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.

För att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer i hälso- och sjukvårdsorganisationen har Socialstyrelsen tagit fram vägledningen ”God vård” till föreskriften SOSFS 2005:12.

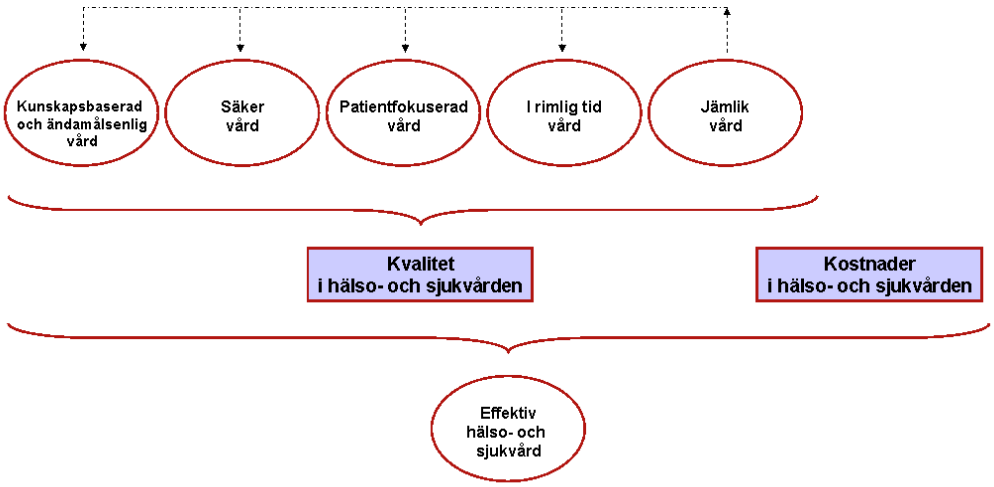
Inom Landstinget i Värmland finns – utöver landstingsplanen inklusive styrkortet – två övergripande styrdokument avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det är:

- Riktlinjer och råd för avvikelsehantering (2005, rev. 2007)
- Strategi för patientsäkerhet (2007, rev 2008).

I bilaga 2 finns en kort sammanfattning av de författningar som har stor betydelse för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården. Innehållet i landstingets styrdokument redovisas sammanfattat under rubriken ”Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på vårdgivarnivån” (avsnitt 5.4).

I detta sammanhang kan det vara av intresse att lyfta fram att Socialstyrelsen år 2007 fick i uppdrag av regeringen att ta fram nationella indikatorer för God vård. Indikatorerna ska användas för att följa upp om hälso- och sjukvården motsvarar förväntningarna på God vård, dvs. om vården kan anses vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid.

Socialstyrelsen har utarbetat ett diskussionsunderlag med ett första förslag på ett s.k. nationellt indikatorset. I diskussionsunderlaget, som f.n. är på remiss, finns följande översiktliga bild som beskriver förhållandet mellan de sex kvalitetsområdena för God vård utifrån ett uppföljningsperspektiv:



5 Landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

5.1 Krav på ledningssystem

I den bindande föreskriften SOSFS 2005:12 förtydligar Socialstyrelsen hälso- och sjukvårdslagen och föreskriver att hälso- och sjukvården ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Föreskriften beskriver tydligt *syftet* med systemet, vilka *delar* som ingår i systemet och vilka *ansvarsområden* som finns. I vägledningen ”God vård” förtydligas detta ytterligare.

Enligt vägledningen innebär föreskriftens krav på ledningssystem att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Avgörande för ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är att vårdgivarens ledningssystem tydliggör ansvaret för enskilda verksamhetschefer, liksom mellan enskilda verksamhetschefer och ledningen. Syftet med ledningssystemet är enligt vägledningen att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga undvikbara skador.

I vare sig lag, föreskrift eller vägledning framgår dock hur ledningssystemet ska vara organiserat i praktiken. Det bestämmer varje sjukvårdshuvudman själv.

5.2 Ledningsstruktur på vårdgivarnivå

Mot bakgrund av Socialstyrelsens krav på en tydlig ledningsstruktur har det varit en central del i detta projekt att granska organisation och ansvarsfördelning på den övergripande nivån i Landstinget i Värmland, dvs. vårdgivarnivån.

Organisation

Landstingets högsta ledning utgörs av landstingsdirektören och bitr. landstingsdirektören. Den senare har ett specifikt ansvar för hälso- och sjukvården. Ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården följer linjeorganisation – bitr. landstingsdirektör → divisionschef → verksamhetschef → avdelningschef/enhetschef → medarbetare.

Divisioner

Hälso- och sjukvården i Landstinget i Värmland är sedan år 2007 organiserad i sju divisioner:

- Allmänmedicin
- Diagnostik
- HHR (hälsa, habilitering, rehabilitering)
- Länsspecialiteter
- Medicin
- Opererande specialiteter
- Psykiatri.

Syftet med indelningen i divisioner är att samarbetet inom respektive division ska leda till samordningsvinster, förbättrade flöden och allmänt höjd effektivitet. Ansvarig för samordningen är *divisionschefen*. Divisionscheferna är underställda och rapporterar till bitr. landstingsdirektören. Inom divisionerna finns sammanlagt ett 70-tal enheter på verksamhetsnivå, vilka leds av *verksamhetschefer*.

Som bilaga till landstingsplan 2008 finns en beskrivning av divisionernas och övriga verksamheters uppdrag. Uppdragsbeskrivningarna innehåller främst produktionsmål. Ibland finns allmänna formuleringar om att tillhandahålla en god och säker vård etc. Flertalet beskrivningar innehåller dock inte något tydligt uppdrag avseende ett sytematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Undantag är uppdragsbeskrivningen för division opererande specialiteter, som innehåller ett något utförligare uppdrag avseende kvalitet och patientsäkerhet.

Landstingets kansli

Landstingets kansli beskrivs i landstingets styrdokument som en sammanhållen enhet där divisionerna kan ”beställa” stabsstöd. Kansliet leds av landstingsdirektören och bitr. landstingsdirektören. Stabscheferna är underställda landstingsdirektören. Inom kansliet finns sju staber:

- Ekonomistaben
- Informationsstaben
- Ledningsstaben

- Personalstaben
- Sekretariatet
- Staben för verksamhetsstöd
- Utvecklingsstaben.

Utvecklingsstaben
Samtliga staber har självklart betydelse för det systematiska arbetet med kvalitet och patientsäkerhet. Av särskilt intresse är dock Utvecklingsstaben som, under ledning av *utvecklingschefen,* bl.a. har i uppdrag att leda och stimulera arbetet med kvalitetsutveckling och forskning. Utvecklingsstaben består av sex enheter - Utveckling och uppföljning, Forskning och folkhälsa, Patient- och medborgarservice, Läkemedelsenheten, Centrum för klinisk forskning (CKF) samt Sjukhusbiblioteken.

Av beslutsunderlaget[4] för den nuvarande kansliorganisationen framgår även att det ingår i Utvecklingsstabens uppdrag att stärka arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Det finns dock inte någon särskild enhet/funktion med ett klart uttalat ansvar för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Inom Utvecklingsstaben finns landstingets *anmälningsansvarige för Lex Maria-ärenden* samt även *sekretariatet till Patientnämnden*. Elva personer inom Utvecklingsstaben benämns verksamhetsutvecklare, men har lite olika arbetsuppgifter. Ca tre – fyra personer inom enheten för Utveckling och uppföljning arbetar med utvecklingsfrågor.

Verksamhetsutvecklare och analysledare
Det finns inte någon exakt bild av det totala antalet verksamhetsutvecklare i landstinget. Uppskattningsvis handlar det om ett tjugotal på hel- eller deltid på stabs-, divisions- och verksamhetsnivå. Långt ifrån alla verksamheter har dock tillgång till en verksamhetsutvecklare, vilket framhållits i både intervjuer och enkätsvar i granskningen.

Inom landstinget finns 25 – 30 utbildade s.k. *händelseanalysledare* med utbildning för att genomföra händelseanalyser i samband med allvarliga händelser i vården, t.ex. Lex Maria-ärenden. Flera av dessa tillhör verksamhetsutvecklargruppen. På grund av tidsbrist m.m. är det dock bara ett tiotal som arbetar med händelseanalyser, och ingen av dem på heltid.

Ansvarsfördelning

I SOSFS 2005:12 beskrivs tre ansvarsnivåer – vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen. Ansvarsfördelningen enligt föreskriften mellan dessa nivåer framgår av bilaga 2.

Generellt gäller att *vårdgivaren* ska fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet och patientsäkerhet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen. Andra viktiga uppgifter för vårdgivaren är att säkerställa att chefer och medarbetare har den kompetens, det engagemang, det ansvar och de befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Med *vårdgivaren* avses i kommuner och landsting den/de politiska nämnd/er som bedriver hälso- och sjukvård. I vårdgivarnivån kan också anses ingå den person/funktion som enligt linjeorganisationen företräder vårdgivaren, dvs. landstingsdirektören/bitr. landstingsdirektören, samt de personer/funktioner på övergripande nivå som dessa delegerar till.

I Landstinget i Värmland är *landstingsstyrelsen* tillika hälso- och sjukvårdsnämnd. I uppdragsbeskrivningen för landstingsstyrelsen (reglementet) nämns inte styrelsens ansvar för

[4] Utveckling av styrning och ledning inom Landstinget i Värmland (LK 061174)

det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Styrelsen har inte heller utsett något särskilt *utskott* med uppdrag att hantera kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Enligt gällande linjeorganisation har landstingsstyrelsen delegerat ett antal arbetsuppgifter till *landstingsdirektören*. I styrelsens delegering anges under rubriken ”Säkerhet” att det ”tillkommer landstingsdirektören att tillförsäkra sig att landstinget har ett fungerande och strukturerat säkerhetsarbete inom bl.a. områdena patientsäkerhet, allmän säkerhet, informations- och personalsäkerhet”. I landstingsdirektörens vidaredelegering till *bitr. landstingsdirektören* finns i princip samma formulering. I delegeringsbeslutet, som är undertecknat i maj 2008, finns emellertid inte någon referens till SOSFS 2005:12. Vidare anges att det ”tillkommer bitr. landstingsdirektören att innan eventuella förändringar låta genomföra risk/konsekvensanalyser samt att årligen till landstingsledningen redovisa säkerhetsarbetet samt i verksamhetsplanen beakta nödvändiga aktiviteter inom området”. Bitr. landstingsdirektören ska också tillse att det finns nödvändiga ansvarsdelegeringar, instruktioner och rutiner som rör användning eller tillverkning av medicinsk-tekniska produkter.

Arbetsfördelningen mellan landstingsdirektören och bitr. landstingsdirektören beskrivs kortfattat i beslutsunderlaget[5] avseende den nuvarande kansliorganisationen. Enligt detta dokument ansvarar bitr. landstingsdirektören i linjen för hälso- och sjukvårdens verksamheter samt för hälso- och sjukvårdens produktionsledning. I samma dokument sägs dock att divisionscheferna och sjukhuscheferna är direkt underställda landstingsdirektören.

I landstingsdirektörens respektive bitr. landstingsdirektörens vidaredelegering till *divisionschefer* respektive *stabschefer* anges under rubriken ”Säkerhet” att det ”tillkommer divisionschef/stabschef att tillförsäkra sig att den egna verksamheten har ett fungerande och strukturerat säkerhetsarbete inom bl.a. områdena patientsäkerhet, allmän säkerhet, informationssäkerhet etc.” Divisionschef/stabschef ska också låta genomföra risk/konsekvensanalyser i samband med förändringar och årligen till landstingsledningen redovisa säkerhetsarbetet samt i verksamhetsplanen beakta nödvändiga aktiviteter inom området.

I landstingets ”Riktlinjer och råd för avvikelsehantering” (2005, rev. 2007) finns en beskrivning i punktform av ansvarsfördelningen vad gäller avvikelsehantering mellan politisk ledning, landstingsdirektör, verksamhetschef, avdelningschef/närmaste chef och medarbetare. Där definieras dock inte ansvaret för t.ex. divisionschefer och stabschefer, eller ansvars- och rollfördelningen mellan landstingsdirektören och bitr. landstingsdirektören.

De övriga styrdokument som granskats innehåller inte någon beskrivning av ansvars- och rollfördelningen vad gäller det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Av landstingets ”Strategi patientsäkerhet” framgår att det är en planerad aktivitet ”att tydliggöra en landstingsövergripande och sammanhållande organisering/organisation som driver och stödjer patientsäkerhetsarbetet”.

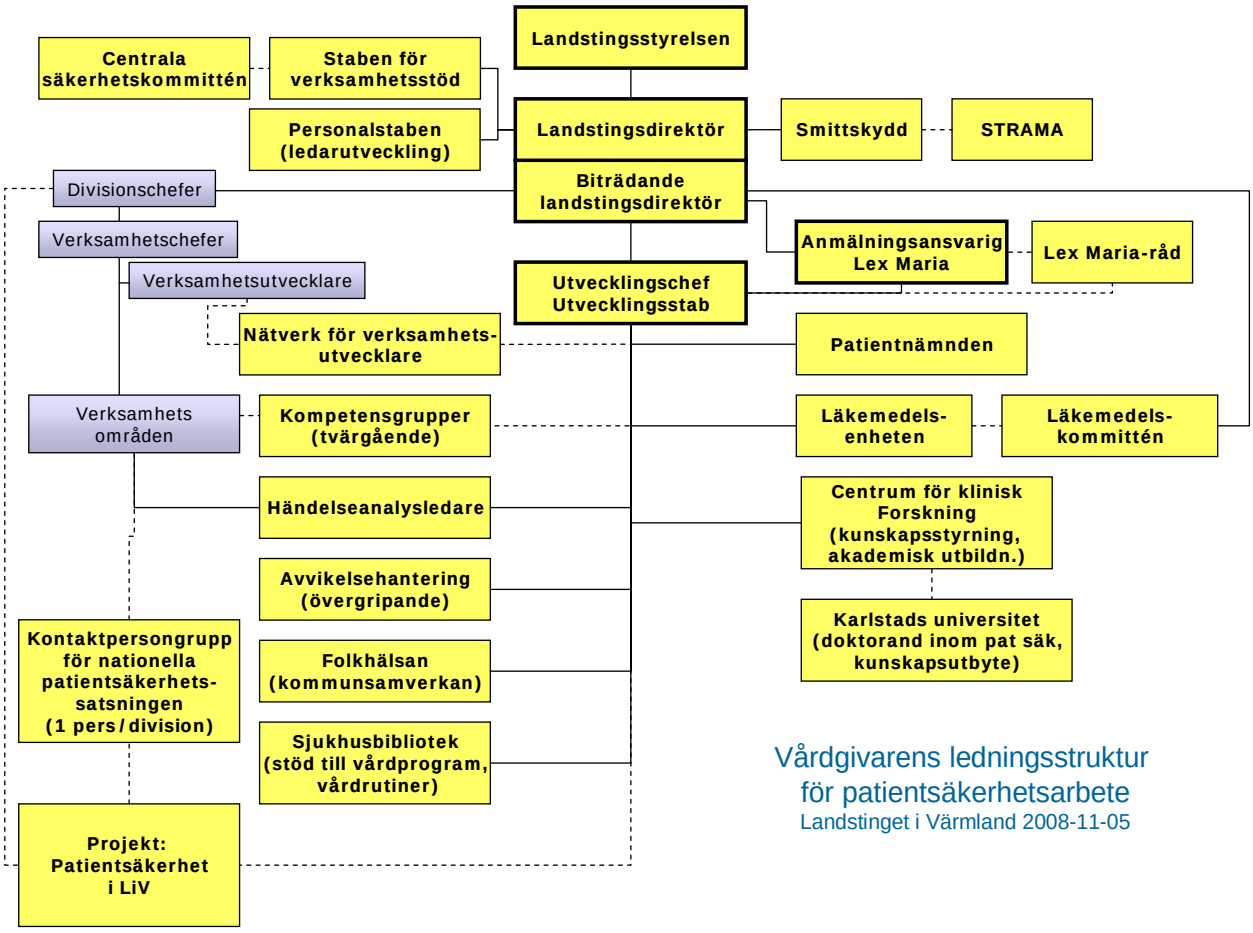
Vårdgivarens ledningsstruktur enligt landstingets svar till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har nyligen inlett en nationell tillsynsaktivitet av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete. Tillsynen syftar till att studera hur vårdgivare formellt och i praktiken bygger upp ledningssystem för att uppnå en ökad säkerhet i vården. Tillsynen omfattar alla landsting. Som ett första led i tillsynen har Socialstyrelsen begärt att få veta vilken funktion/-

[5] Utveckling av styrning och ledning inom Landstinget i Värmland (LK 061174)

person som respresenterar vårdgivaren, samt hur vårdgivarens struktur/ledningssystem för patientsäkerhetsarbete ser ut.

Landstinget har svarat att bitr. landstingsdirektören representerar vårdgivaren i patientsäkerhetsfrågor. Ledningsstrukturen/organisationen för patientsäkerhetsarbetet beskriver landstinget i en organisationsskiss som förklaras och kommenteras i svarsskrivelsen. Bild och text nedan redovisar innehållet i landstingets svarsskrivelse.



Funktioner som helt eller delvis ingår i ledningsstrukturen för patientsäkerhetsarbete är gulmarkerade. De centrala personerna/funktionerna i ledningsorganiseringen för patientsäkerhet är markerade med tjockare svart ram. Linjesamband är markerade med heldragna linjer och övriga samband/kopplingar med streckade linjer.

I svarsskrivelsen framhålls särskilt att landstinget strävar efter att använda befintliga ledningsfunktioner och stabsfunktioner i största möjliga utsträckning i sin ledning och samordning av patientsäkerhetsarbetet. Vidare framhålls att organisationsskissen inte är en bild av linjeorganisationen, utan i första hand belyser de kopplingar och samband som finns mellan olika funktioner som leder, samordnar eller utvecklar patientsäkerhetsarbetet.

I svarsskrivelsen anges att *landstingsdirektören* och *bitr. landstingsdirektören* är de högsta tjänstemännen som representerar vårdgivaren. Bitr. landstingsdirektören är den högste tjänstemannen med specifikt ansvar för hälso- och sjukvården.

Smittskyddsläkaren (med smittskyddsenheten) är direkt underställd landstingsdirektören. Bitr. landstingsdirektören är uppdragsgivare till landstingets *anmälningsansvarige enligt Lex Maria* samt till ordförande i läkemedelskommittén. Anmälningsansvarig enligt Lex Maria, som är organisatoriskt placerad inom Utvecklingsstaben, har ett råd med erfarna läkare och sköterskor till sitt förfogande.

Chefen för Utvecklingsstaben, *utvecklingschefen*, är direkt underställd landstingsdirektören och har bl.a. i uppdrag att ansvara för samordning av det operativa patientsäkerhetsarbetet. I den funktionen är bitr. landstingsdirektören uppdragsgivare till utvecklingschefen.

I svarsskrivelsen beskrivs dessutom följande enheter/funktioner inom Utvecklingsstaben:

- Sekretariatsfunktionen till Patientnämnden
- Läkemedelsenheten, som samarbetar med läkemedelskommittén
- Centrum för klinisk forskning – CKF, som har ett uppdrag inom kunskapsstyrning av vården. Till CKF är knutet ett samarbete med Karlstads universitet, där landstinget t.ex. har en landstingsfinansierad doktorand inom forskningsområdet patientsäkerhet
- Sjukhusbiblioteken i Värmland, med samordningsansvaret för att vårdprogram och vårdrutiner har en kvalitetssäkrad versionshantering
- Landstingets folkhälsoenhet med en bred kontaktyta mot länets kommuner, där t ex åtgärder som förebygger fallskador är ett fokusområde.
- Förvaltningen och den övergripande uppföljningen av landstingets gemensamma avvikelsehanteringssystem Aha
- Samordningen av landstingets utbildade händelseanalysledare. Dessa finns dels inom stabsorganisationen, dels inom varje division i hälso- och sjukvården
- Samordning och stöd till olika kompetensgrupper, som är tvärsnittsgrupper med representanter från samtliga berörda verksamhetsområden. Kompetensgrupper finns t.ex. inom områdena hygien, tryckskadeprevention, nutrition, CVK-handhavande, uroterapi
- Samordning/uppföljning av landstingets tillgänglighetsrapportering
- Nätverk för verksamhetsutvecklare, där verksamhetsutvecklare från divisionerna regelbundet möter Utvecklingsstabens ledning och medarbetare för information och samordning av aktiviteter, inte minst inom patientsäkerhetsområdet
- Projektet ”Patientsäkerhet i Landstinget i Värmland”, som ska pågå under år 2008-2009.

Enligt svarsskrivelsen är syftet med projektet ”Patientsäkerhet i LiV” att skapa en gemensam grund för patientsäkerhetsarbetet, så att landstinget kan motsvara de krav på en god vård som ställs i SOSFS 2005:12. Projektet anges fokusera på de identifierade riskområdena och omfattar även samordningen av landstingets insatser för den nationella patientsäkerhetssatsningen. Projektet ska även föreslå en tydlig organisering för det fortsatta patientsäkerhetsarbetet på såväl verksamhetsnivå som politisk nivå.

BDOs kommentarer

I de intervjuer som ingått i granskningen beskrivs landstingets övergripande ledningsstruktur ofta som diffus och utan ledningsfokus. De olika delar/funktioner som arbetar med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor liknas vid ”öar” och Utvecklingsstaben liknas vid en ”diversehandel”. Det finns olika uppfattningar om läget i projektet ”Patientsäkerhet i LiV” och det verkar som om projektet saknade styrfart, åtminstone när denna granskning genomfördes.

Divisionschefernas ansvar anses tydligt uttalat vad gäller produktion och ekonomi, men otydligt vad gäller kvalitet och patientsäkerhet. I intervjuerna framhålls vidare att det pågår

en hel del utvecklingsarbete på verksamhetsnivå, särskilt efter att SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet” inleddes (se sid. 21). Flera intervjupersoner framhåller dock att effekterna av det arbete som pågår skulle vara större om det fanns en bättre samordning och effektivare former för att ta till vara och sprida erfarenheter.

Flera av de intervjuade saknar en tydlig politisk styrning liksom även ett tydligt engagemang och en aktiv respons från landstingets tjänstemannaledning. Man menar att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna har en tendens att ”försvinna” i den stora mängd viktiga frågor som den högsta ledningen har att hantera. Flera av de intervjuade lyfter därför fram behovet av en tydligare politisk styrning och uppföljning, liksom av en chefläkarfunktion med inriktning på kvalitet och patientsäkerhet.

BDO kan konstatera att Landstinget i Värmland under senare år arbetat aktivt för att utveckla en tydlig och ändamålsenlig organisation och ansvarsfördelning. Det pågår också hela tiden olika aktiviteter för att stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården (se avsnittet 5.4 ”Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på vårdgivarnivå”). Den uppfattning om den övergripande ledningsstrukturen som framkommer i intervjuerna bekräftas emellertid av BDOs dokumentgranskning.

Vårdgivarnivån i Landstinget i Värmland kan sägas omfatta landstingsstyrelsen, landstingsdirektören och bitr. landstingsdirektören, divisionscheferna samt stabscheferna. Ansvars- och arbetsfördelningen inom tjänstemannaledningen är dock inte helt klar och inte heller uttryckligt dokumenterad. Det finns således inte någon tydlig ledningsstruktur i landstinget, vare sig formellt eller i praktiken, vad gäller det systematiska kvalitets- och säkerhetsarbetet. Som ett exempel på detta kan nämnas att det är landstingsdirektören som undertecknat de landstingsgemensamma riktlinjerna inom patientsäkerhetsområdet, medan det är bitr. landstingsdirektören som anges vara den funktion som representerar vårdgivaren i patientsäkerhetsfrågor.

Den formella organisationen samt ansvarsfördelningen och delegeringsordningen inom vårdgivarnivån behöver tydliggöras liksom rollfördelningen och arbetsformerna i det strategiska och operativa kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvården är en högriskverksamhet där organisationen och ansvarsfördelningen måste vara helt klar och tydlig. Det är också viktigt att betona betydelsen av en engagerad ledning som uppmärksammar, bekräftar och ger legitimitet att driva ett sytematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

BDO kan vidare konstatera att det finns relativt mycket resurser både centralt och lokalt, men att dessa resurser skulle kunna utnyttjas på ett bättre sätt med en effektivare organisering och ett tydligare uppdrag. Insatserna inom kvalitets- och patientsäkerhetsområdet verkar också något ad hoc-betonade, och det saknas en övergripande systematik. Landstingsledningen är medveten om detta och Utvecklingsstaben har fått i uppdrag att föreslå en tydligare organisering av såväl analysledarresursen som det fortsatta patientsäkerhetsarbetet i sin helhet - på verksamhetsnivå och politisk nivå. Detta bör enligt BDO vara ett prioriterat uppdrag.

Enligt BDOs mening handlar förutsättningarna för ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete till en stor del om hur de centrala stabsresurserna är organiserade, men framför allt om hur linjen är organiserad. Det behövs väl utvecklade kontakytor mellan

verksamhetsnivån och landstingets tjänstemannaledning samt arbetsformer som bygger på en aktiv medverkan från verksamheten. Här förefaller de s.k. tvärgående kompetensgrupperna vara en arbetsform som kan utvecklas vidare.

Det är viktigt att kvalitetsledningssystemet inte är ett separat system, utan att det är väl integrerat i landstingets ordinarie ledningssystem. Med hänsyn bl.a. till den ordinarie ledningens omfattande uppdrag finns det enligt BDO anledning att överväga tillskapandet av en chefläkarfunktion, fristående från linjeorganisationen, men med tydligt uppdrag och mandat att driva och övervaka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom vården. En sådan funktion kan ge den högsta ledningen och övriga ledningsnivåer goda verktyg för att styra och utveckla verksamheten samt skapa en länk mellan professionen och tjänstemannaledningen.

Enligt BDO finns det också anledning att diskutera hur den politiska styrningen av kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor kan stärkas. Flera av de intervjuade säger att de saknar ett tydligt politiskt intresse för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna. Samtidigt har intervjuade på de högre ledningsnivåerna framhållit att de upplever ett ökat intresse från den politiska nivån och en efterfrågan på bättre beslutsunderlag inklusive kvalitetsparametrar. Med hänsyn till det ökade fokus som finns på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor och de stora kostnader som är förknippade med kvalitetsbrister och vårdskador – anser BDO det viktigt att diskutera hur den politiska styrningen kan utvecklas. Det skulle t.ex. kunna ske genom att under landstingsstyrelsen inrätta ett särskilt utskott för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Sammanfattningsvis kan konstateras att landstingets ambitioner att utveckla en tydlig och ändamålsenlig organisation och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården har kommit en bit på väg, men att det finns anledning att överväga ytterligare förbättringar och förtydliganden för att stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det kan handla om:

- Formerna för den politiska styrningen, t.ex. ett särskilt utskott under landstingsstyrelsen
- En tydligare övergripande ledningsstruktur på tjänstemannanivå, formellt och i praktiken
- En chefläkarfunktion med uppdrag och mandat att driva och övervaka kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor, som en länk mellan professionen och tjänstemannanivån
- En särskild enhet/funktion för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Effektivare organisering och ett tydligare uppdrag för verksamhetsutvecklare och analysledare
- Utveckling av formerna för en aktiv medverkan från verksamheterna.

5.3 Styrning och uppföljning på vårdgivarnivå

I landstingsplanen och i det balanserade styrkortet fastställer landstingsfullmäktige verksamhetsmål – inklusive mål för kvalitet och patientsäkerhet. Uppföljningen av måluppfyllelsen sker främst i tertialrapporter under året samt årsrapporter och verksamhetsberättelser.

I granskningen har bl.a. ingått att ta del av landstingsplanen 2008 – 2011 med bilagor samt landstingets årsredovisning för 2007 och tertialrapporter under 2008. Dessa dokument är

centrala i den övergripande styrningen och uppföljningen, samt för återföring till den politiska ledningen av information om måluppfyllelsen inom verksamheten, inklusive det sytematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Landstingsplan och balanserat styrkort 2008

Landstingsplanen är det övergripande dokumentet för all planering i landstinget. I direktiven för landstingsplan 2008 har den politiska ledningen lyft fram ett antal områden som särskilt angelägna. Dessa områden påverkar alla perspektiven i styrkortet och kan ses som tvärgående strategiska teman. Flera av dessa områden har direkt betydelse för kvalitetsarbetet. Hit hör områdena *Tillgänglighet och vårdgaranti* samt *Patientsäkerhet*.

I Landstingsplan 2008 betonas att verksamhetsplanerna för divisionerna liksom för övriga verksamheter och staber ska utformas så att landstingets vision och övergripande målsättningar stöds. Handlingsplaner för att uppnå de mål som uppsatts på övergripande nivå ska finnas i verksamhetsplanerna.

Balanserat styrkort
För ledning och styrning tillämpar Landstinget i Värmland modellen med balanserat styrkort. Styrkort utformas för den övergripande landstingsnivån, divisionsnivån samt verksamhets- och enhetsnivån. Styrkortets fem *perspektiv* är *Medborgare*, *Processer*, *Utveckling*, *Medarbetare* och *Ekonomi*.

För varje perspektiv finns ett *strategiskt mål*, och för varje strategiskt mål ett antal *avgörande framgångsfaktorer* som indikatorer på måluppfyllelse. Till varje framgångsfaktor hör ett eller flera *mål och nyckelmått.* Det är dessa mått som följs i styrkortet. Flera av styrkortets strategiska mål har – liksom flera av de framgångsfaktorer som är kopplade till målen – direkt bäring på kvalitet och patientsäkerhet.

Styrkortets *strategiska mål* är
- God, förebyggande och hälsofrämjande vård (Medborgarperspektivet)
- Effektiv verksamhet (Processperspektivet)
- Patientfokuserad utveckling (Utvecklingsperspektivet)
- Ansvarstagande och god arbetsmiljö (Medarbetarperspektivet)
- God ekonomisk hushållning (Ekonomiperspektivet).

I det övergripande styrkortet finns sju *avgörande framgångsfaktorer/mål* (vilka är kopplade till styrkortets strategiska mål) som ger förutsättningar för ett sytematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (se nedan). Av dessa kan de två första beskrivas som kvalitetsmål, som avser den faktiska kvaliteten i verksamheten. Övriga fem kan beskrivas som processmål.

1. ***Tillgänglighet***
   Alla divisioner och övriga verksamheter klarar vårdgarantin eller alternativ målsättning för tillgänglighet för verksamheter som ej omfattas av vårdgarantin.
2. ***Bemötande***
   Ökande andel medborgare som upplever att de får ett gott bemötande.
3. ***Säker, förebyggande och hälsofrämjande vård***
   Alla divisioner och övriga verksamheter arbetar aktivt med den nationella patientsäkerhetssatsningen.
4. ***Tydliga uppdrag***
   Alla divisioner och övriga verksamheter klarar målen avseende produktion och definierar mål avseende kvalitet.
5. ***Systematisk kvalitetsuppföljning***
   Alla divisioner och övriga verksamheter arbetar systematiskt med avvikelsehantering. Händelseanalyser genomförs av samtliga allvarliga patientskador.
6. ***Fokuserad utveckling***
   100 procents genomförande av satsningsområden och aktiviteter.
7. ***God personalplanering***
   Alla divisioner/verksamheter har kompetensförsörjningsplaner för alla yrkeskategorier.

Systemmått
Som tillägg till de framgångsfaktorer och mått som ingår i styrkortet har ett antal övergripande mått, s.k. *systemmått,* tagits fram. Det är kompletterande nyckeltal som är rele-

vanta för att på övergripande nivå följa utvecklingen inom strategiska områden. Exempel på sådana mått är *Sjukhusmortalitet* och *Antal från LÖF*[6] *ersatta vårdskador.*

Landstingsplan 2009
I Landstingsplan 2009, som fastställdes av fullmäktige i juni 2008, har antalet perspektiv minskats till fyra – Medborgare, Verksamhet, Medarbetare och Ekonomi. Målen och de strategiska framgångsfaktorerna i de fyra perspektiven är uppdaterade. I Landstingsplan 2009 ingår även de systemmått som används för att följa landstingets verksamhet som helhet. Systemmåtten med bäring på kvalitet och patientsäkerhet är oförändrade.

Övergripande mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns – förutom i landstingsplanen och styrkortet – även i landstingets Strategi för patientsäkerhet. I bilaga 3 finns en sammanställning av landstingets *övergripande* mål och framgångsfaktorer som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Divisionsplaner och verksamhetsplaner

Med utgångspunkt från landstingsplan 2008, som fastställdes av fullmäktige i november 2007, har verksamhetsplaner utarbetats inom varje division. I granskningen har ingått att ta del av divisionernas verksamhetsplaner för att se hur kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna uppmärksammas i dessa.

Divisionernas planer har upprättats enligt en gemensam mall. Planerna följer i stort sett mallen, men skiljer sig en del till innehåll och omfattning. Divisionernas styrkort följer i stort det övergripande styrkortet, och mål och mått anges med koppling till övergripande framgångsfaktorerna/målen.

Granskningen av divisionsplanerna visar att det generellt sett skett en konkretisering och utveckling på divisionsnivån av de mål och mått som har att göra med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det finns också patient- och verksamhetsnära mått på både kort och långt mål. Detsamma gäller de planer på verksamhetsnivå som granskats. En samlad bild av divisionernas mål med bäring på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet finns i bilaga 4.

I intervjuerna framhålls att det pågår ett aktivt arbete på både divisions- och verksamhetsnivå för att stegvis utveckla styrkorten och ”vässa” mål och mått. Ambitionen är att komplettera processmåtten med fler resultat- och effektmått, t.ex. registreringsgrad i nationella kvalitetsregister, och följsamhet till basala hygienregler. Det finns också en förväntan om att Socialstyrelsens pågående arbete för att utveckla nationella indikatorer för God vård, ske ge stöd i arbetet med att utveckla mål och mått för styrning och uppföljning på divisions- och verksamhetsnivå.

Helårsrapport och bokslut 2007

I ”Helårsrapport och bokslut 2007” finns en uppföljning av prioriterade åtgärdsområden och en uppföljning av det övergripande styrkortet. Där ingår främst en beskrivning av olika aktiviteter och satsningar samt en sammanfattad bedömning av måluppfyllelsen avseende styrkortets olika framgångsfaktorer. Kommentarerna till måluppfyllelsen ger en kort summerad lägesbeskrivning, men innehåller i princip inte någon analys eller slutsatser. Det gäller även de framgångsfaktorer som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

[6] Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

I helårsrapport 2007 finns även förhållandevis ”fylliga” verksamhetsberättelser för respektive division/motsvarande. I dessa redovisas bl.a. den bedömda graden av måluppfyllelse för varje perspektiv och framgångsfaktor. Varje division bedömer sig själv och måluppfyllelsen anges i en tregradig skala – inte uppfyllt, delvis uppfyllt, uppfyllt. I detta sammanhang intressanta framgångsfaktorer är *Tilltro*, *Tillgänglighet*, *Kvalitetsuppföljning* och *Säkert omhändertagande*.

Under rubriken *Patientsäkerhet* i avsnittet i helårsrapport 2007 beskrivs några viktiga händelser under året – den nya patientsäkerhetsstrategin, beslutet att delta i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet” samt satsningarna på IT-stöd för avvikelsehanteringen och utbildning i händelseanalys. Däremot finns inte någon redovisning eller diskussion om inträffade avvikelser – t.ex. Lex Maria-anmälningar, anmälningar till PSR/LÖF[7] och Patientnämnden – vare sig i årsrapportens gemensamma del eller i de divisionsvisa verksamhetsberättelserna.

Tertialrapporter under 2008

Rapport 1 (som baseras på en kort period) har huvudsakligen fokus på ekonomisk analys, produktionsuppföljning samt tillgänglighetsstatistik. Rapporten innehåller inte någon verksamhetsuppföljning och inte heller någon bedömning av måluppfyllelsen avseende styrkortets framgångsfaktorer. Det gäller även de faktorer som direkt berör arbetet med kvalitet och patientsäkerhet.

Rapport 2 (som avser perioden fram t.o.m. april) innehåller, utöver de ekonomiska avsnitten, en uppföljning av styrkortet och prioriterade åtgärdsområden. I rapporten introduceras även de övergripande systemmåtten. I kvalitets- och patientsäkerhetssammanhang intressanta systemmått är bl.a. *Sjukhusmortalitet*, *Antal ersatta patientskador från LÖF*, *Upplevd vårdkvalitet* samt *Tillgänglighet*. Den sidmässigt mest omfattande delen i rapport 2 är verksamhetsuppföljningen av divisionerna/motsvarande, drygt 100 sidor. Verksamhetsuppföljningen för respektive division (motsvarande) innehåller bl.a. beskrivning av måluppfyllelsen avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet – t.ex. *Tillgänglighet*, *Bemötande*, *Deltagande i kvalitetsregister* och *Avvikelseregistrering*.

I bilaga till rapport 2 finns även en översiktlig och pedagogiskt tydlig sammanställning av hur långt satsningarna inom de prioriterade områdena har kommit i förhållande till plan – bl.a. inom patientsäkerhetsområdet. I bilagan finns även en redovisning av antalet Lex Maria-ärenden och av antalet händelseanalyser som genomförts med anledning av dessa ärenden.

Rapport 3 (som avser perioden t.o.m. augusti 2008) innehåller dels en övergripande uppföljning, dels en verksamhetsuppföljning med utgångspunkt från styrkortets perspektiv. I den övergripande uppföljningen används systemmåtten (som introducerades i rapport 2) för att följa landstingets verksamhet som helhet. I avsnittet ”Verksamhetsuppföljning” finns dels en översiktlig sammanställning av måluppfyllelsen avseende perspektiv och framgångsfaktorer inom de olika divisionerna (motsvarande), dels en översiktlig analys av den aggregerade måluppfyllelsen inom respektive perspektiv. Som bilaga till rapporten

[7] Personskadereglerings AB - Patientskadeförsäkringen

finns en uppdaterad sammanställning av satsningarna inom de prioriterade områdena inklusive kvalitets- och patientsäkerhetsområdet.

Uppföljning på divisions- och verksamhetsnivå

Alla divisioner, verksamheter och vanligen också arbetsplatser har styrkort för sin verksamhet, vilka följs upp och rapporteras uppåt i organisationen inför tertialrapporteringen. En allmän dialog med den överliggande ansvarsnivån kring måluppfyllelse och resultat är ofta en del i uppföljningen. I granskningen har dock inte framkommit att det förekommer någon regelbunden dialog med huvudsaklig inriktning på kvalitet och patientsäkerhet.

Övrig rapportering till den politiska ledningen

Tertialrapporterna och årsrapporten är som framhållits ovan den politiska ledningens främsta källa för verksamhetsuppföljning och bedömning av måluppfyllelse. Utöver information via nu nämnda rapporter får landstingsstyrelsen information om kvalitet och patientsäkerhet genom föredragningar och anmälningsärenden vid styrelsens sammanträden. Detsamma gäller landstingsfullmäktige, även om sådan information inte är lika vanlig vid fullmäktiges sammanträden.

I granskningen har ingått en genomgång av protokoll från fullmäktiges och landstingsstyrelsens sammanträden under 2008 för att se hur ofta kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor finns med på dagordningen.

Genomgången av protokollen från *landstingsstyrelsens* sammanträden visar att årsrapporten och tertialrapporterna är den huvudsakliga formen för återföring av information till den politiska ledningen om måluppfyllelse m.m. Någon form av information som berör kvalitet och patientsäkerhet har dock lämnats vid samtliga ordinarie sammanträden i landstingsstyrelsen. I de flesta fallen har det handlat om information om väntetider och kösituation. Någon regelbunden rapportering om genomförandet av patientsäkerhetsstrategin eller om anmälningar och avvikelser etc. har inte förekommit.

Genomgången av *landstingsfullmäktiges* protokoll under 2008 visar att årsrapporten och tertialrapporterna är den huvudsakliga formen för återrapportering även till fullmäktige. Information genom särskilda föredragningar eller rapporter som avser kvalitets- och patientsäkerhetsområdet är inte vanligt vid fullmäktiges sammanträden, men förekommer. Även här har det främst handlat om väntetider och kösituation. Inte heller fullmäktige har fått någon regelbunden rapportering om genomförandet av patientsäkerhetsstrategin eller av anmälningar och avvikelser etc.

Användningen av intranät och externwebb för information om patientsäkerhet

Enligt landstingets patientsäkerhetsstrategi ska information om strategins hantering, om pågående patientsäkerhetsarbete och om aktuella patientsäkerhetsfrågor fortlöpande kommuniceras så att informationen är tillgänglig för medborgarna och alla som är verksamma i Landstinget i Värmland. Mot denna bakgrund har en översiktlig genomgång av landstingets intranät och externwebb ingått i granskningen. Genomgången visar sammanfattningsvis att området ”Kvalitet och patientsäkerhet” inte lyfts fram särskilt tydligt, vare sig på intranätet eller på externwebben.

På intranätets *stabsnivå* krävs ganska många tryckningar innan man kommer till rubriken Patientsäkerhet (Utvecklingsstaben → Utveckling & Uppföljning → Utvecklingsområden →

Patientsäkerhet). Väl där finns en grundstruktur som gör det ganska lätt att hitta styrdokument, minnesanteckningar, intressanta länkar etc. Sidan är dock inte helt aktuell och bör uppdateras. Sidan skulle även kunna innehålla mer information om t.ex. resultat/effekter av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, inklusive anmälningar och avvikelser.

”Kvalitet och patientsäkerhet” verkar inte heller på *divisionsnivå* vara ett prioriterat informationsområde. Flertalet divisioner har inte ”Kvalitet & Patientsäkerhet” (e. dyl.) som rubrik/knapp i vänsterspalten på startsidan. Undantag är division Opererande specialiteter. Flera divisioner har dock rubriken ”Utveckling & Uppföljning” på startsidan och under den finns ibland rubriken ”Patientsäkerhet”. På *verksamheternas* sidor är det lättare att enkelt hitta information om patientsäkerhet.

På externwebben ”liv.se” finns information om nyheter och händelser m.m. som har att göra med landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, t.ex. inträffade Lex Maria-ärenden. På huvudmenyn finns också en särskild knapp för Patientinformation. Det finns dock inte någon navigeringsknapp med rubriken Kvalitet & Patientsäkerhet (e. dyl.).

BDOs kommentarer

Landstingsplanen och styrkortet är en central del i styrningen av verksamheten, på samma sätt som tertialrapporterna och årsrapporten är centrala i uppföljningen. Modellen med balanserat styrkort skapar förutsättningar för såväl styrelse och ledning som verksamhetschefer att arbeta på ett strukturerat sätt med styrning och uppföljning av verksamheten, inklusive det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det finns dock att anledning att även utnyttja den information som finns i t.ex. ”Öppna jämförelser” och andra nationella register och statistiksammanställningar.

BDO anser att landstingets strategiska mål och framgångsfaktorer har en god koppling till innehållet i begreppet ”God vård”, även om denna koppling kan bli ännu tydligare. De strategiska målen och framgångsfaktorerna ger därmed även utgångspunkter för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Fördelen med styrkortsmodellen är att den på ett överskådligt och balanserat sätt försöker fånga alla delar i verksamheten. En svaghet i modellen är dock att övergripande målformuleringar, och därmed även uppföljningen av måluppfyllelsen, kan bli alltför begränsad och inte förmå fånga helheten. Som ett exempel kan nämnas framgångsfaktorn ”Systematisk kvalitetsuppföljning” i det övergripande styrkortet. Måluppfyllelsen mäts här i hur många divisioner (motsv.) som arbetar systematiskt med avvikelsehantering. BDOs kommentar till detta är att en väl fungerande avvikelsehantering är **en** viktig del i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, men att det finns många fler delar. Andra viktiga delar är t.ex. regelbundna uppföljningar av patientnöjdheten och en väl utvecklad egenkontroll. Det behövs därför ett kvalificerat arbete för att utveckla mål och mått som på ett bra sätt speglar helheten och har fokus på både processer, resultat och effekter.

En annan svaghet i styrkortsmodellen är att informationen om måluppfyllelse lätt blir intetsägande på den aggregerade nivån, dvs. landstingsledningsnivån. Skillnader mellan verksamheter jämnas ut till ett genomsnitt som inte ger tillräcklig styrinformation för landstingets politiska ledning och högsta tjänstemannaledning. För att i någon mån kompensera detta har de s.k. systemmåtten (strategiska mätetal) införts på den övergripande nivån.

BDO bedömer att det finns ganska konkreta kvalitetsmål på divisionsnivå och framför allt på verksamhetsnivå. Det är dock angeläget att på alla nivåer, och särskilt den övergripande nivån, successivt utveckla mål och framgångsfaktorer som ger tydliga styrsignaler till verksamheten vad gäller kvalitet och patientsäkerhet. Granskningen har visat att landstingsledningen är väl medveten om denna problematik och det pågår ett utvecklingsarbete för att ”vässa” mål och mått. Här kan sannolikt det pågående nationella arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer vara till stor nytta.

De olika avsnitten i tertialrapporterna, särskilt rapport 2 och 3, ger en relativt god samlad bild av måluppfyllelsen i verksamheten, och även av måluppfyllelsen avseende kvalitet och patientsäkerhet. Rapporternas innehåll och struktur har förbättrats under år 2008. Det finns dock förbättringsmöjligheter vad gäller användningen av mål/mått som har att göra med kvalitet och patientsäkerhet. Enligt BDOs mening finns det anledning att samlat följa upp, utvärdera och redovisa utvecklingen av mer konkreta mål/mått, t.ex. vårdrelaterade infektioner, trycksår, fallskador, läkemedelsanvändning.

BDO anser vidare att man på olika nivåer i landstinget är förhållandevis bra på att registrera och sammanställa anmälningar, avvikelser och annan information som har med kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet att göra. Landstingsledningsnivån verkar dock inte använda denna information fullt ut för analyser och jämförelser och som underlag för beslut om prioriterat förbättringsarbete. Det finns inte heller någon tydlig övergripande policy om hur denna typ av statistik och information ska användas internt/externt för att sprida kunskap om läget och om vunna erfarenheter inom olika verksamheter. Återföringen till den politiska ledningen bör också bli mer omfattande.

Enligt BDOs mening kan både externwebben och intranätet (alla nivåer) användas på ett mer effektivt sätt för att nå ut med information om landstingets kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Öppenhet och transparens är viktigt i detta sammanhang. Generellt bör därför diskuteras hur information om kvalitets- och säkerhetsfrågor kan göras mer lättillgänglig för både medborgare och medarbetare. Den externa webbsidan kan användas för att på ett tydligt och balanserat sätt visa hur kvalitets- och säkerhetsfrågor styrs och följs upp i landstinget, samt resultatet av detta arbete. En genomtänkt och systematisk användning av intranätet är självklart ett viktigt hjälpmedel för att sprida information och förbättringskunskap till medarbetarna inom området kvalitet och patientsäkerhet.

Sammanfattningsvis kan konstateras att landstingets ambitioner att utveckla en tydlig och ändamålsenlig styrning och uppföljning inom hälso- och sjukvården har kommit en bit på väg, men att det finns anledning att överväga ytterligare förbättringar. Det handlar om:

- Fortsatt utveckling av mål och framgångsfaktorer med bäring på god vård och ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Användning av mer konkreta resultatmått i den övergripande uppföljningen och utvärderingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Mer systematisk användning (analys och jämförelser) av uppföljningsresultat som underlag för utveckling och konkret förbättringsarbete
- Regelbundna kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger i verksamheten
- Mer effektiv användning av intranätet och externwebben som redskap för att sprida information och förbättringskunskap

- Bättre återföring till den politiska nivån om kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Regelbundet återkommande punkt om kvalitet och patientsäkerhet på dagordningen i såväl landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen som landstingsledningen.

5.4 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på vårdgivarnivå

Under senare år har landstingsfullmäktige fattat olika beslut och landstingsstyrelsen vidtagit olika åtgärder med avsikt att driva på och stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården. Nedan följer en sammanfattad redovisning av detta. Avsnittet innehåller också en redovisning av antalet anmälningar och avvikelser i Landstinget i Värmland under senare år samt en beskrivning av de myndigheter/organ som hanterar anmälningar.

Strategi för patientsäkerhet

Under år 2007 utarbetades en patientsäkerhetsstrategi som ingår som bilaga till landstingsplan 2008. Strategin har under 2008 kompletterats med de riskområden som ingår i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet”. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för god vård genom att driva och stödja ett långsiktigt patientsäkerhetsarbete. Avsikten är att strategin ska utgöra ett underlag för att ta fram handlingsplaner för patientsäkerhetsarbetet inom alla verksamheter och nivåer i landstinget.

Strategins övergripande mål är att genom riskförebyggande arbete eliminera undvikbara risker, skador och dödsfall samt därmed förknippat lidande. Vägen att nå det övergripande målet omfattar följande utvecklingsområden, varav de fem första kan sägas ge förutsättningar för det sjätte:

- Samverkan med patienter
- Utveckling av ett systemtänkande
- Byggande av en lärande organisation
- Stöd till säkerhetsarbetet
- Skapande av en säkerhetskultur
- Arbete med prioriterade riskområden.

Inom respektive utvecklingsområde anges ett antal prioriterade aktiviteter. I strategin framhålls att samtliga utvecklingsområden ska beaktas samtidigt och att ett systematiskt förbättringsarbete ska påbörjas. Inför och under 2008 ska planer för alla identifierade områden tas fram. Två områden som står i fokus är införande av gemensamt IT-stöd för avvikelsehantering samt utveckling av metodik för risk- och händelseanalys.

Strategin ägs och förvaltas av landstingets högsta ledning. Utvecklingsstaben har i uppdrag att i dialog med verksamheterna kontinuerligt utveckla strategin. Information om strategins hantering, pågående patientsäkerhetsarbete och aktuella patientsäkerhetsfrågor ska fortlöpande kommuniceras så att informationen är tillgänglig för medborgarna och alla som är verksamma i landstinget.

I strategin framhålls att patientsäkerheten återkommande ska finnas på landstingsstyrelsens/landstingsledningens dagordning t.ex.:

- Genomförande av strategin och dess olika aktiviteter

- Genomförda händelseanalyser med anledning av Lex Maria-anmälningar, patientskade-anmnälningar samt vidtagna åtgärder och spridning av erfarenheter
- Genomförda riskanalyser av processer som bedöms utgöra särskilt stor risk samt vidtagna åtgärder och spridning av erfarenheter.

Enligt intervjuerna pågår arbete för att genomföra strategins aktiviteter. Vidare framhålls att landstingets medverkan i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet” ger draghjälp i detta arbete. Det finns dock inte någon samlad redovisning av hur långt arbetet kommit med strategins utvecklingsområden och aktiviteter. Det finns inte heller någon samlad plan för uppföljning av arbetet med den nationella satsningens olika områden. Enligt intervjuerna diskuteras dock frågor om kvalitet och patientsäkerhet regelbundet i de ledningsgrupper som finns på landstingsledningsnivå.

Granskningen av landstingsstyrelsens och fullmäktiges protokoll under 2008 visar att patientsäkerhet främst avhandlats som en bland många punkter i samband med tertialrapporteringen. Genomförandet av strategin och dess olika aktiviteter har inte tagits upp som en återkommande punkt på styrelsens dagordning.

Riktlinjer och råd för avvikelsehantering

Landstingsstyrelsen har år 2005 fastställt en gemensam struktur och gemensamma riktlinjer och råd för avvikelsehantering. Riktlinjerna har reviderats under år 2007. I riktlinjerna framhålls att avvikelsehantering är en viktig del i landstingets ledningssystem och avser rutiner för rapportering, analys, åtgärd, uppföljning och återföring av erfarenheter av avvikelser.

I riktlinjerna betonas verksamhetschefens (motsv.) ansvar för att de gemensamma rutinerna för avvikelsehantering är anpassade till och kända inom den egna verksamheten. Vidare betonas vikten av systemsyn istället för individsyn, dvs. att eftersträva en kultur utan syndabockstänkande, där avvikelser och risker öppet diskuteras på alla arbetsplatser. En avrapportering från arbetet med avvikelsehantering ska vara en återkommande punkt på dagordningen på alla nivåer.

Syftet med de gemensamma riktlinjerna för avvikelsehantering är att
- tydliggöra ansvaret för avvikelsehanteringen
- använda avvikelser som en del i det ständiga förbättringsarbetet
- avvikelser rapporteras ur process/vårdkedjeperspektiv, samt att
- öka riskmedvetenheten inom verksamheten.

IT-stöd för avvikelsehantering

I landstingets patientsäkerhetsstrategi framhålls att IT har en central roll för att utveckla och optimera de system som är vårdrelaterade samt system för avvikelsehantering och spridning av information som stödjer lärandet och underlättar säkerhetsarbetet.

Under 2007 och 2008 har arbete pågått för att införa ett gemensamt IT-stöd för avvikelsehantering – Aha – i hela landstinget. IT-stödet möjliggör registrering och hantering av avvikelser inom områdena *patient*, *medarbetare*, *egendom/utrustning*, *miljö* samt *organisation*. Sammanställningar av rapporterade avvikelser förväntas påvisa områden där aktivt kvalitetsutvecklingsarbete är särskilt angeläget.

Sedan oktober 2008 finns alla medarbetare (ca 7 600) i systemet och kan rapportera avvikelser. Det går inte att registrera anonymt. Efter varje avvikelserapportering ska närmaste chef bedöma om åtgärd ska vidtas och även klassificera vilken typ av åtgärd det gäller. Verksamhetschefen ska senare bedöma om åtgärden/åtgärderna varit ”begränsat effektiva”, ”effektiva” eller ”mycket effektiva”.

Systemet finns nu tillgängligt på intranätet och alla medarbetare kan söka information om t.ex. antal avvikelser, effektiva åtgärder vid olika typer av skador – t.ex. halkolyckor och stickskador. Varje chefsnivå kan ta ut sin egen statistik, däremot inte någon annans. En övergripande rapport kommer att sammanställas årligen. Innehåll, struktur, spridning m.m. av denna rapport har ännu inte diskuterats. Det är inte heller klart om sammanställd avvikelsestatistik ska redovisas externt på t.ex. webben.

T.o.m. november 2008 hade 3 565 avvikelser rapporterats ,vilket omräknat till helårsbasis motsvarar ca **0,5** rapporterade avvikelser per anställd. Detta kan jämföras med Östergötlands läns landsting, som har en anmälningsnivå på i genomsnitt **1** rapporterad avvikelse per anställd och år, dvs. dubbelt så mycket som Landstinget i Värmland. Landstinget i Östergötland har dock arbetat aktivt med avvikelsehantering i många år och anses ligga på framkant vad gäller patientsäkerhetsarbete och avvikelsehantering.

Fr.o.m. januari 2009 kommer landstinget att ta i bruk systemet ”Synpunkt LiV”. Det innebär att alla som har tillgång till Internet kan registrera synpunkter, beröm och klagomål som gäller landstinget. Inkomna synpunkter ses som en del i landstingets avvikelsehantering och kommer att kopplas till det ordinarie förbättringsarbetet inom verksamheten.

Utveckling av metodik för risk- och händelseanalys

Socialstyrelsen och LÖF har uppmanat hälso- och sjukvården att göra händelseanalyser vid alla Lex Maria-anmälningar. Under 2008 är det landstingets ambition att händelseanalyser ska genomföras vid alla allvarligare patientskador. Målet är att alla Lex Maria-anmälningar ska följas av en händelseanalys. Efter en händelseanalys ska åtgärder föreslås och implementeras, så att händelsen inte upprepas. På den externa webbsidan lämnas alltid information om Lex Maria-ärenden för att skapa en öppenhet kring dessa frågor.

Under år 2006 och 2007 har totalt 29 analysledare med fördelning på samtliga divisioner utbildats för att leda händelseanalyser när en allvarlig patientskada inträffar. Flertalet av dessa har dock inte möjlighet att utföra analyser p.g.a. sin arbetssituation eller för att de bytt arbetsområde. Det är också en allmän uppfattning att fler analysledare behöver utbildas, liksom att uppdraget för och organiseringen av analysledarna behöver förtydligas.

Arbetet med att göra händelseanalyser kan sägas ha påbörjats, men möjligheterna att göra analyser vid alla Lex Maria-anmälningar är begränsade. Av intervjuerna har framgått att händelseanalyser kunnat göras i endast ca hälften av Lex Maria-ärendena under år 2008. Avsikten är också att en metodik för riskanalyser ska införas för att öka möjligheten att identifiera riskområden och förebygga oönskade händelser. Enligt intervjuerna sker riskanalyser sällan för närvarande, främst beroende på resursbrist.

”Nationell satsning för Ökad Patientsäkerhet” och ”Öppna jämförelser”

I oktober 2007 anslöt sig Landstinget i Värmland till SKLs *Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet*. Satsningen är starten på ett långsiktigt, systematiskt och uthålligt förbättringsar-

bete. Den fokuserar på sex typer av vårdskador som enligt landsting och regioner är särskilt vanliga och allvarliga (se bilaga 3). Landstinget deltar aktivt i den nationella satsningen, som omfattar ett antal aktiviteter under 2008.

Den nationella satsningen kopplas till de *Öppna jämförelser* som SKL och Socialstyrelsen tar fram. Syftet med rapportserien ”Öppna jämförelser” är att redovisa och jämföra hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet och på så sätt bidra till utveckling och förbättring. Hittills har tre rapporter publicerats – juni 2006, oktober 2007 och oktober 2008.

Landstinget i Värmland får liksom övriga landsting sitt eget resultat i en summerande rapport ”Hur står sig sjukvården i Värmland - nationell jämförelse mellan landsting 2008”. Den senaste rapporten visar att vårdkvaliteten i Värmland i stora delar ligger i nivå med snittet för riket, men att det finns tydliga förbättringsområden.

Antal anmälningar i Landstinget i Värmland

	2002	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Lex Maria	14	18	32	28	48	40
HSAN	23	32	60	53	60	62
PSR/LÖF			246	184	204	278
Patientnämnden				724	868	850

Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)
All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig[8] att omgående rapportera om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Den anmälningsansvarige inom Utvecklingsstaben sammanställer varje år en årsrapport med statistik över anmälningar till Socialstyrelsen (Lex Maria), HSAN och PSR/LÖF. Av den senaste rapporten framgår att ett antal förbättringsområden kan identifieras, vilka inte förändrats sedan föregående år. Hit hör fördröjd diagnos och behandling, journaldokumentation, förväxlingar, medicinsk behandling, kommunikation, suicid och vårdrutiner.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
HSAN är en statlig myndighet som prövar om personal inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldig till försummelse i sin yrkesutövning. HSAN har disciplinära befogenheter. Anmälan kan göras av patient, närstående (eller annat ombud) samt Socialstyrelsen.

Personskaderegleringen/Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (PSR/LÖF)
Den som drabbas av en skada inom vården har i vissa fall rätt till ekonomisk ersättning enligt patientskadelagen[9], som innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Skadeanmälan görs till PSR, som utreder och bedömer de skador som anmäls till LÖFs patientförsäkring. Cirka 45 % av anmälda fall får ersättning för att de drabbats av undvikbara vårdskador.

Patientnämnden
Patientnämndens verksamhet regleras i lag[10]. Nämnden är en från hälso- och sjukvården fristående och opartisk instans dit patienter, anhöriga och personal kan vända sig om man har frågor eller är missnöjd med något inom hälso- och sjukvården. Patientnämnden i Landstinget i Värmland har inte något eget kansli. Tjänsterna som nämndens sekreterare och utredningssekreterare ingår i enheten Patient- och medborgarservice inom Utvecklingsstaben.

I samband med utredningar av enskilda patientärenden begär Patientnämnden yttrande från ansvarig personal genom verksamhetschefen. Nämnden avslutar protokollförda ärenden genom protokollsutdrag till de av ärendet direkt berörda. Genom distribution av protokollsutdrag till olika mottagare i verksamheten riktar nämnden uppmärksamhet mot företeelser inom vården som föranlett klagomål. Statistik skickas kvartalsvis till samtliga enheter inom vården som haft ärenden hos Patientnämnden.

Patientnämnden sammanställer varje år en verksamhetsberättelse med statistik över antal anmälningar och kommentarer om utvecklingen. Enligt nämndens verksamhetsberättelse för 2007 finns inom vården ”en vilja och ett intresse att arbeta för att minska klagomålen”. Statistiken för år 2007 visar sammanfattningsvis att knappt 15 % av anmälningarna avser *Bemötande*, medan drygt 40 % avser *Organisation* (tillgänglighet, vårdgaranti, valfrihet etc.) respektive *Vård/behandling*. Under första halvåret 2008 har totalt 410 anmälningar registrerats.

---

[8] Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531)
[9] Patientskadelagen (SFS 1996:799)
[10] Lag om patientnämndsverksamhet m.m. (SFS 1998:1656)

BDOs kommentarer

I dokumentet ”Planeringsförutsättningar 2008-2011” (bilaga 7 till Landstingsplan 2008) framhålls att målsättningen för det arbete som landstinget startade 2005 för att främja ett systematiskt arbetssätt som säkerställer kvalitet, säkerhet och arbetsmiljö – är att på sikt uppfylla kvalitetsföreskriften SOSFS 2005:12. Som framgått ovan har landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen efter år 2005 fattat olika beslut och vidtagit ett antal åtgärder med avsikt att driva på och stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården. Hit hör:

- Beslut om styrdokument – ”Riktlinjer och råd för avvikelsehantering” (2005, rev 2007) och ”Strategi för patientsäkerhet” (2007, rev. 2008)
- Utveckling av metodik för risk- och händelseanalys (2006/2007)
- Utbildning av analysledare (2006/2007)
- Införande av IT-stöd för avvikelsehantering – Aha-systemet (2007/2008)
- Medverkan i SKLs ”Nationell satsning för ökad patientsäkerhet” (2007 -- 2009)
- Utveckling av strategiska mål och framgångsfaktorer i styrkortet med bäring på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (2005 –).

Som redovisats ovan (avsnitt 5.2) finns särskilda resurser för utvecklingsstöd och även grupperingar som ger kontakytor mot verksamhetsnivån. Hit hör de tvärgående kompetensgrupperna, nätverket för verksamhetsutvecklare och kontaktpersongruppen för nationella patientsäkerhetssatsningen. Det pågår också ett arbete för att tydliggöra organiseringen och effektivisera användningen av de resurser som finns för utvecklingsstöd till kvalitets- och säkerhetsarbetet.

Anmälningar och rapporterade avvikelser är värdefull information i ett förbättringsarbete för en god och säker vård. Analys av och diskussion kring händelser som anmälts av verksamheter och patienter är därför ett viktigt inslag i kvalitets- och säkerhetsarbetet på alla nivåer. Granskningen tyder på att en sådan analys och diskussion förekommer relativt systematiskt på verksamhetsnivå, och att det där även sker en återföring av väsentlig information till berörd personal. På landstingsledningsnivån finns dock anledning att utveckla formerna för övergripande analys diskussion samt återföring till både verksamhetsnivån och den politiska nivån.

Flera intervjupersoner framhåller att verksamheten har mycket fokus på uppföljning och analys av det som redan inträffat (anmälningar, avvikelser m.m.), men mindre fokus på utveckling och förbättringsarbete med utgångspunkt från vunna erfarenheter och riskanalyser. Det stämmer med den bild som BDO får vid genomgången av landstingets styr- och uppföljningsdokument, även om landstingets medverkan i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet” nu inneburit en ökad fokusering på konkreta utvecklingsåtgärder. BDO kan t.ex. konstatera att informationen i de årsrapporter som tas fram över olika typer av anmälningar inte verkar återföras till landstingsstyrelsen eller landstingsfullmäktige annat än möjligen mycket summariskt. Enligt BDOs mening utgör denna typ av rapporter ett viktigt underlag i den övergripande diskussionen om kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

I intervjuerna har också framkommit att landstingsledningen bör uppmärksamma kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna på ett tydligare sätt och mer aktivt efterfråga analyser, jämförelser, vidtagna åtgärder samt resultat och effekter. Flertalet intervjupersoner framhåller vikten av en tydlig och engagerad ledning som ger respons på det kvalitetsarbete som på-

går i vården. Vidare framhålls vikten av systematisk information och utbildning till nyckelgrupper, särskilt verksamhetschefer och läkare.

Det är också av stor betydelse att alla verksamheter har tillgång till kompetent utvecklingsstöd och att det finns möjligheter till kontinuerlig kompetensutveckling för alla medarbetare vad gäller systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Både intervjuer och enkätsvar visar att utvecklingsstödet är ojämnt fördelat (se avsnitt 5.5).

Intervjuer och enkätsvar visar också att uppfattningarna om det nya avvikelserapporteringssystemet Aha är blandade. Många ser systemet som en förutsättning för att kunna arbeta systematiskt med avvikelsehantering. Det finns emellertid också synpunkter om att systemet inte är användarvänligt, att det ännu inte har landat riktigt i verksamheten och att verksamheterna ännu inte har någon riktig nytta av systemet. Uppenbarligen finns här vissa införandeproblem som det finns anledning att uppmärksamma. Det är även viktigt att klargöra hur den information som sammanställs i Aha ska tas om hand och återföras – inte bara till verksamheten, utan också till den politiska ledningen samt till medborgare och patienter.

Sammanfattningsvis finns enligt BDOs mening en tydlig ambition och goda förutsättningar för att på vårdgivarnivån utveckla och stärka den övergripande styrningen av kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Det finns också förbättringsmöjligheter:

- Krav på och förutsättningar för att händelseanalyser alltid genomförs vid allvarliga händelser (Lex Maria –ärenden)
- Krav på och förutsättningar för att riskanalyser regelmässigt genomförs för att identifiera risker vid införande av nya processer, tekniker, metoder, organisationsförändringar etc.
- Systematisk användning av uppföljningsresultat för utveckling och konkret förbättringsarbete
- Jämnare fördelning av resurserna för utvecklingsstöd (verksamhetsutvecklare och analysledare) så att alla verksamheter kan få del av dessa
- Systematisk information och utbildning till nyckelgrupper, särskilt verksamhetschefer och läkare
- Fortsatt stöd till införandet av IT-stödet Aha
- Öppen analys och redovisning av statistik från Aha.

5.5 Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå

Verksamhetscheferna har en central roll i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Det är verksamhetschefen som ansvarar för att alla medarbetare engageras, har rätt kompetens och får ansvar och befogenheter för att kunna bedriva en vård av god kvalitet.

I granskningen har ingått intervjuer med sex verksamhetschefer samt en enkät till sexton verksamhetsansvariga (däribland de som intervjuats). Intervjuerna och enkäten har bl.a. handlat om grunderna och ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet, områden som omfattas av systematiskt kvalitetsarbete, spårbarhet, egenkontroll och utvecklingsstöd. En mer fullständig redovisning av enkätsvaren finns i bilaga 5. I avsnittet nedan sammanfattas svaren under olika rubriker.

Verksamhetschefernas syn på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Sammanfattningsvis visar enkätsvaren och intervjuerna att det pågår ett aktivt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete även om spannet är ganska stort och ”mognaden” på olika nivå – en del verksamheter har kommit relativt långt, medan det inom andra verksamheter behövs betydande insatser för att utveckla ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Verksamhetschefernas enkätsvar visar att det finns ett antal generella förbättringsområden, vilket också bekräftas av de genomförda intervjuerna:

- *Grunder och ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet*
  Ledningssystemet behöver förtydligas på såväl övergripande nivå som verksamhetsnivå – så att det på alla nivåer finns en klar organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar/uppdrag samt uppföljningsbara/mätbara kvalitetsmål.
- *Bemötande*
  En klar policy och goda rutiner för bemötande av patienter och närstående är centralt för kvalitet och patientsäkerhet. Enkätsvaren visar att det finns förbättringsmöjligheter vad gäller policy/rutiner och informationsmaterial. Det gäller särskilt informationsmaterial på andra språk än svenska; flertalet svarar att det inte alls finns sådant material. Enkätsvaren visar också att verksamheternas uppföljning av ”patientnöjdhet” kan bedrivas på ett mer systematiskt sätt. Flertalet använder sig av patientenkäter, men inte alltid inom alla enheter. Några svarar att de f.n. planerar att börja med regelbundna patientenkäter
- *Metoder för diagnostik, vård och behandling*
  Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska det finnas dokumenterade rutiner för att styra och utvärdera introduktion, tillämpning och avveckling av metoder för diagnostik, vård och behandling. Enkätsvaren visar att här finns behov av förbättringar, särskilt vad gäller identifiering och avveckling av **inaktuella** metoder. Drygt 2/3 svarar att de inte alls har skrivna rutiner för detta.
- *Kompetens*
  Det verkar finnas en stor medvetenhet om vikten av att upprätthålla en hög kompetens i verksamheten, även om också detta område kan utvecklas. Nästan 2/3 svarar att de *delvis* gör bedömningar av hur den samlade kompetensen svarar mot verksamhetens behov. Socialstyrelsen betonar särskilt vikten av god introduktion till **all** ny personal samt personal som varit ledig en längre tid. Detta kan ställas mot att en fjärdedel svarar att så sker i viss mån.
- *Samverkan och samarbete*
  Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som ofta leder till klagomål. Enkätsvaren visar att det finns utrymme för förbättringar i detta avseende. Nästan 2/3 svarar att de *delvis* har rutiner för informationsöverföring och samverkan. Enligt Socialstyrelsen ska det finnas rutiner som tydliggör ansvaret för samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden. Det gäller både internt och mellan olika huvudmän.
- *Riskhantering och avvikelsehantering*
  Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal. Det är också viktigt att sammanställa och analysera avvikelser och ge återkoppling till medarbetarna, liksom att sprida kunskap till andra verksamheter.

Det stora flertalet verksamhetschefer svarar att det finns rutiner för hantering av avvikelser och klagomål samt även sammanställd statistik över sådana händelser. Verksamhetscheferna svarar också att det finns riktlinjer för hur riskanalyser ska utföras. Däremot anser de att planeringen för utbildning av personal i risk- och händelseanalys kan bli bättre, liksom förutsättningarna för att göra händelseanalyser vid allvarliga patientskador. Det är bara hälften av verksamhetscheferna som svarar att sådan analys alltid sker.

- *Medverkan i nationella kvalitetsregister*
  Enligt enkätsvaren medverkar flertalet verksamheter i relevanta kvalitetsregister. Svaren visar dock att flertalet bara *delvis* använder information i kvalitetsregister för analys av den egna verksamheten.

- *Återföring av avvikelser och klagomål till personal och landstingsledning*
  I landstingets patientsäkerhetsstrategi framhålls att varje händelse är en möjlighet till lärande, och att en lärande organisation ska ha strukturer som säkrar att lärdomar blir tillgängliga för alla. Det är därför viktigt att kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor är en naturlig del i mötesstrukturen.

  Av enkätsvaren framgår att återföring till medarbetare vanligen sker genom avdelningschef (motsv.) i olika mötesformer med personalen, främst arbetsplatsträffar (APT). Om en enskild person berörs, sker återföring även individuellt. Några nämner att systematiska genomgångar görs årligen för att hitta de förbättringsområden där man fått de flesta/allvarligaste avvikelserna. Flera av verksamhetscheferna framhåller att det nya systemet för avvikelserapportering (Aha) bör ge förutsättningar för en mer systematisk återföring och diskussion, både i verksamheten och i landstingsledningen.

- *Teknik*
  I landstingsplan 2008 framhålls att sjukvårdens medicintekniska utrustning utvecklas i snabb takt och att avancerad utrustning i allt större utsträckning finns på många håll i vården. Det medicintekniska ansvaret är i landstinget delegerat till varje verksamhetschef, som således ska säkerställa användningen av utrustning, produkter och system. Endast hälften av verksamhetscheferna svarar emellertid att det finns (eller åtminstone delvis finns) en lokal instruktion för medicintekniska produkter, vilken är fastställd av verksamhetschefen. Detta är således en fråga som måste uppmärksammas.

- *Spårbarhet*
  Med spårbarhet menas att åtgärder rörande en enskild patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. Drygt hälften av verksamhetscheferna svarar att man *absolut* kan identifiera och följa åtgärder som rör den enskilde patienten i verksamhetens dokumentation. Drygt en tredjedel svarar dock att detta kan ske endast *delvis*, vilket tyder på behov av förbättringar.

- *Egenkontroll*
  Flertalet verksamhetschefer svarar att det sker regelbundna uppföljningar av verksamhetens resultat och effekter. Frågan är dock om de då menar en systematisk egenkontroll på det sätt som Socialstyrelsen föreskriver. Intervjuerna och genomgången av verksamhetsdokumentation tyder på att här finns ett stort behov av utveckling och förbättring.

- *Utvecklingsstöd och IT-stöd*
  De flesta verksamhetscheferna anser att det finns ett visst utvecklingsstöd på **central** nivå. Så mycket som en fjärdedel svarar dock att det *inte alls* finns något utvecklingsstöd centralt. Några framhåller också att det saknas en övergripande samordning.

  En fjärdedel anser att de har *tillräckligt* utvecklingsstöd **lokalt**, medan drygt en fjärdedel anser att de *inte alls* har sådant stöd. Resten anser att det finns *visst* stöd lokalt. Detta har sannolikt att göra med att tillgången på verksamhetsutvecklare och analysledare skiljer sig mellan de verksamheter som medverkat i enkäten.

  Det är bara et fåtal verksamhetschefer som anser att det finns tillräckligt IT-stöd för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det gäller både central och lokal nivå. De flesta tycker att det *delvis* finns sådant stöd, medan några *inte alls* tycker så, och som därför anser sig ha stort behov av mer stöd. Några uttrycker också att det nya avvikelserapporteringssystemet ännu inte landat riktigt i verksamheten, och ännu inte kommer till nytta lokalt. Några lyfter också fram att brister i journalsystemet COSMIC omöjliggör analys av data och flöden etc.

  Som framhållits ovan finns det enligt BDOs mening anledning att överväga hur resurserna för det centrala och lokala utvecklingsstödet kan formeras så att det kommer all verksamhet till del.

- *Sytematiskt förbättringsarbete inom prioriterade riskområden*
  I landstingets patientsäkerhetsstrategi har ett antal prioriterade riskområden angivits. Verksamheternas arbete med dessa områden skiljer sig en del. *Vårdhygien* verkar vara ett område som flertalet arbetar intensivt med. *Fallskador* förefaller däremot ha lägre prioriterat (ibland beroende på att detta inte är aktuellt i verksamheten). *Läkemedelshantering*, *informationsöverföring* och *kommunikation* verkar vara relativt prioriterat.

- *Handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet*
  Knappt en tredjedel av verksamhetscheferna svarar att de har en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet i verksamheten, medan drygt en tredjedel svarar att en sådan plan inte har tagits fram. Resten svarar att de *delvis* har sådan plan.

BDOs kommentarer

Det generella intrycket av intervjuer och enkätsvar är att verksamhetscheferna är väl medvetna om sitt ansvar och tar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på stort allvar. Verksamhetscheferna visar överlag ett stort engagemang, men verkar ofta vara frustrerade över att ekonomin alltid kommer först. Bristen på tid gör att de ofta tvingas till prioriteringar där patientsäkerhetsarbetet och utvecklingen av vården får stå tillbaka för kraven på hög sjukvårdsproduktion och en ekonomi i balans. Verksamhetscheferna verkar däremot inte alltid vara helt medvetna om kostnaderna för kvalitetsbrister och vårdskador och inte heller inse att ett systematiskt kvalitetsarbete ger vinster både i det korta och det långa perspektivet.

Var tredje verksamhetschef anser att vårdgivarens direktiv för själva uppdraget är otydliga både när det gäller sakinnehåll och omfattning. Enkätsvaren visar också att flertalet verksamhetschefer anser att ledningsstrukturen inte är helt tydlig – vare sig på övergripande nivå eller verksamhetsnivå – samt att kvalitetsmål och direktiv för kvalitets- och säkerhetsarbetet kan bli tydligare.

Verksamhetschefernas bedömning av risknivån i verksamheten är naturligen beroende av verksamhetens karaktär. Flertalet av de svarande anser att risknivån är *hög* eller *mycket hög*, medan ca en tredjedel anser att den är måttlig eller låg. Det stora flertalet svarande bedömer också att det finns ett *högt* eller *mycket högt* riskmedvetande hos medarbetarna, liksom att det finns ett *aktivt* eller åtminstone *ganska aktivt* riskreduceringsarbete i verksamheten. Med hänsyn till den höga risknivån är det enligt BDO rimligt att förvänta sig att avvikelserapporteringen ligger på en högre nivå än den nuvarande (se sid. 21).

Verksamhetscheferna är väl medvetna om vilka de huvudsakliga patientsäkerhetsriskerna är i verksamheten och alla har i åtminstone någon mån vidtagit åtgärder för att minska de risker som finns. SKLs ”Nationell satsning för ökad patientsäkerhet” har på ett konkret sätt ökat verksamhetens fokus på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Enligt BDOs mening kan det dock finnas anledning att överväga en tydligare styrning och uppföljning av arbetet inom samtliga prioriterade riskområden.

Nationella och internationella *kvalitetsregister* har under senare år fått en allt viktigare roll i kvalitetsutvecklingen eftersom de möjliggör uppföljning av behandlingsprocesser och behandlingsresultat för stora patientgrupper. Av enkätsvaren framgår att flertalet verksamhetschefer medverkar i relevanta kvalitetsregister, men att rapporteringen generellt sett kan bli bättre samt att användningen av registren för analyser och jämförelser är ett utvecklingsområde. För att på ett bättre sätt kunna bedöma verksamhetens kvalitet kan det därför finnas anledning att ställa tydligare krav på medverkan i och användning av olika kvalitetsregister samt återföring av information till verksamheten.

Väl fungerande former för en systematisk *återföring* av information om avvikelser är grundläggande i det systematiska kvalitetsarbetet, och därmed ett angeläget utvecklingsområde. Enkätsvaren tyder på att det finns rutiner för återföring av information och erfarenheter till medarbetarna inom flertalet verksamheter, men att det generellt sett finns anledning att diskutera och utveckla formerna för återföring av förbättringskunskap till verksamheten.

Enligt landstingets patientsäkerhetsstrategi ska *handlingsplaner* för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tas fram på alla nivåer i landstinget. Som framgått av enkätsvaren saknar flertalet en sådan plan – helt eller delvis. Här finns enligt BDO ett uppenbart behov av fortsatt utvecklingsarbete. Enligt BDOs mening bör det på varje enhet finnas en dokumenterad och känd handlingsplan som beskriver ansvar, roller och rutiner avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt även process- och resultatmål för arbetet. Handlingsplanen ska självfallet följas upp regelbundet.

En väl fungerande *egenkontroll* – dvs. en regelbunden och systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder – är grundläggande i allt kvalitets- och säkerhetsarbete. Av granskningens intervjuer, enkätsvar och dokumentstudier framgår att detta är betydande utvecklingsområde inom landstinget. BDO kan dock konstatera att landstingsledningen i viss mån uppmärksammat detta behov och i landstingsplan 2009 uttrycker ambitioner vad gäller utvecklingen av egenkontrollerna.

Sammanfattningsvis finns enligt BDOs mening en stor medvetenhet och goda ambitioner på verksamhetsnivån för att utveckla och stärka det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det finns också generella utvecklingsområden:

- Realistiska förutsättningar för verksamhetscheferna att prioritera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Utveckling av ledningsstrukturen på verksamhetsnivå med konkreta mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt dokumenterade handlingsplaner, rutiner, instruktioner etc. på varje enhet
- Systematisk avvikelsehantering inklusive en kontinuerlig uppföljning av rapporterade avvikelser och vidtagna åtgärder samt en systematisk återföring av information och förbättringskunskap till medarbetarna
- Konsekvent rapportering till relevanta kvalitetsregister, systematisk användning av kvalitetsregister för analys och jämförelser samt återföring av information till verksamheten
- Utveckling av en väl fungerande egenkontroll.

6 Slutsatser och rekommendationer

Landstinget i Värmland har under senare år arbetat på olika sätt för att utveckla och stärka kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i vården. Landstingsfullmäktige har fattat ett antal beslut och landstingsstyrelsen vidtagit en rad åtgärder. Hit hör:

- Beslut om styrdokument – ”Riktlinjer och råd för avvikelsehantering” och ”Strategi för patientsäkerhet”
- Utveckling av metodik för risk- och händelseanalys
- Utbildning av analysledare
- Införande av IT-stöd för avvikelsehantering – Aha-systemet
- Medverkan i SKLs ”Nationell satsning för Ökad patientsäkerhet”
- Utveckling av strategiska mål och framgångsfaktorer i styrkortet med bäring på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Granskningen visar att det finns relativt mycket resurser för utvecklingsstöd (verksamhetsutvecklare och analysledare), och även ambitioner att tydliggöra organisering och uppdrag för dessa med syfte att effektivisera användningen denna resurs. Det finns även olika grupperingar i verksamheten, vilka kan utvecklas och ge förutsättningar för en aktiv medverkan från verksamheten i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Hit hör de tvärgående kompetensgrupperna, nätverket för verksamhetsutvecklare och kontaktpersongruppen för nationella patientsäkerhetssatsningen.

Genom införandet av IT-stödet Aha har landstinget skapat förutsättningar för en systematisk avvikelserapportering. Det är dock viktigt att komma ihåg att IT-systemet enbart är ett instrument som inte i sig säkerställer en fungerande avvikelsehantering. Socialstyrelsens definition av avvikelsehantering lägger stor tyngd på analys, åtgärder och återkoppling till berörda medarbetare i syfte att lära av inträffade vårdskador och tillbud.

Vidare kan betonas att en fungerande avvikelsehantering är grundläggande, men bara **ett** av de krav som Socialstyrelsens föreskrifter ställer. Andra krav handlar om en tydlig ledningsstruktur, aktivt arbete med utformning av säkra rutiner för olika vård- och arbetspro-

cesser, utbildning/fortbildning, strukturerad erfarenhetsåterföring till hela organisationen samt sist men inte minst en systematisk egenkontroll. I granskningen har framgått att alla dessa delar kan utvecklas, och att särskilt egenkontrollen är ett viktigt utvecklingsområde.

BDOs generella intryck är att det finns en stor medvetenhet både hos landstingsledningen och vårdens verksamhetschefer om vikten av ett sytematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Granskningen visar dock att den övergripande styrningen och uppföljningen behöver bli tydligare. Det gäller såväl den politiska ledningen som tjänstemannaledningen. Enligt BDOs mening finns det anledning att fokusera mer på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna som en central del i verksamheten och låta detta komma till uttryck på ett tydligare sätt i både organisationen, styrningen och uppföljningen – inte minst för att få en mer kostnadseffektiv vård.

BDO anser att det finns behov av att diskutera hur den övergripande ledningsstrukturen kan tydliggöras och utvecklas. I det sammanhanget bör behovet av en chefläkarfunktion och/eller en särskild funktion/enhet för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor prövas. Det finns också anledning att på ledningsnivå prioritera arbetet med att effektivisera organiseringen av det utvecklingsstöd som verksamhetsutvecklare och analysledare ger.

På den politiska nivån finns anledning att överväga hur formerna för den politiska styrningen och uppföljningen kan utvecklas. Enligt BDOs bedömning skulle ett särskilt utskott under landstingsstyrelsen innebära en betydelsefull fokusering på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågorna och ge signaler till verksamheten om vikten av ett systematiskt kvalitetsarbete. Detta är angeläget inte minst med hänsyn till de stora både ekonomiska och mänskliga kostnader som är förknippade med vårdskador och tillbud. En regelbundet återkommande punkt på dagordningen i både landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen skulle också innebära en tydlig markering av kvalitets- och säkerhetsfrågornas betydelse.

Avslutningsvis vill BDO även framhålla att öppenhet kring anmälningar, avvikelser och resultat är viktigt för att landstingets invånare ska kunna känna sig trygga och se vilken kvalitet de får för sina skattepengar. I dokumentet ”Planeringsförutsättningar” som är en bilaga till landstingsplan 2008 framhålls också vikten av att medborgarna har tillgång till redovisning av vårdens olika resultat. Enligt BDO finns därför anledning att överväga hur den information om kvalitet och patientsäkerhet som landstinget sammanställer i olika system och rapporter kan återföras på ett bra sätt till såväl verksamhet och politisk ledning, som till medborgare och patienter. I detta sammanhang är externwebben och intranätet viktiga hjälpmedel som kan utvecklas.

BDO kan således konstatera att det pågår ett arbete för att stärka och utveckla kvaliteten och patientsäkerheten i Landstinget i Värmland. Enligt BDOs mening finns dock anledning att överväga olika åtgärder för att förtydliga och kraftsamla organisationen och resurserna för detta arbete. I denna rapport framhålls ett antal förbättringsområden som sammanfattas nedan i punktform. Avgörande framgångsfaktorer är dock som alltid ledningens tydliga engagemang och verksamhetens aktiva medverkan.

Vårdgivarnivån

- Tydligare former för den politiska styrningen och uppföljningen, t.ex. genom ett särskilt utskott under landstingsstyrelsen

- Bättre återföring till den politiska nivån, t.ex. genom en regelbundet återkommande punkt på dagordningen om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Tydligare övergripande ledningsstruktur på tjänstemannanivån, formellt och i praktiken
- Inrättande av en chefläkarfunktion och/eller en särskild enhet/funktion för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Effektivare organisering och tydligare uppdrag för verksamhetsutvecklare och analysledare samt utveckling av formerna för en aktiv medverkan från verksamheterna
- Fortsatt utveckling av mål och framgångsfaktorer med bäring på god vård och ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Användning av mer konkreta resultatmått i den övergripande uppföljningen och utvärderingen av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Regelbundna kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger med verksamheten
- Mer systematisk användning (analys och jämförelser) av uppföljningsresultat som underlag för utvecklings- och förbättringsarbete
- Systematisk information och utbildning till nyckelgrupper, särskilt verksamhetschefer och läkare
- Realistiska förutsättningar för verksamhetscheferna att prioritera kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet
- Fortsatt stöd till införandet av IT-systemet Aha samt en öppen analys och redovisning av statistik från Aha
- Mer effektiv användning av intranätet och externwebben som redskap för att sprida information och förbättringskunskap.

Verksamhetsnivån

- Utveckling av ledningsstrukturen på verksamhetsnivå med konkreta mål för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet samt dokumenterade handlingsplaner, rutiner, instruktioner etc. på varje enhet
- Jämnare fördelning av resurserna för utvecklingsstöd (verksamhetsutvecklare och analysledare)
- Konsekvent rapportering till relevanta kvalitetsregister och systematisk användning av kvalitetsregister för analys och jämförelser för att få ett lärandestyrt förbättringsarbete
- Händelseanalyser vid alla allvarliga händelser (Lex Maria-ärenden)
- Riskanalyser för att identifiera risker vid införande av nya processer, tekniker, metoder, organisationsförändringar etc.
- Systematisk avvikelsehantering inklusive en kontinuerlig uppföljning av rapporterade avvikelser och vidtagna åtgärder samt en systematisk återföring av information och förbättringskunskap till medarbetarna
- Utveckling av en väl fungerande egenkontroll.

I BDOs uppdrag har ingått att:

- beskriva och analysera landstingsstyrelsens beslut med anledning av författningskraven
- beskriva på viket sätt kvalitetssystemen och kvalitetsarbetet återkopplas till beslutande organ i syfte att öka kunskapen om kvaliteten i vården

- beskriva på vilket sätt kvalitetssystemen och resultatet av kvalitetsarbetet implementeras i verksamheten i syfte att utveckla kvaliteten i vården, samt att
- bedöma om landstingsstyrelsen på ett tillfredsställande sätt tagit sitt ansvar för att säkerställa och utveckla kvaliteten i vården.

Det är BDOs förhoppning att denna rapport belyst dessa frågor på ett tillräckligt sätt och att rapporten ska bidra till en fortsatt utveckling av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i Landstinget i Värmland.

Det är BDOs samlade bedömning att landstingsstyrelsen tar sitt ansvar på ett tillfredsställande sätt för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i vården, även om betydligt mer kan göras för att säkerställa ett systematiskt, uthålligt och framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i Landstinget i Värmland.

BDO Nordic Consulting Group AB

Bilaga 1

Förteckning dokument, intervjuer och enkätmedverkan

Granskade dokument

Landstingsplan 2008-2011, samt bilagorna:
- medicinska utvecklingsområden
- styrkort
- divisionernas uppdragsbeskrivningar
- patientsäkerhetsstrategi
- planeringsförutsättningar

Landstingsplan 2009, samt bilagorna:
- landstingets systemmått
- landstingets styrkort
- hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och övriga verksamheters uppdrag
- planeringsförutsättningar

Divisions- och verksamhetsplaner 2008

Helårsrapport och bokslut 2007

Rapport 1 medprognos 2008

Rapport 2 - Delårsbokslut, prognos och verksamhetsuppföljning 2008, Uppföljn. t.o.m. april

Rapport 3 – Verksamhetsuppföljning med prognos, januari – augusti 2008

Strategi för uppföljning ”Vad får vi för pengarna?” (2008)

Årsrapport avseende anmälningar till HSAN, SoS (Lex Maria), Patientförsäkringen (PSR) – 2007, 2006, 2005, 2004

Verksamhetsberättelse från Patientnämnden – 2007, 2006, 2005

Statistik från Patientnämnden avseende perioden 2008-01-01—2008-06-30

Utveckling av styrning och ledning inom Landstinget i Värmland (LK 061174)

Reglemente för landstingsstyrelsen

Delegeringsordning för landstingsstyrelsen

Delegering till landstingsdirektör/bitr. landstingsdirektör resp. divisionschef/stabschef

Strategi för patientsäkerhet (2007, rev. 2008-09-19)

Riktlinjer och råd för avvikelsehantering i Landstinget i Värmland (2005)

Säkerhetsprogram för Landstinget i Värmland

PM om Strategisk Omvårdnadsgrupp (LK 042411)

Svar på Socialstyrelsens frågor om patientsäkerhet ((LK 081461)

Riktlinjer för information och kommunikation inom Landstinget i Värmland (LK 071984)

Data från IT-systemet för avvikelsehantering (Aha)

Protokoll från landstingsstyrelsens sammanträden under 2008

Protokoll från landstingsfullmäktiges sammanträden under 2008

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008 – landstingsprofil för Värmland (SKL och SoS)

Tillsyn av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete; skrivelse från Socialstyrelsen (LK 081461)

Svar på Socialstyrelsens frågor om patientsäkerhetsarbete (LK 081461)

Diverse underlag från granskade enheter – t.ex. verksamhetsplan, styrkort, uppföljning av styrkort, statistik över tillgänglighet, avvikelser, klagomål etc., rutiner för olika vård- och behandlingsmoment, processer etc., sammanställning över relevanta kvalitetsregister, kompetens/utbildningsplan, kvalitetsplan (Torsby)

Intervjuer

Landstingets kansli
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för Utvecklingsstaben
Verksamhetsutvecklare vid Utvecklingsstaben

Division medicin
Divisionschefen
Verksamhetschefen för Internmedicin i Karlstad
Sjukhuschefen i Torsby

Division opererande specialiteter
Verksamhetschefen för Kirurgi i Arvika
Verksamhetschefen för IVA i Karlstad
Verksamhetsutvecklare

Division diagnostik
Verksamhetschefen för Laboratoriemedicin Värmland

Division allmänmedicin
Verksamhetschefen för Vårdcentralen Gripen

Telefonintervjuer

Landstingets kansli – Utvecklingsstaben
Chefen för enheten för Patient- och medborgarservice
Handläggare vid Patientnämnden
Projektledare för avvikelsesystemet Aha
Anmälningsansvarig för Lex Maria ärenden m.m.

Enkätmedverkan

Allmänmedicin
Verksamhetschefen för Vårdcentralen Gripen
Verksamhetschefen för Vårdcentralen Skåre

Division Diagnostik
Verksamhetschefen för Laboratoriemedicin Värmland
Verksamhetschefen för Radiologi Karlstad

Division Hälsa, habilitering och rehabilitering
Verksamhetschefen för HHR Arvika

Division Länsspecialiteter
Verksamhetschefen för Kvinnosjukvård
Verksamhetschefen för Hud
Verksamhetschefen för Barn- och ungdomsmedicin

Division Medicin
Verksamhetschefen för Internmedicin Karlstad
Verksamhetschefen för Infektionsmedicin
Sjukhuschefen i Torsby

Division opererande specialiteter
Verksamhetschefen för IVA Karlstad
Verksamhetschefen för Kirurgi Arvika
Verksamhetschefen för Onkologi
Verksamhetschefen för Ortopedi Karlstad

Division Psykiatri
Verksamhetschefen för Psykiatrisk sluten vård

Bilaga 2

Regelverk

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL; SFS 1982:763)

Av 31 § HSL framgår att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt 28 § HSL ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Sammantaget utgör dessa paragrafer grunden för det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården, vilket uttrycks på följande sätt i SOSFS 2005:12 § 3:

> *Vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten ska det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet i hälso- och sjukvårdslagen.*

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS; SFS 1998:531)

Enligt LYHS ska på hälso- och sjukvårdspersonal rapportera om en patient har utsatts för risk för eller drabbats av allvarlig skada eller sjukdom i samband med hälso- och sjukvård (2 kap 7 §). Det finns också krav på att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (2 kap 1 §).

Lagen innehåller även kraven på behörighet och legitimation. I 5 kap 1 och 2 § påpekas särskilt att bestämmelserna om disciplinpåföljder gäller personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen i sådan yrkesutövning som har betydelse för patientsäkerheten.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) beskriver grunderna för hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas inom hälso- och sjukvården och reglerar vårdgivarens ansvar för att upprätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. De områden som berörs är:

- Bemötande av patienter
- Metoder för diagnostik, vård och behandling
- Kompetens
- Samverkan och samarbete
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik
- Spårbarhet i dokumentationen
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

Av föreskrifterna framgår att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten. Vidare framgår hur ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska fördelas mellan vårdgivaren, verksamhetschefen och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Patientsäkerhet lyfts fram som ett grundläggande krav på god vård. Föreskrifterna anger en terminologi för patientsäkerhetsarbete och ställer krav på hur kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet ska genomföras.

Krav på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

I SOSFs 2005:12 § 4 ställs bl.a. följande krav:

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet ska vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet ska

- syfta till att förebygga vårdskador
- utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna
- vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning
- utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp, och vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen.
-

Ansvarfördelning

I SOSFS 2005:12 beskrivs tre ansvarsnivåer – vårdgivaren, verksamhetschefen samt hälso- och sjukvårdspersonalen/medarbetarna – med en ansvarsfördelning enligt nedan

Vårdgivaren/ landstingstyrelsen ska

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Det innebär bl.a. att vårdgivaren

- ska säkerställa att chefer och medarbetare har kompetens, engagemang, ansvar och befogenheter för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- ska efterfråga och följa upp mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande
- bör av kliniker/enheter kräva medverkan i olika nationella och internationella kvalitetsregister för att på så sätt kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

Verksamhetschefen ska

- inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
- ansvara för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås
- ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården.

Det innebär bl.a. att verksamhetschefen

- ska ansvara för att alla medarbetare engageras och har rätt kompetens och befogenheter för att bedriva en vård av god kvalitet
- ska ansvara för att operativa verksamhetsmål formuleras så att de är mätbara och för att målen nås
- bör ta fram mätbara mål, mått och mätrutiner för viktiga processer, även verksamhetsöverskridande
- bör ansvara för att utfallet analyseras, medarbetarna delges resultatet samt åtgärder initieras.

Medarbetaren ska

inom ramen för verksamhetens ledningssystem kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i

- framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
- risk- och avvikelsehantering
- uppföljning av mål och resultat.

Vad är ett ledningssystem

Som vägledning till Socialstyrelsens föreskrifter finns handboken ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”. I vägledningen definieras ett *ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet* som ett system för att

- fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten,
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven samt
- följa upp och utvärdera dessa mål.

Enligt vägledningen innebär föreskriftens krav på ledningssystem att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning. Systemets ändamålsenlighet för att leda och styra verksamheten mot de uppställda målen ska kontinuerligt utvärderas och förbättras. Syftet med ledningssystemet är att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga risker och misstag som kan leda till vårdskador.

Riskhantering och avvikelsehantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter är tydliga riktlinjer och rutiner för riskanalys och för hantering av avvikelser och klagomål centrala delar i ett systematiskt kvalitetsarbete.

Med *riskhantering* avses rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna. Inför för-

ändringar, exempelvis organisationsförändringar eller införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna.

Med *avvikelsehantering* avses rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna. Rapportering av negativa händelser och tillbud är en skyldighet och ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten och utgör en av grunderna för förbättrad patientsäkerhet. Ledningssystemet ska även innehålla rutiner för anmälan till myndighet när en anmälan enligt gällande författningar ska göras. Det kan t.ex. vara frågan om en Lex Maria-anmälan.

Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

I Socialstyrelsens vägledning ”God vård” förtydligas att *egenkontrollen* avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder. De interna processerna ska analyseras utifrån fastställda mål och mått – och om risker och avvikelser (negativa händelser och tillbud) identifieras – åtgärder vidtas för att identifiera orsaker och göra förbättringar. Vidare framhålls att det är lämpligt att använda nationella och internationella indikatorer, register och databaser för uppföljning av utvecklingen över tid och jämförelser med andra.

Vidare framhålls i vägledningen att det i verksamhetens dokumentation ska ingå mål, organisation, ledning och styrning av aktiviteter, processbeskrivningar, kvalitetsrutiner samt beskrivning av verksamhetens effekter. Av verksamhetsberättelsen bör framgå i vilken grad målen uppnåtts inklusive effekter av vård och omhändertagande, patienternas och de närståendes uppfattning, ledningssystemets effekter, förbättringsåtgärder och effekterna av dessa. Genomgång och utvärdering av ledningssystemet bör genomföras med bestämda intervall. Observationer, slutsatser och rekommendationer som framkommer bör dokumenteras som underlag för nödvändiga åtgärder.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28)

I denna föreskrift finns bestämmelser om att vårdgivare är skyldiga att anmäla händelser som medfört att en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, eller utsätts för risk för allvarlig skada eller sjukdom. Anmälan enligt Lex Maria ska göras till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens förordning (1996:933) resp. allmänna råd (SOSFS 1997:8)om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård

I *förordningen* anges vilka särskilda uppgifter som en verksamhetschef har ansvar för - däribland sådana med direkt bäring på patientsäkerhet. Av de *allmänna råden* framgår att ledningen av all hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Ledningsansvaret bör vara tydligt, både ur ett patientperspektiv och ett tillsynsperspektiv. För patienter, anhöriga och personal liksom för tillsyndmyndigheten, bör det finnas en bestämd person att vända sig till rörande frågor om verksamheten.

Socialstyrelsens definitioner

Övergripande terminologi

ledningssystem	system för att fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten och ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål
kvalitet	grad till vilken en verksamhet uppfyller ställda krav
vårdgivare	fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård
verksamhetschef	befattningshavare som svarar för verksamheten
hälso- och sjukvårds-personal	personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård

Patientsäkerhetsterminologi

vårdskada	lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd
negativ händelse	händelse som medfört vårdskada
tillbud	händelse som hade kunnat medföra vårdskada
avvikelse	negativ händelse eller tillbud
avvikelsehantering	rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna
risk	möjligheten att en negativ händelse skall inträffa
riskhantering	rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna
patientsäkerhetsarbete	arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
patientsäkerhet	skydd mot vårdskada

Bilaga 3

Mål som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

MÅL OCH FRAMGÅNGSFAKTORER PÅ ÖVERGRIPANDE NIVÅ

Under denna rubrik sammanställs de målformuleringar avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som finns i landstingsgemensamma dokument – landstingsplan 2008, balanserade styrkortet 2008, samt strategin för patientsäkerhet.

Prioriterade åtgärdsområden i landstingsplan 2008

I direktiven för landstingsplanen lyfte den politiska ledningen fram fem områden som särskilt angelägna. I planen redovisas dessutom ytterligare sex viktiga områden. Av de sammanlagt elva prioriterade områdena berör främst tre det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet:

- Tillgänglighet (inkl. bemötande) och vårdgaranti
- Patientsäkerhet
- Jämlikhet i vården.

Systemmått på övergripande nivå

Landstinget i Värmland har under 2008 börjat använda ett antal s.k. systemmått för att följa verksamheten i sin helhet. Måtten visar utvecklingen av ett antal strategiskt viktiga områden över tiden. På systemmåttsnivå finns även jämförelser på nationell nivå.

Följande systemmått är av särskilt intresse i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet:

- Sjukhusmortalitet
- Antal patientskador som ersätts från LÖF
- Upplevd vårdkvalitet
- Tillgänglighet

Balanserade styrkortet 2008

Sammanfattningsvis finns *sju* s.k. avgörande framgångsfaktorer/mål idet övergripande styrkortet som har bäring på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Av dessa kan fem beskrivas som processmål och två som kvalitetsmål (Tillgänglighet respektive Bemötande).

1. Strategiskt mål för Medborgarperspektivet:

God, förebyggande och hälsofrämjande vård

Avgörande framgångsfaktorer/mål:

- ***Tillgänglighet***
  Alla divisioner och övriga verksamheter klarar vårdgarantin eller alternativ målsättning för tillgänglighet för verksamheter som ej omfattas av vårdgarantin.
- ***Säker, förebyggande och hälsofrämjande vård***
  Alla divisioner och övriga verksamheter arbetar aktivt med den nationella patientsäkerhetssatsningen.

- ***Bemötande***
  Ökande andel medborgare som upplever att de får ett gott bemötande.

2. Strategiskt mål för Processperspektivet

Effektiv verksamhet

Avgörande framgångsfaktorer/mål:

- ***Tydliga uppdrag***
  Alla divisioner och övriga verksamheter klarar målen avseende produktion och definierar *mål avseende kvalitet*.

3. Strategiskt mål för Utvecklingsperspektivet

Patientfokuserad utveckling

Avgörande framgångsfaktorer/mål:

- ***Systematisk kvalitetsuppföljning***
  Alla divisioner och övriga verksamheter arbetar systematiskt med avvikelsehantering. – Händelseanalyser genomförs av samtliga allvarliga patientskador.
- ***Fokuserad utveckling***
  100 procents genomförande av satsningsområden och aktiviteter.

4. Strategiskt mål för Medarbetarperspektivet

Ansvarstagande och god arbetsmiljö

Avgörande framgångsfaktorer/mål:

- ***God personalplanering***
  Alla divisioner/verksamheter har kompetensförsörjningsplaner för alla yrkeskategorier.

Strategin för patientsäkerhet

Strategins *övergripande* mål är att genom riskförebyggande arbete eliminera undvikbara risker, skador och dödsfall samt därmed förknippat lidande. Vägen att nå det övergripande målet omfattar sex utvecklingsområden, varav de fem första kan sägas ge förutsättningar för det sjätte:

1. Samverkan med patienter
2. Utveckling av ett systemtänkande
3. Byggande av en lärande organisation
4. Stöd till säkerhetsarbetet
5. Skapande av en säkerhetskultur
6. Arbete med prioriterade riskområden.

Förväntade effekter av patientsäkerhetsarbetet är enligt strategin:

- Trygga patienter och närstående
- Minskad frekvens av vårdskador
- Effektivare vårdprocess
- Minskade kvalitetsbristkostnader t ex minskade kostnader för patientförsäkringen
- Förbättrad arbetsmiljö

- Ökning av antalet rapporterade avvikelser
- Minskning av antalet händelser med hög allvarlighetsgrad
- Förbättrad säkerhetskultur.

I strategin anges ett antal aktiviteter som ska genomföras inom de olika utvecklingsområdena:

1. Samverkan med patienter
- Utarbeta och implementera informationsmaterial till patienter
- Utarbeta och implementera en strategi för patientens lärande
- Initiera förbättringsarbeten utifrån synpunkter och klagomål
- Förbättra tillgängligheten.

2. *Utveckling av ett systemtänkande*
- Utveckla systemtänkandet genom ett systematiskt analysarbete

3. Byggande av en lärande organisation
- Utveckla strategier för kunskapsutveckling, samt spridning av kunskap och erfarenheter
- Ledarskapsutveckling med fokus på patientsäkerhet

4. Stöd i säkerhetsarbetet
- Tydliggöra en landstingsövergripande och sammanhållande organisering/organisation som driver och stödjer utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet
- Tillhandahålla arenor för ett aktivt patientsäkerhetsarbete

5. Skapande av en säkerhetskultur
- Återkommande mätning av organisationens säkerhetsklimat

6. Arbetet med prioriterade riskområden
- Nationell satsning för ökad patientsäkerhet:
    - förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner
    - förebygg infektioner vid centrala venösa infarter
    - förebygg postoperativa sårinfektioner
    - förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar
    - förebygg fallskador i samband med vård
    - förebygg trycksår i samband med vård
- Brister i informationsöverföring
- Brister i dokumentation
- Brister i kommunikation patient/personal/annan vårdgivare

BDO Nordic Consulting Group AB

Bilaga 4

Mål som berör kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

MÅL OCH FRAMGÅNGSFAKTORER PÅ DIVISIONSNIVÅ

Under denna rubrik sammanställs de framgångsfaktorer, mått och mål (kort och lång sikt) avseende kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som finns i respektive divisions styrkort för 2008.

Divisionernas styrkort följer i stort det övergripande styrkortet, men skiljer sig en del till innehåll och omfattning. Divisionernas mål innebär genomgående en konkretisering av de övergripande målen. Det finns både processmål (dvs. mål som avser ett systematiskt kvalitetsarbete) och kvalitetsmål (dvs. mål som avser den faktiska kvaliteten).

Division Allmänmedicin

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Att vi har god tillgänglighet	Andel vc som infört nytt telefonsystem Vårdgarantin	100 %. Ökande trend i procent under året	Förbättrad telefontillgänglighet. 90 % besvarade samtal inom 9 min 100 % enligt vårdgarantin
Att vi har säker och förebyggande vård	Andel medborgare med fast familjeläkare	85 % av alla >75 år har fast familjeläkare	Alla värmlänningar som önskar har fast familjeläkare
Att vi har gott bemötande	Patientupplevt bemötande	Ökande andel nöjda patienter	Över 90 % nöjda patienter
Evidensbaserad kunskap	Andel vc som registrerar i NDR Andel skrivna FAR[11] Andel där journalen innehåller uppgift om rökvanor	75 %. Ökande trend i % under året Över 75 %.	Över 90 %
Att vi har systematisk kvalitetsuppföljning	Andel vc som arbetar aktivt med avvikelsehantering	100 % av vc infört landstingets system. Ökande trend i procent inkomna avvikelser	Öka inkomna avvikelser med 50 % samt att hantera och överföra åtgärder inom divisionen
Att vi har fokuserat utvecklingsarbete	Antal nya familjecentraler Antal ungdomsmottagningar med samarbetsteam	Minst elva kommuner i Värmland har familjecentral 90 % av länets ungdomsmottagningar har ett fungerande samarbetsteam	Alla kommuner har familjecentral 2011 100 %

[11] Fysisk Aktivitet på Recept

Division Diagnostik

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Tillgänglighet	Antal länsenheter/VO som klarar motsvarande målsättning som vårdgarantin eller alternativ	Alla länsenheter/VO klarar motsvarande vårdgarantin eller alternativ målsättning relevant för resp. verksamhet	Alla Vo klarar motsvarande målsättning som vårdgarantin eller alternativ målsättning för resp verksamhet och vårdprocess
Säker och förebyggande vård		Divisionen ska hitta mål och mått utifrån den från nationella pat.säkerhetsstrategin 2008	Systematisk patientsäkerhetsarbete i enlighet med LiVs strategi
Bemötande	Upplevt bemötande i %	Alla länsenheter/VO (som har direkt kontakt m. pat.) ska mäta patientupplevd bemötande	Ökande andel god patientupplevelse
Tydliga uppdrag	Antal länsenheter/VO som uppfyller målen	Alla länsenheter/VO ska klara sina mål avseende budgeterad produktion och kvalitet	Genomförda uppdrag ska motsvara vårdens behov
Effektiva processer	Antal länsenheter/VO som förbättrar flöde Antal VO som uppfyller målen för svars- och väntetider	Alla länsenheter/VO (för de VO där det är relevant med flödeskvot) ska förbättra flöde Alla länsenheter/VO ska ha definierade mål för svars- och väntetider	Alla VO ska ha definierade mål för svars- och väntetider som fastställs i dialogforum med övr. divisioner Alla ska ha positiv trend i flödeskvot
Följsamhet mot vårdens förändringar	Antal genomförda diagnostikråd	Systematisk samverkan med vården, via diagnostikråd som genomförs under året	Division diagnostik finns alltid med i planering av förändrade relevanta vårdprocesser
Systematisk kvalitetsuppföljning	Antal länsenheter/VO	Alla länsenheter/VO ska använda avvikelserapportsystemet för förbättringsarbete/verksamhetsutveckling Händelseanalys genomförs på samtliga allvarliga patientskador	Alla länsenheter/VO ska ha system för kvalitetssäkring Alla länsenheter/VO ska ha fastställda och målsatta kvalitetsindikatorer med optimal medicinsk kvalitet
Fokuserat utvecklingsarbete	Antal enheter	Alla länsenheter/VO ska ha genomfört minst ett utvecklingsarbete inom områdena patientsäkerhet, tillgänglighet eller vårdkvalitet	Divisionen ska utveckla nyckeltal och måltal för utvecklingsarbetet inom planperioden
God kompetensförsörjning	Andel länsenheter/VO som har en kompetensförsörjningsplan för bristyrkeskategorier	Alla länsenheter/VO ska ha en kompetensförsörjningsplan för bristyrkeskategorier	Full bemanning motsvarande behov

Division HHR

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Att vi har god tillgänglighet	Andel enheter	Alla enheter som omfattas av vårdgarantin ska uppfylla den Alla enheter uppfyller att 80 % av medborgarna är nöjda med telefontillgängligheten	Alla enheter som omfattas av vårdgarantin ska uppfylla den Alla enheter uppfyller att 90 % av medborgarna är nöjda med telefontillgängligheten
Att vi erbjuder en säker rehabilitering o habilitering	Ja/nej	Att den nationella patientsäkerhetssatsningen är känd i HHR ledningsgrupp	Att vi arbetar aktivt med den nationella patientsäkerhetssatsningen
Att vi har ett gott bemötande	Andel enheter	Alla enheter uppfyller att 95 % av patienter/brukarna är nöjda med bemötandet	Alla enheter uppfyller att 95 % av patienter/brukarna är nöjda med bemötandet
Att vi har ett hälsofrämjande synsätt	Andel enheter Resultat i livsstilsenkät för patienter/brukare	Alla enheter implementerar divisionens strategi för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (senast dec 2009) Förbättrat resultat i mätningar som görs hösten 2007	Alla enheter implementerar divisionens strategi för hälsofrämjande hälso- och sjukvård (senast dec 2009) Fortsatt utveckling av hälsofrämjande arbetssätt
Att vi har tydligt beskrivna uppdrag	Andel enheter	Alla enheters uppdragsbeskrivningar innehåller produktionsmått och prioriteringar Alla enheter klarar sina mål avseende produktion	Alla enheters uppdragsbeskrivningar innehåller *kvalitetsmått*, produktionsmått och prioriteringar Alla enheter klarar sina mål avseende produktion och *kvalitet*
At vi har effektiva processer	Andel enheter Antal huvudprocesser	Alla enheter har min 1 i flödeskvot (de som ej uppfyller vårdgarantin <1) Tre huvudprocesser beskrivs (rehab.processen, hab.processen o förebyggande processen	Alla enheter har min 1 i flödeskvot (de som ej uppfyller vårdgarantin <1) Alla huvudprocesser beskrivs
Att vi har en systematiskt-kvalitetsuppföljning	Ja/nej Andel enheter Antal avvikelser	På divisionsnivå följs de kvalitetsregister upp som har anknytning till våra verksamheter HHR utformar en strategisk plan för införande av ICF[12] Ökande trend av rapporterande avvikelser	På divisionsnivå följs de kvalitetsregister upp som har anknytning till våra verksamheter Alla enheter tillämpar ICF inom hela eller delar av sin verksamhet. Div. har en strategi för avvikelsehantering (inkl händelseanalys)
Att vi bedriver ett fokuserat utvecklingsarbete	Andel/antal enheter	Alla enheters samverkansforum ska ha fastställt syfte och mål. Sex enheter bedriver utveckl.-arbete inom omr. tillgänglighet Två enheter bedriver utveckl.-arbete inom omr. pat.säkerhet	Alla enheter bedriver utvecklingsarbete inom områdena samverkan, tillgänglighet och patientsäkerhet
Att vi implementerar evidensbaserad kunskap	Antal utarbetade vårdprogram	Alla verksamhetsområden inom HHR ska utarbeta/uppdatera minst ett vårdprogram under året	Det finns vårdprogram för alla stora diagnosgrupper, lätt tillgängliga på intranätet. Alla enheter använder evidensbaserad kunskap
God kompetensförsörjning	Andel/antal enheter	Tre enheter har kompetensplan utifrån verksamhetens uppdrag, på verksamhets och individnivå	Alla enheter har kompetensplan. Alla enheter utvecklar en strategi för kompetensförsörjning

[12] ICF är WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.

Division Länsspecialiteter

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
God och säker vård	Patientupplevd kvalitet	Alla verksamheter följer upp patient-upplevd kvalitet	
God tillgänglighet	Patientupplevd tillgänglighet Telefontillgänglighet Vårdgarantin	Alla verksamheter följer upp patient-upplevd tillgänglighet Ökande andel verksamheter ska mäta telefontillgängligheten Alla verksamheter ska ha bibehållen eller ökande grad av måluppfyllelse. Alla verksamheter ska innan utgången av 2008 klara vårdgarantin	
Gott bemötande	Patientupplevt bemötande	Alla verksamheter följer upp patient-upplevt bemötande	
Effektiva vårdprocesser	Flödeskvot i % (behandling, operation, nybesök, återbe-sök och avslut) Samverkan internt i divisionen	Alla verksamheter ska mäta flödeskvot i % inom relevanta områden samt nybe-sök mot avslutade Definiera o aktivt börja arbeta med gemensamma samverkansområden (vårdnära adm och vårdnära utb)	
Systematiskt kvalitets-arbete	Kvalitetsarbete inom områ-dena hygien, läkemedel och dokumentation Avvikelserapportering Uppföljning av avvikelser, Lex Maria-ärenden ska händelse-analyseras	Alla verksamheter ska aktivt arbeta med områdena hygien, läkemedel och dokumentation Alla verksamheter ska införa och aktivt arbeta med LiVs gemensamma avvikel-serapporteringssystem Stående punkt på divisionsledningsmö-te o avdelningschefsmöten i divisionen	
Evidensbaserad kunskap	Följsamhet till riktlinjer enligt befintliga kvalitetsregis-ter/nationella riktlinjer Den medicinska utvecklingen och omvårdnaden ska följa varandra Deltagande i medicinsk ut-veckling och FoU arbete	Alla verksamheter ska delta i relevanta kvalitetsregister och nätverk. Alla verk-samheter ska redovisa en sammanfatt-ning Alla verksamheter ska aktivt arbeta med vårdprogram/riktlinjer Alla verksamheter ska proaktivt följa den medicinska utvecklingen. Stående punkt på div.ledningsmöten samt årsvis redovisning	
Fokuserat utvecklings-arbete	Utvecklingsarbete inom om-rådena tillgänglighet, patientsäkerhet och samver-kan	Alla verksamheter ska ha minst ett utvecklingsarbete inom varje område	
God kompetensförsörjning	Balans mellan personalav-gångar och nyanställningar Strukturerad utbildning ut-ifrån verksamhetens behov	Alla verksamheter ska ha en långsiktig planering för personalförsörjning Alla verksamheter ska upprätta en utbildningspolicy	

Division Medicin

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Säker vård	Ant. VO som mäter följsamhet till LiVs basala hygienregler Ant. VO som följer Sos' författning gällande informationsöverföring	Alla VO Alla VO har remissrutiner som följer författningen	
Tillgänglighet	Ant. VO som uppfyller Vårdgarantin eller eget tillgänglighetsmått där utöver Genomsnittlig beläggningsprocent Ant. VO som mäter patientupplevd tillgänglighet	Alla VO 85% på divisionens slutenvårdsplatser Alla VO när verktyg finns tillgängligt inom LiV	
Bemötande	Ant. VO som mäter patientupplevt bemötande	Alla VO s.o.	
Tydliga uppdrag	Ant. VO som klarar LiVs mål avseende produktion och har tydliga kvalitetsmål	Alla VO	
Effektiva vårdprocesser	Ant. VO som har en positiv trend avseende återinläggningar inom 30 dagar Följsamhet till prioritering inom definierade akuta vårdprocesser (bröstsmärta, stroke, sepsis) Snabbt akut omhändertagande	Alla VO med slutenvård Implementera vårdprogram/rutiner o utvärdera följsamhet via stickprov 95 % av prio 1 (amb) inom 25 min Mått för 1:a läkarkontakt på akutmottagningarna utarbetas under året	
Evidensbaserad kunskap	Ant. VO som identifierat och implementerat aktuella Nat. riktlinjer för sin verksamhet Ant. VO som deltar i de nationella kvalitetsregister som identifierats för verksamheten	Alla VO Alla VO	
Systematisk kvalitetsuppföljning	Ant. VO som genomfört förbättringsarbeten utifrån avvikelserapportering Andel utförda händelseanalyser på Lex Maria och LöF ärenden	Alla VO Ökande andel inom divisionen	
Fokuserad utveckling	Ant. VO som genomfört minst ett utvecklingsarbete inom områdena tillgänglighet, patientsäkerhet och läkemedel Ant. VO som har en aktuell kompetensutvecklingsplan för att säkra verksamhetens utveckling	Alla VO Alla VO	
Strategisk samverkan	Ant. VO som kartlagt vårdprocesser i samverkan med andra divisioner o/e kommuner Ant. VO som har ett etablerat samarbete med brukarorganisationer	Alla VO Alla VO	

Division Opererande specialiteter

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Kvalitetsregister	”Kvalitetsindex”	Presentation på intranätet av index eller av verksamheten bedömda väsentliga variabler	Presentation på liv.se och varje parameter inom bästa tredjedelen av uppföljningsbara enheter i Sv.
Patientenkät	Förtroende, Bemötande, Information, Smärta	Genomfört inom någon patient-grupp årligen inom varje VO+ AE	Resultat i bästa tredjedel inom alla områden
Avvikelse, händelse, och riskanalys (patientsäkerhet)	Ledningsstruktur, Handläggningstid avvikelser + utbildad personal	15 personer utbildade i händelse och riskanalys inom divisionen under 2008. Patientsäkerhet minst månadsvis som punkt på APT, VO och Div.ledning	Tid från avvikelse (händelsen) till färdig utredning av denna i medeltal <30 dagar
Processgranskning	Processgenomgång	Alla mottagnings-, anmälnings-, strålnings- och operationsprocesser (akut, planerad, dagkirurgisk) redovisade, justerade och uppföljda 2008	Datajournalsystem understöder processganskning och kvalitetsarbete
MIG-MEWS[13]		MIG-MEWS infört i hela divisionen under 2008	MIG-konsultation vid > 90% av nivå MEWS på eller över triggernivå
Hygienkontrollprogram op + mot	Vårdhygienstandard enl. SoS	Program infört under 2008 enligt uppdrag	100 % mätningar inom standard
Vårdrelaterade infektioner	Frekvens + personliga hygienregler	100 % fysiska installationer (sprit, plastförkläden, klädkrokar, skyltar). Infektionsfrekvens i register i bästa tredjedelen i Sverige.	100% personlig efterlevnad vid icke urakut verksamhet vid ”hemlig” uppföljning
Kompetensplan	Resurssatt	Preciserad i volym per AE eller individ med prioriterade områden angivna	Nivåsatt i miniminivå och målnivå samt fyller målnivån inom 80% av AE och underskrider inte någonstans miniminivå
Egenansvar i kompetensbevarande	IT-stöd för MT och rutinkunskap	Infört IT-stöd under 2008	IT-stöd som en naturlig del av inre kunskapsspridning
Kunskapsspridning	Andel återrapporter från omvärldsbevakning	50 % på intranätet inom 3 månader under andra halvåret 2008	90 % på intranätet inom 3 månader under 2009
Ledarskap med ständig återkoppling till mål, resultat o förbättring		Patient- och verksamhetsnära måldokument publicerat på intranätet för varje VO + AE. Mäts årsvis vid årsskifte av verksamhetsutvecklare	> 80 % av alla identifierade mål enligt ovan uppfyllda på varje AE, presenteras som % av identifierade mål per AE av AC, VC.

[13] MIG = Mobila intensivvårdsgrupper, MEWS = Modified Early Warning Score

Division Psykiatri

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Tillgänglighet	Vårdgarantin Telefontillgänglighet (patientenkät)	80 % av verksamheterna som klarar vårdgarantin 70 % av våra patienterna upplever god tillgänglighet	100 % klarar vårdgarantin 90 % av våra patienter upplever god tillgänglighet
Professionellt bemötande	Patientenkät avseende bemötande Antal anmälningar till förtroendenämnden	Implementera tidigare utarbetad patientenkät samt identifiera målnivå Analysera anmälningar 3 ggr/år och upprätta långsiktiga mål	Upprättade mål är uppfyllda Upprättade mål är uppfyllda
God och säker vård	Antal anmälningar till HSAN Avvikelserapporter	Analysera anmälningar 3 ggr/år och upprätta långsiktiga mål Inventera nuvarande rutiner för avvikelsehantering	Upprättade mål är uppfyllda Alla verksamheter arbetar systematiskt med avvikelsehantering. Händelseanalyser genomförs på samtliga allvarliga patientskador
Effektiva processer	Antal verksamheter som mäter flödeskvoter	75 %	100 %
Systematisk kvalitetsarbete	Antal verksamheter som deltar i de nat. kvalitetsregistren Antal statistiska parametrar som kan redovisas till NYSAM[14]	50 % 50 %	100 % 100 %
Evidensbaserad kunskap	Antal evidensbaserade vårdprogram för de stora diagnosgrupperna	Fortsätta utarbeta och implementera vårdprogram för de stora diagnosgrupperna	Implementerade vårdprogram för fem av de stora diagnosgrupperna
Fokuserat utvecklingsarbete	Produktion av fokuserat utvecklings- och forskningsarbete	Starta fokuserat utvecklings- och forskningsarbete, fastställa målsättning och en budget för denna i enlighet med vedertagna nivåer	Ha genomfört och kommunicerat planerat fokuserat utvecklings- och forskningsarbete i enlighet med fastställd målsättning
God kompetensförsörjning	Mått: antal personal- och kompetensförsörjningsplaner	Upprätta personal- och kompetensförsörjningsplaner för de fyra av de ”stora” yrkesgrupperna	Ha upprättat och implementerat personal- och kompetensförsörjningsplaner för alla ”stora” yrkesgrupperna

[14] Nätverk för nyckeltalssamverkan inom hälso- och sjukvården

Sjukhuset i Torsby

Framgångsfaktor	Nyckelmått	Kort mål	Långt mål
Adekvat tillgänglighet	Andel patienter för vilka vårdgarantin uppnås	> 90 % för besök, > 75 % för behandling	>90 % för besök >90 % för behandling
Att ha ett gott och respektfullt bemötande	Antal enheter som arbetar med synpunkter från patienter och anhöriga	100 %	Ny patientenkät 2009
Aktivt patientsäkerhetsarbete	Andel enheter som arbetar med patientsäkerhet enligt Kvalitetsplan 2008* Ant. områden från nationella patientsäkerhetssatsningen som vi arbetar med Att avvikelser registreras och åtgärdas i AHA	100 % 3 områden 100 %	100 % Samtliga områden på alla enheter 100 %
Systematisk strategi för kompetensutveckling	Antal interna utbildningstillfällen Genomförda temaveckor	20 föreläsningar/år 1/år	20 föreläsningar/år 1/år

* Torsby sjukhus har en kvalitetsplan som uppdateras årligen. Kvalitetsplanen utgår från SOSFS 2005:12 och innehåller för 2008 ett antal mål utöver de som ingår i sjukhusets styrkort.

Bilaga 5

Sammanfattning av enkätsvaren

Totalt sexton verksamhetschefer har svarat på 35 frågor om systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården i Landstinget i Värmland.

Grunderna och ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet

Flertalet av de tillfrågade verksamhetscheferna anser att det *delvis* finns en *övergripande* struktur/ledningssystem avseende kvalitets- och verksamhetsutveckling i vården. Flertalet anser också att det *delvis* finns kvalitetsmål angivna i övergripande riktlinjer samt att landstingsledningen *delvis* givit direktiv om ledningssystem för kvalitet. Några vet inte om det finns kvalitetsmål respektive direktiv.

Vad gäller den *egna verksamheten* svarar en knapp tredjedel att de *absolut* har en ledningsstruktur avseende kvalitets- och verksamhetsutveckling, medan drygt 2/3 svarar att de *delvis* har en sådan struktur. Svaren är ungefär desamma på frågorna om det finns kvalitetsmål angivna i lokala riktlinjer och om målen är uppföljningsbara/mätbara.

Områden som omfattas av sytematiskt kvalitetsarbete

Bemötande

Många svarar att det endast *delvis* eller *inte alls* finns någon policy/rutiner för hur patienter och närstående ska bemöta. Hälften svarar dock att det *absolut* finns en sådan policy.

Hälften av verksamhetscheferna svarar att det *absolut* finns lättillgängligt skriftligt informationsmaterial till patienter och närstående, medan hälften menar att det är endast *delvis* sådant material finns. Mer än hälften svarar att det *inte alls* finns informationsmaterial på andra språk än svenska, men knappt hälften anser att det *delvis* finns sådant material.

Flertalet svarar att de *absolut* har rutiner för att följa upp hur nöjda patienterna är med vård och behandling, men drygt en tredjedel svarar det *delvis* eller *inte alls* finns sådana rutiner. Vanligen sker uppföljningen genom patientenkäter en gång per år. Brevlådor för ”ris och ros” förekommer också.

Metoder

Drygt en tredjedel av verksamhetscheferna svarar att de *inte alls* har skrivna rutiner för hur <u>nya</u> metoder inom diagnostik, vård och behandling/omhändertagande ska introduceras, implementeras och följs upp. Knappt hälften svarar att det *delvis* finns och endast två svarar att det *absolut* finns.

Det stora flertalet svarar att det *inte alls* finns skrivna rutiner/riktlinjer för hur <u>inaktuella</u> metoder ska identifieras och avvecklas. Endast en verksamhetschef svarar att det *absolut* finns.

Kompetens

Drygt en tredjedel svarar att det *absolut* görs bedömningar av hur den samlade kompetensen svarar mot verksamhetens kompetensbehov, medan merparten svarar att det endast *delvis* görs sådana bedömningar.

Det stora flertalet svarar att det *absolut* finns rutiner för hur nya medarbetare ska introduceras. Flertalet svarar också att introduktionsprogrammet även omfattar vikarier och inhyrd personal.

Samverkan, samarbete
Drygt en tredjedel svarar att det *absolut* finns rutiner för informationsöverföring och samverkan mellan vårdnivåer, olika funktioner, huvudmän etc., medan flertalet svarar att det *delvis* finns sådana rutiner. Som exempel nämns regelbundna möten samt samverkansavtal med kommunerna.

Riskhantering och avvikelsehantering
Det stora flertalet svarar att det *absolut* finns riktlinjer och rutiner för riskanalyser, avvikelsehantering och klagomålshantering, samt att det finns sammanställd statistik över anmälningar och klagomål (Lex Maria, LÖF, HSAN, patientnämnd etc.).

Drygt en tredjedel svarar det *inte alls* finns någon plan för utbildning av personal i risk- och händelseanalys. Nästan hälften svarar att det endast *delvis* eller *inte alls* görs händelseanalyser vid allvarliga patientskador.

Flertalet svarar att de *absolut* medverkar i relevanta kvalitetsregister, medan en knapp tredjedel säger att de *delvis* gör det. Det är bara en fjärdedel som svarar att de *absolut* använder information i kvalitetsregister etc. för analys av den egna verksamheten. Flertalet svarar att de *delvis* gör det.

På frågorna ”Hur återförs avvikelser och klagomål till personal och landstingsledning?” respektive ”Hur används anmälningar och klagomål i kvalitetsarbetet?” redogör de svarande mer eller mindre utförligt för sina rutiner för att återföra och diskutera anmälningar och rapporterade avvikelser som en del i kvalitetsarbetet. Sammanfattningsvis framgår att återföring till medarbetare vanligen sker genom avdelningschef (motsv.) i olika mötesformer med personalen, främst APT. Om en enskild person berörs, sker återföring även individuellt. Några nämner att systematiska genomgångar görs årligen för att hitta förbättringsområden där man fått de flesta/allvarligaste avvikelserna. Återföring till landstingsledningen sker genom tertialrapporteringen och sammanställningar från det nya systemet för avvikelserapportering (Aha).

Teknik
Hälften svarar de *absolut* har en lokal instruktion för medicintekniska produkter som är fastställd av verksamhetschefen, medan drygt en tredjedel svarar att det *inte alls* finns eller att man *inte vet* om det finns.

Spårbarhet
Flertalet svarar att det *absolut* går att identifiera och följa åtgärder som rör den enskilda patienten i verksamhetens dokumentation. Drygt en tredjedel svarar att det endast *delvis* går att göra detta.

Egenkontroll
Två tredjedelar svarar att det *absolut* sker regelbundna uppföljningar av verksamhetens resultat och effekter, medan en tredjedel svarar att det *delvis* sker sådan uppföljning. Ex-

empel som nämns är infektionsredovisning samt uppföljning av olika produktivitetsmått och NYSAM-tal. Det finns också synpunkter om att utdata ur journalsystemet COSMIC fortfarande saknas till stor del.

Utvecklingsstöd

De flesta anser att det *delvis* finns utvecklingsstöd för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på central nivå. En fjärdedel svarar dock att det *inte alls* finns något utvecklingsstöd centralt. Några framhåller också att det saknas en övergripande samordning.

Uppfattningarna om det finns tillräckligt utvecklingsstöd lokalt skiljer sig – en fjärdedel anser *absolut* att det finns tillräckligt lokalt stöd, medan lika många anser att det *inte alls* finns sådant stöd. Resten svarar att det endast *delvis* finns lokalt stöd. Detta har sannolikt att göra med att tillgången på verksamhetsutvecklare och analys ledare skiljer sig mellan de verksamheter som medverkat i enkäten.

Flertalet tycker att det *delvis* finns tillräckligt *IT-stöd* för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på både central och lokal nivå. Det är dock några som *inte alls* tycker att så är fallet, och som anser sig ha behov av mer stöd inom både IT och kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Några uttrycker också att det nya avvikelserapporteringssystemet ännu inte landat riktigt i verksamheten, och ännu inte kommer till nytta lokalt.

Risknivå och riskreduceringsarbete

Bedömningen av risknivån i verksamheten är naturligen beroende av verksamhetens karaktär. Flertalet av de svarande anser att risknivån är *hög* eller *mycket hög*, medan ca en tredjedel anser att den är måttlig eller låg. Det stora flertalet svarande bedömer också att det finns ett *högt* eller *mycket högt* riskmedvetande hos medarbetarna, liksom att det finns ett *aktivt* eller åtminstone *ganska aktivt* riskreduceringsarbete i verksamheten.

På frågan om det i verksamheten pågår ett sytematiskt förbättringsarbete inom prioriterade riskområden i enlighet med landstingets ”Strategi för patientsäkerhet” - skiljer sig svarsbilden lite. *Vårdhygien* verkar vara ett område som alla arbetar intensivt med, medan däremot *Fallskador* f.n. förefaller ha lägre prioriterat (ibland beroende på att detta inte är aktuellt i verksamheten). Områdena *Läkemedelshantering*, *Informationsöverföring* och *Kommunikation* verkar också vara relativt prioriterade. Flera svarar att man just är på gång att påbörja ett sytematiskt förbättringsarbete inom de prioriterade riskområdena.

En knapp tredjedel av verksamhetscheferna svarar att de *absolut* har en handlingsplan för patientsäkerhetsarbete i enlighet med landstingets ”Strategi för patientsäkerhet”. Lika många svarar att de *delvis* har en sådan handlingsplan. Drygt en tredjedel att de *inte alls* har det.