

Patientsäkerhet – en uppföljning

Patientsäkerhet - en uppföljning

Sammanfattning

Landstingets revisorer har för verksamhetsåret 2011 låtit genomföra granskningsinsatser avseende patientsäkerhet. Den övergripande revisionsfrågan för området är om landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer en patientsäker hälso- och sjukvård i Värmland. Granskningen under 2011 har avgränsats till några fokusområden som är avsedda att delvis besvara den övergripande frågan.

Granskningens syfte är:

- Att granska och bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med tidigare uppmärksammade brister i avvikelshantering.
- Att granska och bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att patientdatalagen och relaterade föreskrifter efterlevs.
- Att bevaka landstingsstyrelsens arbete med styrning, uppföljning och interna kontroll med syfte att säkerställa att landstinget efterlever kraven på en patientsäker hälso- och sjukvård. Särskilt fokus läggs på åtgärder med koppling till den nya patientsäkerhetslagen och arbetet med att uppdatera landstingsfullmäktiges policy.

Denna revisionsrapport utgör en rapportering avseende bevakning av utvecklingsarbetet inom patientsäkerhetsområdet och uppföljning av iakttagelser rörande avvikelshantering. Granskningen har genomförts av landstingets revisionskontor. Resultat från granskning av landstingets efterlevnad av patientdatalagen behandlas inte här utan har redovisats i en särskild konsultrapport.

Vår slutsats är att det inom landstinget i Värmland pågår arbete med att utveckla patientsäkerheten på central nivå genom inrättande av strukturer för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsfrågor. Vi kan konstatera att flera av de åtgärder som identifierades i en revisionsrapport från 2008 har genomförts eller är under genomförande. Av dokumentationen avseende Socialstyrelsens tillsyn och revisionsrapporten rörande efterlevnad av patientdatalagen framgår emellertid att det fortfarande återstår en hel del arbete för att få ett fungerande system på plats.

När det gäller arbetet med att utveckla formerna och stödet för avvikelshantering finns fortfarande ett behov av utveckling och förbättring. Det gäller inte minst utveckling av funktioner som säkerställer att landstingets verk-

samheter kan ta lärdom av rapporterade avvikelser och sprida relevanta erfarenheter för att ge verksamheterna möjligheter att genomföra nödvändiga förändringar.

Landstingsstyrelsen har under 2011 vid flera tillfällen fått information om patientsäkerhetsarbetet och avvikelshantering, jämfört med föregående år.

Vår bedömning är att det är angeläget att revisorerna fortsatt följer utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. Under 2012 bör revisorerna fortsatt följa utvecklingsarbetet avseende patientsäkerhet. Revisorerna bör inom ramen för det följa upp iakttagelserna från revisionsrapporten avseende efterlevnad av patientdatalagen. Förnyad uppföljning av avvikelshantering bör genomföras under 2012. Revisorerna bör överväga att genomföra en fördjupad granskning av landstingets efterlevnad av patientsäkerhetslagen under 2012.

Bakgrund

Landstingets revisorer ansvarar för att genomföra årlig granskning av landstingets samtliga verksamheter. Utifrån detta uppdrag och ansvar har landstingets revisorer utarbetat dokumentet ”Granskningsstrategi” i vilket beskrivs de områden som revisorerna främst ska fokusera på under innevarande mandatperiod. Baserad på granskningsstrategin gör revisorerna en årlig riskbedömning och revisionsplan. I ”Riskbedömning och revisionsplan 2011” ingår bland annat en granskning av patientsäkerheten inom landstinget

Patientsäkerhet nationellt

Det läggs idag stort fokus på patientsäkerhetsfrågor, både på nationell nivå och inom landstinget i Värmland. I grunden finns hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som innehåller grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården. En lag med särskilt fokus på patientsäkerhet är den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft 1 januari 2011. Lagen syftar till att främja hög patientsäkerhet och innebär bland annat följande¹:

- Vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivarna får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada.
- Ansvaret för att pröva klagomål från patienter flyttas från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) till Socialstyrelsen. Disciplinåtgärder

¹ Källa: www.socialstyrelsen.se

derna varning och erinran ersätts bland annat av en utökad möjlighet att rikta kritik och vidta åtgärder mot såväl vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal.

- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerheten ska av vårdgivaren rapporteras till Socialstyrelsen.
- Möjligheterna att föreskriva provotid och återkalla legitimation utvidgas. Vid beslut om treårig provotid ska det fastställas en provotidsplan för den legitimerade.
- Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet.
- Om apotekspersonal har skäl att anta att en läkares eller tandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet ska detta anmälas till Socialstyrelsen.

En annan lag som har stor betydelse för patientsäkerhet är patientdatalagen (2008:355) som trädde i kraft 1 juli 2008. Lagen ska skapa förutsättningar för en ökad patientsäkerhet och patientnytta, garantier för skydd av den enskildes integritet och förbättrade möjligheter till uppföljning. Lagens syfte är att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet, att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Precis som idag ska personuppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.²

Utöver lagstiftningen finns också flera olika föreskrifter och andra riktlinjer från Socialstyrelsen. Se vidare Socialstyrelsens hemsida.

På initiativ från Sveriges Kommuner och Landsting pågår också en nationell satsning på patientsäkerhet.³ Den inriktar sig på att öka medvetenheten om risker i vården och förbättra säkerhetskulturen, vilket gör det möjligt att arbeta förebyggande. Ett annat mål är att öka patienternas medverkan i vården. Satsningen påbörjades 2007 och inom ramen för satsningen tas nu nästa steg för att öka patientsäkerheten mot bakgrund av att kraven på hälso- och sjukvården har skärpts och blivit tydligare sedan den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft. För att stödja hälso- och sjukvården har SKL tagit fram åtta åtgärds paket eller kunskapsunderlag. Åtgärds paketen beskriver hur förebyggande arbete minskar vårdskadorna. Alla åtgärder bygger enligt SKL på den senaste vetenskapliga evidensen på respektive område och kan användas både i kommuner och i landsting. Åtgärds paketen behandlar följande områden:

² Källa: www.skl.se

³ Källa: www.skl.se

- Vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Infektioner vid centrala venösa infarter
- Postoperativa sårinfektioner
- Läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Läkemedelsrelaterade problem
- Fall och fallskador
- Trycksår
- Undernäring

Såväl flerårsplanen för 2012-2014 som landstingsplanen för 2011 innehåller satsning på patientsäkerhet. I landstingsplanen för 2011 beskrivs det prioriterade området God vård. Där refereras till den av landstingsfullmäktige beslutade patientsäkerhetsstrategin som ska revideras under 2011. Även andra aktiviteter som rör patientsäkerhet framgår av planen, t.ex. fortsatt arbete med att utveckla vårdkedjan inom slutenvården och fortsatt arbete med att öka kvaliteten i vården för att minska onödiga kostnader. Inom ramen för styrkortet kommer endast ett mått att användas för att mäta måluppfyllelse för målet *Säker vård*, att 100 % av medarbetarna följer de basala hygienrutinerna. Aktuell systemmått inom verksamhetsperspektivet är verifierade infektioner med resistenta bakterier. Öppna jämförelser anges också och här kan ytterligare mått tillkomma som kan röra patientsäkerhetsområdet.

Revisionsrapport december 2008

Landstingets revisorer genomförde 2008 en granskning avseende kvalitetsarbete och kunskapsöverföring vid landstinget. Granskningen tog sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagens krav på kvalitet och Socialstyrelsens föreskrift ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” (SOSFS 2005:12)⁴. Den samlade bedömningen i revisionsrapporten var att landstingsstyrelsen på ett tillfredsställande sätt tar sitt ansvar för att utveckla kvalitet och patientsäkerhet i vården men betydligt mer kan göras för att säkerställa ett systematiskt, uthålligt och framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Några förbättringsmöjligheter som redovisades var:

- Tydligare former för den politiska styrningen och uppföljningen.
- Bättre återföring till den politiska nivån.
- Tydligare ledningsstruktur på tjänstemannanivån.

⁴ Från och med 1 januari 2012 gäller en ny föreskrift inom området, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

- Inrättande av en chefläkarfunktion och/eller särskild enhet eller funktion för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Utveckling av mål- och framgångsfaktorer inom området.
- Användning av mer konkreta process- och resultatmått.
- Regelbundna kvalitets- och patientsäkerhetsdialoger med verksamheten.
- Mer systematisk användning av uppföljningsresultat som underlag för utvecklings- och konkret förbättringsarbete.
- Systematisk information och utbildning till nyckelgrupper, t.ex. verksamhetschefer och läkare.
- Mer effektiv användning av intranätet och externa webben för att sprida information och förbättringskunskap.

Landstingsstyrelsen angav i svaret på rapporten att den var enig med revisorerna när det gällde möjligheterna att förbättra organisering, styrning och uppföljning inom området. Styrelsen konstaterade också att området nationellt befann sig i stark utveckling.

Syfte och avgränsning

Den övergripande revisionsfrågan för området är om landstingsstyrelsen genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer en patientsäker hälso- och sjukvård i Värmland. Granskningen under 2011 har dock avgränsats till några fokusområden som är avsedda att delvis besvara den övergripande frågan.

Granskningens syfte är:

- Att granska och bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med tidigare uppmärksammade brister i avvikelshanteringen.
- Att granska och bedöma om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att patientdatalagen och relaterade föreskrifter efterlevs.
- Att bevaka landstingsstyrelsens arbete med styrning, uppföljning och interna kontroll med syfte att säkerställa att landstinget efterlever kraven på en patientsäker hälso- och sjukvård. Särskilt fokus läggs på åtgärder med koppling till den nya patientsäkerhetslagen och arbetet med att uppdatera landstingsfullmäktiges policy.

Revisionskriterier

Granskningen ska ske utifrån lagstiftning, nationella föreskrifter och riktlinjer samt landstingsfullmäktiges beslut.

Granskningsansvariga

Granskningen har genomförts av Anders Marmon och Veronica Hedlund Lundgren vid landstingets revisionskontor i den del som rör uppföljning av åtgärder för att komma tillrätta med brister i avvikelshantering och bevakning av patientsäkerhetsarbetet.

Upphandlat konsultstöd har genomfört den del av granskningen som avser efterlevnad av patientdatalagen och tillhörande föreskrifter. Denna del av granskningen rapporterats i särskild rapport, Granskning, efterlevnad av patientdatalagen nr 5-11. Slutsatserna i rapporten om efterlevnad av patientdatalagen kommer inte att redovisas ytterligare i denna rapport.

Metoder

Granskningen har genomförts i form av analys av dokument och genom intervjuer.

Resultat av granskningen

Patientsäkerhet i LIV – kartläggning av genomfört och pågående utvecklingsarbete

Tillsyn

Socialstyrelsen genomförde under hösten 2010 en tillsyn avseende landstingets ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Tillsynsbeslutet innehöll kritik på följande punkter:

- Ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhetsarbete inom Värmlands läns landsting ska fastställas.
- Vårdgivaren ansvarar för att ledningssystemet ska fungera i hela verksamheten och på alla nivåer i linjeorganisationen.
- Organisation och ansvarsfördelningen avseende patientsäkerhetsarbetet, både i linjeorganisationen och gentemot utvecklingsstaben ska tydliggöras.
- Verksamhetscheferna ska ges ett tydligt uppdrag och stöd för patientsäkerhetsarbetet.
- Kompetensutveckling avseende vårdskador och patientsäkerhetsarbete ska prioriteras.

- Metoder för patientsäkerhetsarbete ska utvecklas och implementeras i verksamheterna.
- Uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet ska förbättras och prioriteras.
- Patientsäkerhetskulturen ska utvecklas.

Landstingsstyrelsen svarade i juni 2011 på Socialstyrelsens synpunkter⁵. Av svaret framgår ”att landstinget nu anser sig ha en god struktur för ledningssystemet och att införande pågår på bred front i divisioner och verksamheter. Ansvaret för patientsäkerhetsarbetet följer linjeorganisationen och vilar således på cheferna inom hälso- och sjukvården och tandvården. En stödorganisation har formerats. En stor del av det direkta stödet till verksamheter utgår från hälso- och sjukvårdstaben. Den nybildade chefsläkarfunktionen har en nyckelroll i samordningen av patientsäkerhetsarbetet”. Socialstyrelsen har efter att tagit del av svaret beslutat att avsluta ärendet. I beslutet aviserades att uppföljning av de åtgärder som landstinget redovisade i svaret kommer att ske på lämpligt sätt.

I det följande beskrivs landstingets utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet och den organisation för patientsäkerhetsarbetet som landstinget bygger upp. Beskrivningen baseras på landstingets svar till Socialstyrelsen, presentationsmaterial och genomförda intervjuer.

Organisation

Vid ingången av 2010 genomfördes en organisationsförändring som bl.a. innebar att en hälso- och sjukvårdsstab inrättades och att en chefsläkartjänst tillsattes. Chefsläkaren arbetar direkt under hälso- och sjukvårdschefen och uppdraget är enligt uppgift, att leda och utveckla landstingets patientsäkerhetsarbete med resurstöd från hälso- och sjukvårdsstaben. Chefsläkaren är också processägare för patientsäkerhetsfrågor. Chefen för hälso- och sjukvårdsstaben har till uppgift att organisera patientsäkerhetsarbetet.

Olika grupper har bildats för att hantera patientsäkerhetsfrågor, bland annat ett patientsäkerhetsråd där chefläkaren och chefen för hälso- och sjukvårdsstaben ingår. En samordningsgrupp har också tillsatts.

Samordningsgruppen har till uppgift att inventera, organisera och systematisera befintligt och pågående arbete, initiera förändringar och att tydliggöra patientsäkerhetsarbetets delprocesser. Detta ska avspeglas i ledningssystemet och i ett program för implementering, utbildning och uppföljning. Verksamhetschefernas behov av understöd ska särskilt uppmärksammas. Det pågår arbete med att ta fram uppdragsbeskrivningar som tydliggör verksamhetschefens roll i arbetet med patientsäkerheten.

Samordningsgruppen för patientsäkerhetsarbetet är kopplad till hälso- och sjukvårdens ledning genom ett patientsäkerhetsråd. Rådet kan ses som ett

⁵ Svar på tillsynsbeslut om patientsäkerhet, 2011-06-14, dnr LK/090156

förstärkt utskott från hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp och består av två divisionschefer, smittskyddsläkaren, chefsläkaren, chefen för hälso- och sjukvårdsstaben samt en ekonom. Patientsäkerhetsrådet har enligt uppdrag som uppdrag att vara en länk mellan samordningsgruppen och hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp. Syftet var från början att ta ställning till hur särskilda statliga medel för satsning på patientsäkerhet skulle hanteras i landstinget men istället har rådet blivit det forum där frågor rörande patientsäkerhet av mer principiell karaktär bereds.

Samordningsgruppen för patientsäkerhetsarbete leder fyra arbetsgrupper som stöder det praktiska utförandet i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Dessa grupper har direkt koppling ut i organisationen. Arbetsgruppen för förebyggande arbete och mätningar har kontakter med hälso- och sjukvårdens nätverk för kvalitetsombud. Sådana ombud finns på varje enhet som vårdar eller behandlar patienter. En arbetsgrupp svarar för hanteringen av Lex Maria-anmälningar, händelseanalyser och ärenden som behandlas i patientnämnden. En tredje arbetsgrupp ansvarar för dialog med patientgrupper, brukarorganisationer och fokusgrupper. Den fjärde gruppen arbetar med utveckling och utbildning.

Granskningen har visat att det i viss utsträckning saknas dokumenterade uppdragsbeskrivningar för de olika funktionerna och arbetsgrupperna inom patientsäkerhetsområdet och gränsdragningar dem emellan, utöver de beskrivningar som lämnats i landstingets svar till Socialstyrelsen och visst presentationsmaterial.

En organisationsskiss över patientsäkerhetsarbetet och hälso- och sjukvårdsstabens organisation så som de redovisats i landstingets svar till Socialstyrelsen⁶ till finns i bilaga 1.

Patientsäkerhetsarbete under 2011

Patientsäkerhetsdialoger med alla verksamhetschefer har påbörjats under 2011 med och fortsätter under 2012 -2013. Under 2011 har dialoger genomförts med verksamhetschefer vid sjukhusen i Torsby och Arvika. Det är chefsläkaren och medarbetare från kvalitetsenheten vid hälso- och sjukvårdsstaben som genomfört dialogerna. Under dialogerna, som pågått under ca 2-3 timmar, har man gått igenom ett program som har skickats ut inför mötena. Dialogerna omfattar följande områden:

- Organisation
- Säker vård
- Säker läkemedelsanvändning och hantering
- Säker kommunikation/informationsöverföring
- Säker dokumentation
- Säker vårdhygien

⁶ Svar på tillsynsbeslut om patientsäkerhet, 2011-06-14, dnr LK/090156

- Säker omvårdnad
- Säkra vårdprocesser
- Säker medicinsk teknik
- Kunskapsbaserad vård
- Patientens delaktighet
- Medarbetare
- Övrig uppföljning
- Stimulanspengar för patientsäkerhet
- Övriga risker i verksamheten

Enligt patientsäkerhetslagen ska en patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen, senast den 1 mars. Av berättelsen ska bland annat framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalender, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts. Den ska enligt lagen finnas tillgänglig för den som efterfrågar den.

Chefsläkaren redovisade landstingets patientsäkerhetsberättelse för 2010 för landstingsstyrelsen i juni 2011. Styrelsen beslutade att godkänna denna. I berättelsen anges bland annat vilka övergripande mål som med anknytning till patientsäkerhet som finns i landstingets styrkort för 2010 samt vilka systemmål som funnits enligt mätplanen. Vidare anges vilken organisation och ansvarsfördelning landstinget har för patientsäkerhetsarbetet. Det beskrivs också vilka rutiner landstinget har för uppföljning, analyser och återförande av resultat med relevans för patientsäkerhetsarbetet.

Det har under 2011 genomförts utbildning i patientsäkerhetsfrågor, mot bakgrund av den nya patientsäkerhetslagen. Utbildning har genomförts för olika målgrupper. Patientsäkerhet ingår bl.a. som en del i informationen till nyanställda chefer och i Livledarakademin. I utbildningen av AT- och ST-läkare ingår specialdagar om patientsäkerhet.

Den befintliga patientsäkerhetsstrategin skulle enligt landstingsplanen för 2011 har reviderats under 2011. Arbetet med att ta fram en ny och mera kortfattad patientsäkerhetsstrategi pågår och beräknas vara klart under våren 2012.

Uppföljning och rapportering

I landstingets svar till Socialstyrelsen angavs att tjänstemannaledningen kommer att föreslå återkommande rapportering till landstingsstyrelsen, i syfte att säkerställa patientsäkerhetsarbetets förankring hos den högsta ledningen. Det konstaterades också i svaret att sådan rapportering redan förekommer delvis för specifika områden, till exempel avvikelshanteringen.

Granskningen har visat att patientsäkerhetsområdet har varit föremål för rapportering i styrelsen vid några tillfällen under 2011, i april, maj, juni och september.

På landstingsfullmäktiges sammanträde i mars 2011 fick ledamöterna en presentation av landstingets utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet. Informationen presenterades av bl.a. landstingets chefsläkare och smittskyddsläkare. I utvecklingsarbetet ingår att vidta åtgärder för att säkerställa att den nya patientsäkerhetslagen efterlevs, att åtgärda brister i avvikelserregistreringen och en rad andra åtgärder. Brister i avvikelshantering är ett område som revisorerna berörde i en översiktlig granskning under 2010.

Avvikelsehantering

Revisionsrapport 2010

Under 2010 granskade landstingsrevisionen landstingets rutiner för att ta tillvara erfarenhet och kunskap från avvikelserapporteringen i Aha, som är det IT-baserade avvikelshanteringssystem som landstinget använder. Avsikten med Aha är att det ska utgöra ett underlag för förbättring i landstingets verksamhet och uppgifter från Aha-systemet sammanställs årligen i en rapport. Revisionens granskning 2010 byggde i huvudsak på de uppgifter som presenterades i Aha-rapport 2009 (2010-05-21), framtagen av utvecklingsstaben. I Aha-rapporten för 2009 redovisas förbättringsåtgärder som behöver vidtas i processen för avvikelshantering, bland annat att:

- processen i avvikelshantering måste göras mer känd
- tidsåtgången för de två stegen i avvikelshanteringsprocessen beslut och analys, måste reduceras
- fler ärenden bör åtgärdas och följas upp
- rapporteringen av allvarliga händelser måste förbättras

Slutsatserna i revisionsrapporten var sammanfattningsvis att det finns brister i hanteringen av Aha-systemet och även när det gäller att ta vara på erfarenheter ur systemet. I rapporten konstateras också att landstingsstyrelsen inte fått en samlad redovisning av de uppgifter och förbättringsbehov som presenteras i utvecklingsstabens rapport över avvikelssystemet och att det är viktigt att landstingsstyrelsen löpande tar del av redovisningen ur systemet och den information som finns om hur processen fungerar.

I missivet till rapporten efterlyser revisorerna svar avseende vilka åtgärder landstingsstyrelsen kommer att vidta med anledning av iakttagelserna i rapporten. I svaret anger styrelsen att rapporten i allt väsentligt överensstämmer med faktiska förhållanden. Som planerade åtgärder anges att, ”under våren 2011 genomförs utvecklingsarbetet Aha 2.0, med målet att anpassa och förenkla Aha.” Det uppges vidare att ”under 2010 har ett arbete påbörjats med att kartlägga processen avvikelshantering i landstinget. Syfte är att skapa förutsättningar för tydlig återkoppling till landstingets ledning och beskriva hur återkoppling ska ske.” Denna process kommer enligt svaret att implementeras under 2011. Landstingsstyrelsen beslutade, efter yrkande från styrelsens ordförande, att återrapportering om arbetet med avvikelshantering ska ske senast i september 2011.

Aktiviteter under 2011

Under 2011 har ett utvecklingsarbete avseende avvikelshanteringens påbörjats. Det har tillsatts en referensgrupp för att genomföra en översyn och förbättringar i Aha (Aha 2.0). Gruppen består av representanter för hälso- och sjukvårdens divisioner samt sjukhuset i Arvika, vars plats för tillfället dock är vakant. Sjukhuset i Torsby har valt att inte delta, men får information om gruppens arbete. Gruppens projektledare kommer från Patient- och Medborgareservice och projektsekreterare kommer från Landstings-IT. Gruppen har till uppgift att se över och förbättra patientdelen i Aha. Projektägare är chefen för Hälso- och sjukvårdstaben. Förändringar i avvikelshanteringssystemet Aha, med anledning av utvecklingsarbetet, kommer att genomföras under början av 2012.

I september 2011 redovisades en rapport över avvikelshanteringens 2010 landstingsstyrelsen. I rapporten redovisas förbättringar i processhanteringen jämfört med motsvarande rapport 2009. Bland annat framgår av rapporten att tidståtgången för de första två stegen i avvikelshanteringsprocessen (beslut om ansvarig samt analys) har förkortats. Detta har gjort att handläggningstiderna i genomsnittligt antal dagar har halverats mellan 2009 och 2010. I tabellen nedan redovisas antal dagar för varje steg i avvikelshanteringsprocessen. Uppgifterna är hämtade ur Aha-rapport 2010.

<i>Processteg</i>	<i>Avsedd tid (antal dagar)</i>	<i>Verklighet 2009 (antal dagar)</i>	<i>Verklighet 2010 (antal dagar)</i>
Besluta	14	130	26
Analys	14	105	17
Åtgärd	30	42	40
Uppföljning	90	109	101
<i>Summa</i>	<i>148</i>	<i>386</i>	<i>184</i>

Andra förbättringar som redovisas i Aha-rapporten är att andelen ärenden som avslutas utan åtgärd har minskat från ca tre fjärdedelar av ärendena till ca två tredjedelar mellan 2009 och 2010.

Landstingsstyrelsen beslutade att lägga rapporten och redovisningen till handlingarna och att styrelsen ska få kontinuerliga rapporter om rutiner och förändringar av arbetet med avvikelshantering.

I november 2011 fick landstingsstyrelsen en ny föredragning av aktuellt läge avseende avvikelserapporteringen. Styrelsen fick en bild av nuvarande svårigheter i Aha, vad som är nytt i den uppdaterade versionen av Aha och

vilka förbättringar det ska leda till. Redovisningen genomfördes i form av en föredragning och föranledde inget beslut från styrelsen. Enligt uppgift är planeringen att Aha-rapport 2011 ska sammanställas betydligt tidigare än föregående år, redan i slutet av februari.

I revisionsrapporten från 2010 konstaterades att fler ärenden bör åtgärdas och följas upp och att rapporteringen av allvarliga händelser måste förbättras. I Aha-rapporten för 2010 konstateras att det fortfarande finns svagheter avseende rapporteringen av allvarliga händelser. Rapporteringen av Lex Maria-anmälningar i Aha för 2009 och 2010 är enligt Aha-rapporten följande:

År	Antal Lex-Maria	Antal Lex Maria som rapporterats i Aha	Procentuell andel av Lex Maria som rapporterats i Aha
2009	52	26	50
2010	62	39	63

I föregående års granskning noterades att processen för avvikelshantering måste göras mer känd. I Aha-rapporten för 2010 redovisas att det fortfarande finns svagheter här och behov av förbättringar inför 2011. Enligt vad som framkommit i granskningen kvarstår dessa svagheter även vid ingången av 2012.

En iakttagelse från föregående års revisionsrapport var att det finns brister i hur landstinget säkerställer att erfarenheter från avvikelserapporteringen tas tillvara. Enligt vad som uppgivits har inga åtgärder hittills vidtagits för att utveckla denna funktion.

Slutsatser och rekommendationer

Vår slutsats är att det inom landstinget i Värmland pågår arbete med att utveckla patientsäkerheten på central nivå genom inrättandet av strukturer för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsfrågor. Vi kan konstatera att flera av de åtgärder som identifierades i revisionsrapporten från 2008 har genomförts eller är under genomförande. Av dokumentationen avseende Socialstyrelsens tillsyn och revisionsrapporten rörande efterlevnad av patientdatalagen framgår emellertid att det fortfarande återstår en hel del arbete för att få ett fungerande system på plats.

När det gäller arbetet med att utveckla formerna och stödet för avvikelshantering finns fortfarande ett behov av utveckling och förbättring. Det gäller inte minst utveckling av funktioner som säkerställer att landstingets verksamheter kan ta lärdom av rapporterade avvikelser och sprida relevanta erfarenheter för att ge verksamheterna möjligheter att genomföra nödvändiga förändringar.

Landstingsstyrelsen har under 2011 vid flera tillfällen fått information om patientsäkerhetsarbetet och avvikelshantering, jämfört med föregående år.

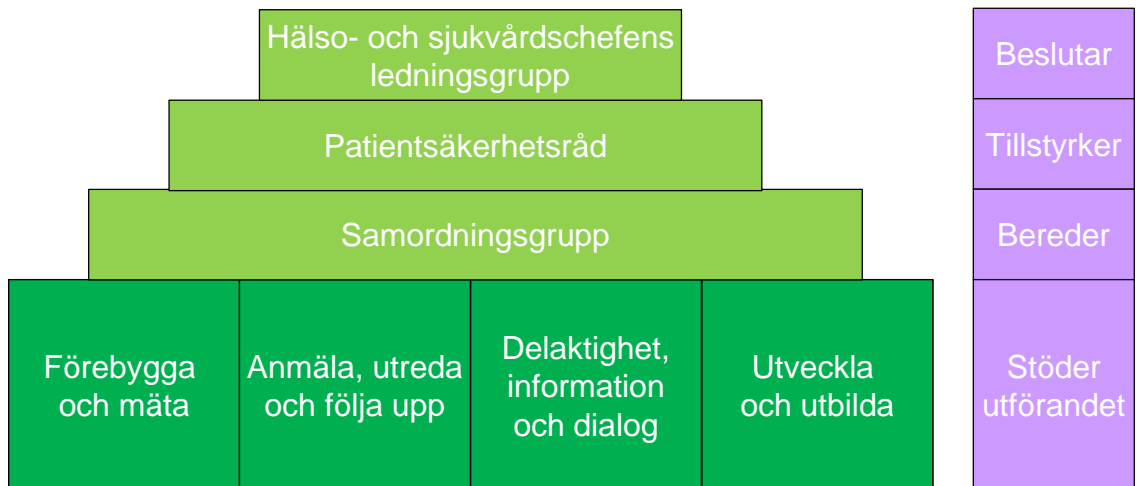
Vår bedömning är att det är angeläget att revisorerna fortsatt följer utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet. Under 2012 bör revisorerna fortsatt följa utvecklingsarbetet avseende patientsäkerhet. Revisorerna bör inom ramen för det följa upp iakttagelserna från revisionsrapporten avseende efterlevnad patientdatalagen. Förnyad uppföljning av avvikelshantering bör genomföras under 2012. Revisorerna bör överväga att genomföra en fördjupad granskning av landstingets efterlevnad av patientsäkerhetslagen under 2012.

Veronica Hedlund Lundgren
Revisionschef, CKR

Anders Marmon
CKR

Bilaga 1

Figur 1: Organisation av patientsäkerhetsarbetet (källa: Landstingets svar till Socialstyrelsen)



Figur 2: Hälso- och sjukvårdsstabens organisation (källa: Landstingets svar till Socialstyrelsen)

