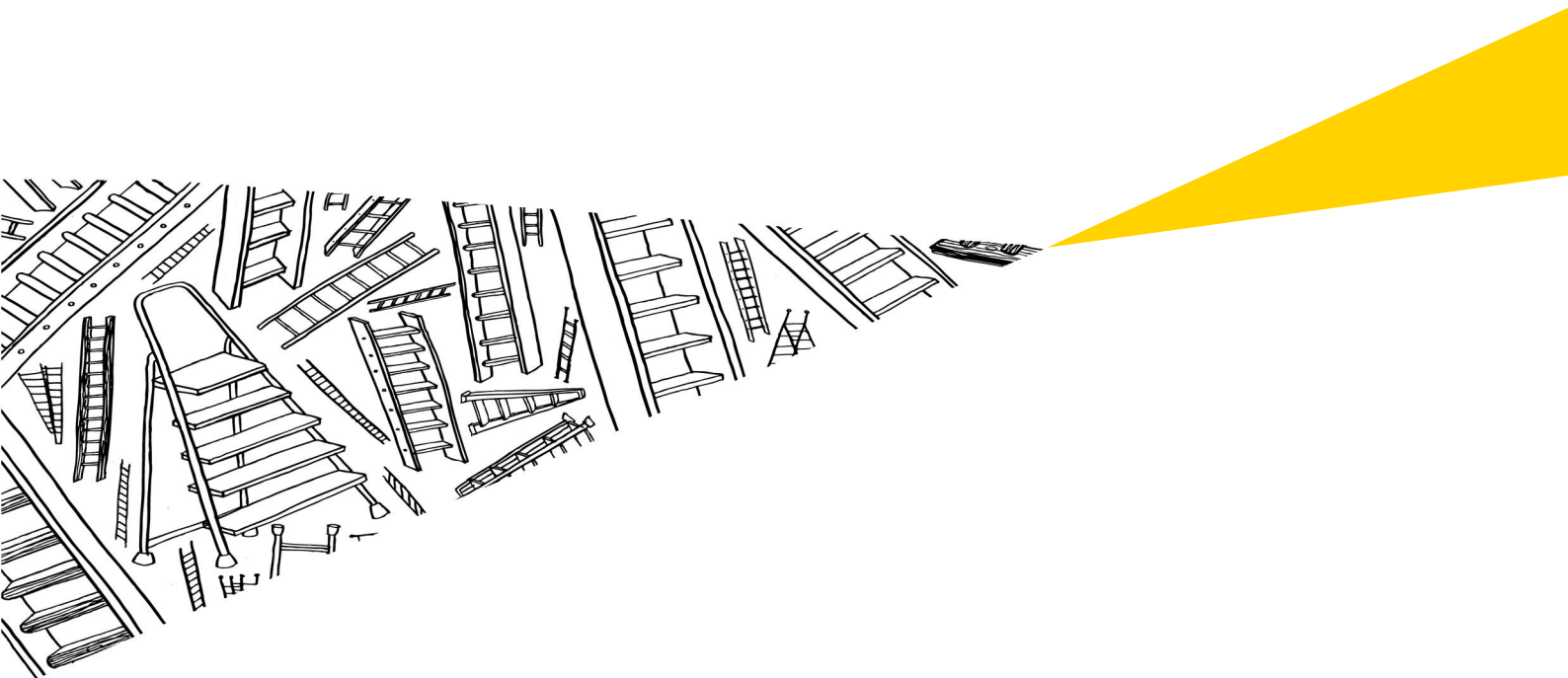


Landstinget i Värmland

Granskning av patientsäkerhetsarbetet



Innehåll

Sammanfattning.....	3
1. Inledning.....	5
1.1. Syfte.....	5
1.2. Avgränsning	5
1.3. Revisionskriterier	5
▶ Patientsäkerhetslagen (2010:659)	5
1.4. Metod.....	5
1.5. Vad är patientsäkerhet?.....	5
2. Patientsäkerhetslag och nationella föreskrifter.....	7
2.1. Hälso- och sjukvårdslagen.....	7
2.2. Patientsäkerhetslagen	7
2.3. Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.	7
2.4. SKL:s överenskommelse med regeringen om patientsäkerhet.....	7
2.5. Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014	8
3. Landstingets styrande dokument.....	9
3.1. Fullmäktiges uppdrag till landstingsstyrelsen enligt flerårsplan och landstingsplan...	9
3.2. Styrande dokument.....	9
4. Organisering av patientsäkerhetsarbetet.....	10
5. Aktiviteter i patientsäkerhetsarbetet	12
5.1. Aktiviteter initierade på landstingsövergripande nivå	12
5.2. Aktiviteter som pågår vid de granskade verksamheterna	13
6. Uppföljning och resultat	16
7. Slutsatser och rekommendationer	19
7.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning.....	20
Bilaga 1 Intervjupersoner och källförteckning	21
Bilaga 2: Uppföljningsparametrar – egenkontroll	22

Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstingets revisorer granskat landstingets arbete med patientsäkerhet. Syftet med granskningen är att ge landstingets revisorer ett underlag för att bedöma om landstinget bedriver ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Bedömning
1 Säkerställer landstingsstyrelsen, genom styrning, uppföljning och intern kontroll, att landstinget bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?	<p>Landstinget har i både uppföljning och i organiseringen av patientsäkerhetsarbetet skapat en ändamålsenlig struktur och förutsättningar för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Det finns ett system för att uppdaga brister i patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>Patientsäkerhet är ett prioriterat område på flera organisatoriska nivåer men bedömningen är att efterlevnaden av riktlinjer och patientsäkerhetskulturen måste förbättras avsevärt för att nollvisionen ska kunna realiseras.</p> <p>Förstärkningen av chefläkaresursen är ett led i detta liksom införandet av patientsäkerhetsronder. Dessa åtgärder bedöms som adekvata åtgärder.</p> <p>Bedömningen är att styrningen svarar upp emot kraven i patientsäkerhetslagen.</p>
2 Bedriver landstinget i Värmland ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?	<p>Landstingets arbete är upplagt på ett sätt och innehåller metoder och fokusområden som svarar upp emot de föreskrifter och de evidensbaserade metoder som idag styr patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>På verksamhetsnivå återstår emellertid arbete med att etablera en systematik för bland annat riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser.</p> <p>För att en reell minskning av vårdskadorna ska äga rum är det främst i vardagliga rutiner som förbättringar bör äga rum. Landstingets fokus att arbeta med att förbättra patientsäkerhetskulturen bedöms därför vara ett väl valt fokusområde. Det är inom detta område som de största bristerna finns enligt landstingets egen analys i patientsäkerhetsberättelsen.</p>
3 Om det finns brister i styrning, uppföljning och intern kontroll respektive efterlevnad av lagen, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?	<p>Det brister i genomförandet av riskanalyser, användandet av journalgranskningar för att utveckla nya åtgärder, avvikelserapportering samt i andra faktorer i det dagliga arbetet. Här behövs ett intensivare arbete för att konkreta resultat ska bli ett faktum.</p> <p>Användandet av patienternas upplevelser är olika inom specialiteterna men intressanta metoder håller på att utvecklas.</p> <p>Med tanke på landstingets ambitiösa målsättning inom området patientsäkerhet råder obalans mellan processmål och resultatmål. De flesta mål avser följsamhet till riktlinjer. Få mål avser uppnådda resultat som exempelvis andel vårdskadade patienter inom olika skadetyper. Om nollvisionen ska vara trovärdig krävs av landstinget vågar sätta resultatmål.</p>

Den övergripande bedömningen är att landstingsstyrelsen tagit initiativ till och etablerat en struktur med roller och ansvar som ger goda förutsättningar för att nå förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. Nya metoder som exempelvis nya sätt att involvera patienter och patientsäkerhetsronder där chefer konfronterar den operativa verksamhetsnivån på ett tydligare sätt är exempel på detta. Landstinget i Värmland ligger i en nationell jämförelse bland de främre i landet enligt Socialstyrelsens jämförelser av olika landsting.

De resultat som uppvisas ligger dock långt ifrån landstingets egen vision och det krävs åtgärder för att en tydlig och trendmässig förbättring ska ske. Bedömningen är att landstinget har gjort en analys av bristerna och att den rådande handlingsplanen har utformats utifrån de identifierade bristerna. Vi bedömer att landstinget gjort en rimlig bedömning i att det är i det vardagliga arbetet, patientsäkerhetskulturen, som förändringar bör ske.

Det faktum att förbättringstakten inte svarar upp emot målsättningarna bedömer vi inte beror på bristande övergripande struktur och uppföljning. Att rutiner inte följs i önskad utsträckning, att avvikelserapporteringen varierar och är för låg samt att ledningen på högre nivåer inte svarar aktivt på resultatet av avvikelserapporterna bedömer vi som uttryck för att säkerhetskulturen inte är tillräckligt stark. Utifrån vad som framkommit är därför vår rekommendation följande:

- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att ta initiativ till att förstärka arbetet med att chefer på alla nivåer, från första linjen till toppledning, driver arbetet med att minska vårdskadorna. Detta med stöd av stabsresurserna.
- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att komplettera nollvisionen med en målstyrning där resultatmål i större utsträckning används för att stödja ovanstående rekommendation. Idag finns det få tidssatta mål för hur mycket olika typer av vårdskador som ska minska till en viss tidpunkt.
- ▶ Vidta åtgärder för att förenkla administrationen av avvikelserapporter i avvikelsehanteringssystemet.

1. Inledning

1.1. Syfte

Syftet är att ge landstingets revisorer ett underlag för att bedöma om landstinget bedriver ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

För att uppnå granskningens syfte besvaras följande delfrågor:

1 Säkerställer landstingsstyrelsen, genom styrning, uppföljning och intern kontroll, att landstinget bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?

2 Bedriver landstinget i Värmland ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?

3 Om det finns brister i styrning, uppföljning och intern kontroll respektive efterlevnad av lagen, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?

1.2. Avgränsning

På verksamhetsnivå är granskningen avgränsad till specialiteterna medicin och ortopedi vid Centralsjukhuset och Sjukhuset i Arvika.

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- ▶ Landstingets budget
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2007:19)(Grundförfattning)
- ▶ Övriga relevanta föreskrifter från Socialstyrelsen och SKL
- ▶ Socialstyrelsens "Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014"

1.4. Metod

Granskningen har genomförts via intervjuer med nyckelpersoner samt i form av dokumentgranskning. Intervjuade funktioner och granskade dokument framgår av bilaga 1.

1.5. Vad är patientsäkerhet?

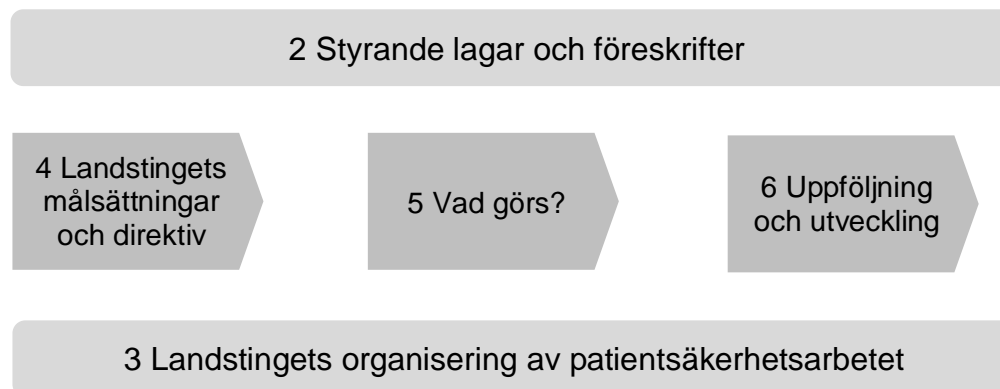
Begreppet patientsäkerhet handlar enligt Socialstyrelsen ytterst om att hälso- och sjukvården ska arbeta för att ingen patient ska skadas i vården. Med skada avses kroppslig eller psykisk skada eller lidande som en patient drabbas av i kontakten med hälso- och sjukvården. Be-

greppet vårdskada avser de skador som är undvikbara. Patienter som har många kontakter med vården löper högre risk att drabbas av skador och utgör därför riskgrupper.

I en rapport (Patientsäkerhet lönar sig, augusti 2014) från Sveriges Kommuner och Landsting har 19141 journaler från 2013 granskats. Några av resultaten från studien är att medelvårdtiden i genomsnitt fördubblas på grund av vårdskador och sammantaget beräknas att detta medför merkostnader på mer än åtta miljarder kronor per år. Patientens lidande är dessutom stort, i 5,6 procent av fallen fick patienten en permanent skada eller avled. Den vanligaste vårdskadan är vårdrelaterade infektioner. Mellan 7 och 9 procent av patienterna drabbas av (VRI). Det finns ingen signifikant skillnad mellan mäns och kvinnors risk för vårdskada enligt rapporten men andelen vårdtillfällen med skador steg med ökande ålder.

En fråga som är föremål för debatt är hur stor del av skadorna som är undvikbara. I ovan nämnda SKL-rapport bedömdes drygt 60 procent av skadorna ha kunnat undvikas. Oavsett var gränsen bedöms vara för hur stor andel av skadorna som är undvikbar står det klart att ett framgångsrikt arbete med att förhindra vårdskador kan få mycket stora positiva effekter för både patienter och landstingens ekonomi. Landstinget i Värmland har valt att ha som mål att inga undvikbara skador ska uppstå, d.v.s. nollvisionen är noll vårdskador.

Den fortsatta rapporten är disponerad i följande kapitel:



2. Patientsäkerhetslag och nationella föreskrifter

2.1. Hälso- och sjukvårdslagen

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

2.2. Patientsäkerhetslagen

Vårdgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det innebär att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivare ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

2.3. Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.

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

2.4. SKL:s överenskommelse med regeringen om patientsäkerhet

SKL har 2014 för fjärde och sista året i rad gjort en överenskommelse med staten om prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbete i landstingen. Syftet är att uppmuntra, stärka och intensifiera patientsäkerhetsarbetet. Målet är att minska antalet vårdskador.

För att ta del av ersättningarna måste landstinget uppfylla fem grundkrav. I de landsting som uppfyller grundkraven görs en uppföljning av sex olika indikatorer. De landsting som uppfyller kraven inom respektive indikator får dela på en viss summa pengar. Grundkraven och de sex indikatorerna ser sammanfattningsvis ut som följer. Landstinget i Värmland erhöll dessa medel för 2013 och räknar med att få ta del av medlen även för 2014.

Grundkrav

1. Patientsäkerhetsberättelse

Samtliga vårdgivare i landstinget ska ha upprättat en patientsäkerhetsberättelse.

2. Nationella patientenkäter

Landstinget ska ha deltagit i 2014 års patientenkäter för somatisk öppen- och slutenvård.

3. Patientsäkerhetskultur

Landstinget ska under 2012-2014 ha gjort minst en mätning av patientsäkerhetskulturen inom slutenvården och åtminstone planerat motsvarande mätning inom primärvården.

Landstinget ska också ha utfört ett förbättringsarbete inom området och tagit fram minst en handlingsplan för 2015.

4. Strukturerad journalgranskning

Landstinget ska under året ha arbetat med strukturerad journalgranskning. Sjukhusen ska ha dokumenterat hur de avser att utveckla den strukturerade journalgranskningen samt hur resultaten används i förbättringsarbetet.

5. Nationell patientöversikt

Landstinget ska ha anslutit sig till och kunna visa på en bred användning av nationell patientöversikt (NPÖ).

Indikatorer

1. Basala hygien- och klädrutiner

Följsamheten till de basala rutinerna ska mätas. Resultatet ska motsvara det genomsnittliga värdet av mätningen som ingick i 2013 års överenskommelse.

2. Antibiotikaanvändning

Antalet förskrivna recept inom öppenvården ska minska. Landstinget ska ha verkat för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer. Minst hälften av enheterna inom primärvården ska ha försett sina förskrivare med en översikt av den personliga förskrivningen samt utvärderat effekterna av tidigare återkoppling.

3. Läkemedelsanvändning

Landstinget ska ha tillämpat dokumenterade rutiner för utskrivningsinformation inom slutenvård samt ha inrättat en struktur för och påbörjat uppföljning av andelen patienter som erhåller sådan utskrivningsinformation.

4. Trycksår

Landstinget ska vid minst 80 procent av alla slutenvårdsavdelningar ha mätt förekomst av trycksår och följsamhet till rekommenderade åtgärder, ha vidtagit rekommenderade åtgärder samt ha uppdaterat sin handlingsplan och bedriva ett förbättringsarbete.

5. Överbeläggningar

Landstinget ska kontinuerligt ha mätt överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt ha utarbetat en handlingsplan för förbättringsarbete.

6. Infektionsverktyget

Landstinget ska ha infört IT-stödet Infektionsverktyget och använda det i daglig verksamhet samt ha tillämpat systematisk validering av datakvalitet.

2.5. Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014

Socialstyrelsen anser att vårdgivarna bör fokusera arbetet med att utveckla patientsäkerheten genom följande insatser:

1. Använd strukturerad journalgranskning för att följa upp effekten av åtgärder för att förebygga vårdskador.
2. Öka evidensbaserade insatser så att förekomsten av trycksår och vårdrelaterade infektioner minskar.
3. Använd de resultat som kommer fram i mätningar och sätt in lämpliga förbättringsåtgärder.
4. Beskriv mer utförligt i patientsäkerhetsberättelserna vad som gjorts för att ge patienter och närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.
5. Använd det nationella IT-stödet för händelseanalys och bidra på så vis till det gemensamma lärandet.
6. Bedriv förbättringsarbete avseende patientsäkerhetskultur genom att sätta in åtgärder utifrån handlingsplaner och följa upp resultatet med nya mätningar.

3. Landstingets styrande dokument

3.1. Fullmäktiges uppdrag till landstingsstyrelsen enligt flerårsplan och landstingsplan

Enligt landstingets flerårsplan för 2013-2015 är ett av målen för planperioden att kvaliteten och patientsäkerheten är hög. Målet sorterar under det strategiska målet *effektiv verksamhet*. I planen konstateras vidare, i avsnittet *Arbetsområden och uppdrag*, att patientmedverkan har identifierats som ett viktigt satsningsområde inom den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet.

I landstingsplan och budget 2014 konstateras att Landstinget ska fortsätta att arbeta för att förbättra sina resultat i nationella satsningar såsom patientsäkerhetsatsningen. Patientsäkerheten nämns också som en faktor i systematiskt kvalitetsarbete och ett medel för att nå en ekonomi i balans.

3.2. Styrande dokument

Landstingets **viljeinriktning** är att landstinget i Värmland ska bli bäst i Sverige på kvalitet och patientsäkerhet. Fyra områden är definierade. Ett av dem är *noll vårdskador* och finns beslutad av landstingsstyrelsen i den patientsäkerhetsberättelse som beskrivs nedan.

Landstingets patientsäkerhetsstrategi har fastställts av landstingsstyrelsen och stadgar att landstingets vision är *noll vårdskador*. Till den kopplas det strategiska målet *landstingets samtliga verksamheter genomsyras av en patientsäkerhetskultur*. Fyra fokusområden finns för att nå det strategiska målet: ledning och styrning, systematiska utredningar och uppföljningar, kompetensutveckling och patientinvolvering. Till varje fokusområde finns operativa mål för 2013-2014. Landstinget har även fastställt en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur, se vidare kapitel 6.

I landstingets ledningssystem finns, vad gäller patientsäkerhet, också följande **riktlinjer**:

- ▶ Lex Maria-anmälan
- ▶ Anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som utgör risk för patientsäkerheten
- ▶ Avvikelsehantering
- ▶ Händelseanalys alt. riskanalys i samband med utredning av risk för, eller allvarlig vårdskada (lex Maria)

4. Organisering av patientsäkerhetsarbetet

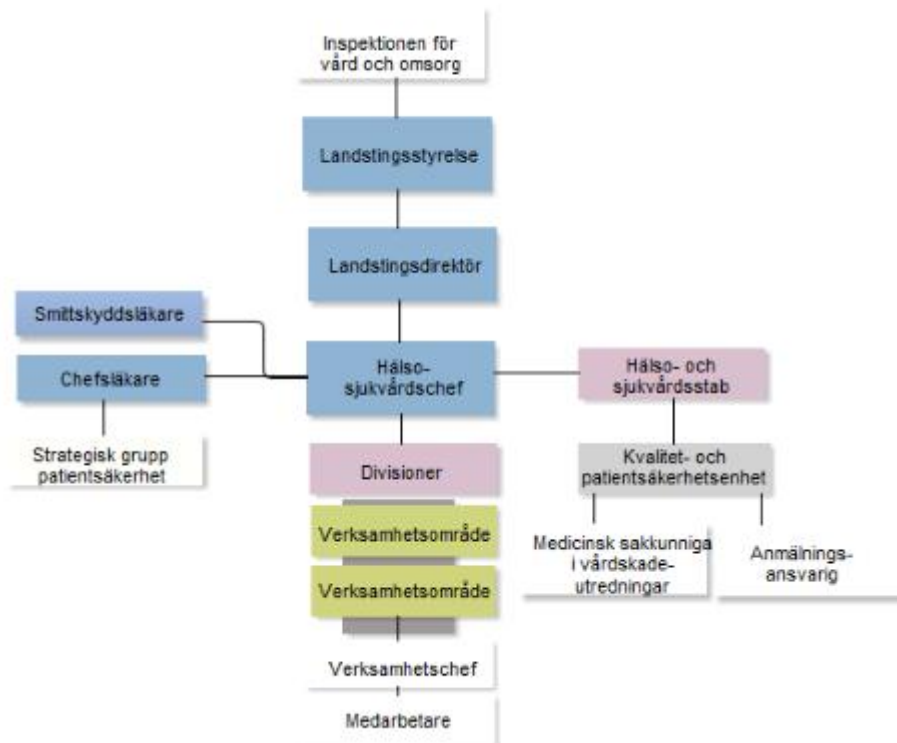
Bedömning

Landstinget har etablerat en struktur med kompetens och relevanta roller på olika nivåer i organisationen som är relevant och som kan skapa goda förutsättningar för att bedriva ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete. Ansvaret ligger i linjeorganisationen och det finns adekvata och tillgängliga stödresurser i stabsfunktion. Tillgängligheten till och resurser för chefläkarkfunktionen utökas i och med den nya chefläkarkfunktionen.

Det finns ett stort antal kunskapsstöd och metodstöd tillgänga på intranätet.

Underlaget för ovanstående bedömning beskrivs nedan.

Landstinget beskriver de resurser och funktioner som explicit arbetar med att öka patientsäkerheten enligt följande bild.



Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är den myndighet som startade 2013 och som har regeringens uppdrag att utföra tillsyn av verksamheter som bland annat styrs av hälso- och sjukvårdslagen.

Kvalitet- och patientsäkerhetsenheten utgör chefläkarens resurs i patientsäkerhetsarbetet. Enheten ansvarar bland annat för anmälningar, utredningar och stödjer verksamheterna i arbetet med egenkontroller som t.ex. strukturerad journalgranskning. Chefläkarkfunktionen är under omarbetning. Tidigare fanns en chefläkare, från oktober 2014 har förutom två nyrekryteringar på deltid, även två tidigare medicinskt sakkunniga övergått till chefläkarkfunktionen som därmed utökats till 2,5 tjänster. Resurserna i funktionen har ökat för att mer tid ska kunna ägnas åt strategiskt arbete och större synlighet i verksamheten. Uppdraget ska vara både kontrollerande och stödjande.

I de intervjuer som genomförts inom ramen för granskningen framkommer att det finns en efterfrågan på en ökad närvaro av chefläkarkfunktionen i verksamheterna.

Smittskyddsenheten

Smittskydd Värmland är en länsövergripande organisation. Här finns smittskyddsläkare, vårdhygientekniker, smittskyddssjuksköterska och hygiensjuksköterska. Enheten fungerar som konsultativt stöd för verksamheterna i form av rådgivning vid uppkomna situationer, utbildningar, framtagande av policier m.m. intervjuerna i granskningen indikerar att verksamheterna får ett bra stöd av smittskyddsenheten och att de är mycket tillgängliga.

Den **strategiska gruppen för patientsäkerhet** ansvarar för att landstingets övergripande patientsäkerhetsarbete samordnas, utvärderas och utvecklas för att uppfylla lagar och föreskrifter inom patientsäkerhetsområdet. I gruppen deltar bl.a. chefsläkare, smittskyddsläkare, läkemedelsenheten samt kvalitet- och patientsäkerhetsenheten, utredning och analys. Gruppen ska även identifiera risker och föreslå åtgärder.

Läkemedelsenheten finns inte med på bilden men ingår i Hälso- och sjukvårdsstaben. Enheten har uppdraget att samordna arbetet i övergripande läkemedelsfrågor. En del i detta arbete berör säker läkemedelsanvändning. Enheten tar fram underlag, utformar riktlinjer och utbildar kring bland annat risker vid övergångar i vården, riskpatienter, olämpliga läkemedel och antibiotikaresistens. När det gäller restriktiv antibiotikaförskrivning finns det även en s.k. strategisk STRAMA-grupp. Gruppen ska arbeta för minskad antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Respektive **verksamhetschef** ansvarar i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen för verksamhetens patientsäkerhet.

Inom landstinget finns också ett **nätverk för patientsäkerhet för avdelningschefer inom slutenvård** vars syfte är att stödja arbetet med förebyggande insatser och uppföljning av resultat samt medverka till erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling inom patientsäkerhetsarbetet.

Vid mottagningar och avdelningar finns ett antal olika ombud. Vissa medarbetare är utsedda som ombud för att bevaka exempelvis hygienföreskrifternas efterlevnad. Vilka områden dessa ombud har att bevaka och samordna beror på verksamhetens art.

Kopplat till landstingets ledningssystem finns ett antal "röda trådar". Den röda tråden för patientsäkerhet framgår av intranätet och innehåller rubrikerna;

- ▶ Organisation (Ovanstående bild)
- ▶ Lagar förordningar och föreskrifter
- ▶ Vårdgivardirektiv
- ▶ Övergripande strategi och mål
- ▶ Handlingsplaner
- ▶ Riktlinjer
- ▶ Kunskap och kompetens
- ▶ Handböcker för ökad patientsäkerhet
- ▶ Åtgärds paket för ökad patientsäkerhet

Under varje rubrik finns länkar till relevanta dokument och utgör tillsammans den samlade kunskapen som finns tillgänglig för all personal.

5. Aktiviteter i patientsäkerhetsarbetet

Bedömning

De aktiviteter som pågår är både permanenta och projektartade. Aktiviteterna bedöms vara väl grundade i den etablerade kunskapsbas som bland annat Socialstyrelsen definierar. Aktiviteterna är även baserade på de brister som LiV har identifierat i organisationen. Ett av dessa områden är patientsäkerhetskulturen. Denna mäts regelbundet och det finns en målsättning för vilken nivå kulturen ska ligga på. Patientsäkerhetsronder, vilka håller på att implementeras, bedöms vara en adekvat förbättringsåtgärd som kan bidra till en bättre patientsäkerhetskultur.

Avvikelseberättelserna och bedöms vara ett tydligt utvecklingsområde liksom genomförandet av riskanalyser.

Olikheter finns mellan de granskade verksamheterna bland annat när det gäller genomförandet av riskanalyser och användandet av strukturerad journalgranskning.

Bedömningen är att patientsäkerhetsstrategin som helhet följs i utvecklingsarbetet. Ledning och styrning är i fokus, utredningar prioriteras men kan bli bättre, kompetensutveckling sker och patientinvolvering är under utveckling men brister för närvarande.

Med de resurser och den organisering som beskrevs i föregående avsnitt beskrivs i detta kapitel vilka aktiviteter som pågår på central och lokal nivå för att minimera vårdskador.

5.1. Aktiviteter initierade på landstingsövergripande nivå

Aktivitet	Beskrivning
<p>Arbete med förbättrad patientsäkerhetskultur (Ingår i kraven för stimulansmedlen)</p>	<p>I Handlingsplanen finns följande aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet ▶ Benägenhet att rapportera händelser samt återföring och kommunikation ▶ Arbetsbelastning och personaltäthet (riskanalyser) ▶ Samarbete mellan vårdenheter samt överlämningar och överföring av patienter och information <p>Delmålen följs upp regelbundet via enkäter, verksamhetsdialoger, patientsäkerhetsronder m.m.</p>
<p>Patientsäkerhetsronder (Rutin fastställd och gäller från 1 september 2014)</p>	<p>En ny metod för att följa upp arbetet. Hälso- och sjukvårdschef, divisionschef/verksamhetschef, avdelningschef/motsvarande, medarbetare samt chefläkare ställer ett antal frågor vid utvalda avdelningar eller mottagningar.</p> <p>Ska genomföras varje år vid alla verksamhetsområden och ersätter den tidigare patientsäkerhetsdialogen på som avsåg chefsnivån enbart. Hittills har endast en genomförts och det återstår arbete med att definiera hur dessa ska gå till och hur ofta de ska genomföras.</p>

Ifrågasättande av kateter som rutinbehandling	Användandet av katetrar och venösa portar anses av Socialstyrelsen idag vara en av de främsta källorna till VRI. Landstinget har tagit fram en egen rutin för alternativ till kateterbehandling.
Strukturerad journalgranskning (Ingår i kraven för stimulansmedlen)	Landstinget använder den numera etablerade och rekommenderade metoden "markösbaserad" journalgranskning. 20 slumpvis utvalda journaler vid Sjukhusen i Arvika och Torsby samt 30 vid Centralsjukhuset i Karlstad granskas varje månad Vissa verksamheter genomför även journalgranskningar på eget initiativ. I dessa granskningar hittas främst VRI, blåsöverfyllnad och trycksår som inte alltid rapporterats.
Sängtvättsprojekt	Landstingets nya sjukhusbyggnader har en sängpark där sängarna maskintvättas efter varje patient. Systemet håller nu på att implementeras även i de äldre sjukhusbyggnaderna.
Övriga aktivitetsområden som ingår i kraven för stimulansmedlen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Basala hygien- och klädrutiner ▶ Restriktiv antibiotikaanvändning ▶ Läkemedelsanvändning (information vid utskrivning) ▶ Trycksår ▶ Överbeläggningar ▶ Infektionsverktyget

Som tidigare beskrivits finns det ett antal riktlinjer tillgängliga på intranätet. En av dessa gäller riskanalyser och är under revidering 2014.

Enligt den avgående chefläkaren genomförs fortfarande riskanalyser i alltför stor utsträckning utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Fokus behöver förskjutas till ett tydligare patientperspektiv. Detta framkommer även i andra intervjuer. En annan synpunkt som framkommer är att riskanalyser bör göras då man fångat flera avvikelser inom ett område som rör patientsäkerhet.

De avvikelser som rapporteras behöver aggregeras och analyseras på landstingsledningsnivå. I ett flertal intervjuer uppges att det man upplever brister i ledningens arbete med att analysera dessa avvikelserapporter och framför allt hur ledningen agerat utifrån rapporterna.

5.2. Aktiviteter som pågår vid de granskade verksamheterna

Division Medicin

Divisionen har skapat ett utskott till ledningsgruppen för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Divisionen har valt att prioritera arbetet med att minimera VRI genom att framför allt minimera användandet av katetrar och venösa portar. Den journalgranskning som genomförs används i analysarbetet med att förhindra VRI. Divisionschefen berättar att det i journalgranskningen förekommer att incidenter som borde varit Lex Maria-anmälda kan identifieras. Divisionschefen menar att patientsäkerhet i meningen "att inte skada" används som en bottenplatta för kvalitetsarbetet. Arbetet med patientsäkerhetskultur handlar ganska mycket om att se vårdskadan som en undvikbar skada istället för att betrakta den som en komplikation.

Divisionschefen är ansvarig för ett utvecklingsprojekt som syftar till att bättre använda patienternas upplevelser i utvecklingsarbetet. För närvarande pågår det försök med strokepatienter där någon bland sjukvårdspersonalen träffar en patient och beskriver "patientens resa" genom vården utifrån patientens upplevelser.

Chefen för medicinkliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad beskriver att kliniken har ett starkt fokus riktat mot VRI. Det finns två samordnare med ansvar för dessa frågor och de arbetar med att då katetrar används så ska de sitta så kort tid som möjligt. Hand- och klädhygienrutiner följs till 87 procent men personalen anser att de borde klara 100 procent följsamhet. Det som ofta brister är spritning av händer inför ett patientmöte. Har man spritat händer efter förra patienten uppfattas det ibland som att det är samma sak som att sprita före nästa patient. Det gäller här att ha patientperspektivet och inte bara att man själv som personal tvättat bort eventuell smitta från föregående patientmöte.

Vid kliniken i Karlstad görs riskanalyser ur patientsäkerhetsperspektiv vid varje sektion eftersom det är olika typer av risker. Vid intervjun med avdelningschefer framkommer att fallolyckor och information om läkemedel för äldre vid övergångar mellan vårdenheter är kritiska områden. Städningen upplevs inte som ett problem men just nu utreds frågan om hur mycket sjukvårdspersonalen ska städa i samband med att landstingsservice upplevs begränsa sitt uppdrag.

Vid medicinkliniken i Arvika är det ungefär samma frågor som är i fokus som vid Centralsjukhuset. Kliniken i Arvika har arbetat mycket med trycksår med bland annat användande av speciella madrasser som är rörliga och därmed minskar risken för trycksår.

Båda kliniker använder den nationella patientenkäten som främsta källa för att använda patienternas synpunkter som kunskapskälla i utvecklingsarbetet. Vid kliniken i Arvika har man dessutom sedan våren 2014 som del av pilotprojektet "Standardiserad utskrivningsprocess" använt "Webbkollen Sjukhuset – Ring upp", en strukturerad telefonintervju inom 72 timmar efter utskrivning från slutenvård, där många synpunkter framkommer. Vid dessa samtal efterhörs eventuella felaktigheter i information och läkemedelsinstruktioner. De centrala resurserna upplevs fungera bra och utgör ett bra stöd till de olika ombud som finns på avdelningarna. Det finns exempelvis förflyttningombud och hygienombud. Vid intervjuerna framkommer synpunkter om att det görs ganska många riktlinjer på lokal verksamhetsnivå men som lika gärna skulle kunna göras centralt.

Avvikelsehanteringssystemet upplevs vara krångligt och tidskrävande. Det händer ofta att rapporter studsar mellan olika chefer eller chefsnivåer innan åtgärder vidtas. Cheferna har dock möjlighet att i systemet se mönster i vilken typ av avvikelser som dominerar, enligt vissa av de intervjuade. Vid båda kliniker finns uppfattningen att det råder en ganska väsentlig underrapportering samt att det finns många olika uppfattningar om vad som är relevant att rapportera. Det gör, tillsammans med otydligheter i systemet, att chefernas arbete med att hantera avvikelser blir svårarbetat.

Division opererande specialiteter

På samma sätt som inom Division Medicin sker det viktigaste arbetet med patientsäkerhet på verksamhetsområdesnivå. Divisionsplanen innehåller en återgivning av de landstingsövergripande målsättningarna avseende patientsäkerhet. Däremot finns det inga beskrivningar av vilka områden som är prioriterade eller extra viktiga för divisionen. Patientsäkerhetsronder kommer att starta under våren 2015 och divisionen har ett krav på att verksamheterna ska använda resultatavlor där viktiga parametrar visualiseras, bland annat hygienmätningarnas resultat.

Patientsäkerhet är en stående punkt vid ledningsgruppens sammanträden. Dessa frågor föredras primärt av divisionens verksamhetsutvecklare. Det finns hygienombud vid de flesta enheter.

Ortopedi är en av verksamheterna inom divisionen. Ortopedverksamheten i Karlstad och Arvika har samma verksamhetschef. I Arvika finns det en avdelning och mottagning (delas med

kirurgen), i Karlstad finns det två avdelningar och en mottagning. Ortopedi är en egen verksamhet i Torsby.

De intervjuade uppger att de största patientsäkerhetsriskerna finns i den bristande tillgängligheten. Det gäller nybesök, akutflöden, fallolyckor och överbeläggningar på avdelningarna. Det händer även att kallelser förvinner ur journalsystemet Cosmic. För ortopedi specifikt är infektioner i samband protesoperationer ett betydande problem. I anslutning till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) bedriver ortopedin i Värmland utveckling inom ramen för PRISS¹. Det pågår även ett arbete på uppdrag av chefläkaren i syfte att likrikta vårdprogrammen för höft- och knäproteser. Detta sker i samarbete med infektionskliniken, primärvården och smittskyddsenheten.

Inom ortopedin i Karlstad och Arvika görs, med undantag inför somrarna, inga riskanalyser. De analyser som görs är händelseanalyser vid allvarliga skador som anmäls enligt Lex Maria. Det sker cirka 15 misstänkta fall per år och en tredjedel resulterar i Lex Maria-anmälning. Verksamhetschefen menar att det är svårt att få riskanalyser att fungera så att de verkligen används i utvecklingssyfte. Det finns en brist på resurser och riktlinjer i landstinget. De övriga fallen blir föremål för analys och i vissa fall planerade förbättringsarbeten.

Avvikelsehanteringssystemet upplevs som krångligt, det kräver svar på en mängd detaljfrågor som ofta upplevs som irrelevanta. De intervjuade bedömer att det sker en underrapportering och att det finns en tendens till att avvikelshanteringssystemet snarare blir en klagomur istället för ett forum för konstruktiva utvecklingsförslag. Verksamhetschefen uppskattar att 50 procent av rapporterna handlar om brister i IT-stöden, 25 procent avser individärenden och 25 procent är avvikelser som leder till vidare analys och åtgärder. De olika yrkesgrupperna skiljer sig markant när det gäller benägenhet att rapportera. Avvikelser rapporteras regelbundet vid APT.

Den sjuksköterska som ansvarar vid utskrivning av patienter i Arvika lämnar ut och informerar om en enkät innan patienten lämnar sjukhuset. Svarsfrekvensen brukar ligga på 80-90 procent. Dessa enkäter används som input i utvecklingsarbetet.

Verksamhetsområdet ortopedi avropar ganska ofta stöd från smittskyddsenheten som upplevs som mycket tillgänglig. Däremot finns det önskemål om att chefsläkare skulle vara mer synlig i verksamheterna så att det blir ett informationsflöde åt båda håll. Idag upplevs det som att det i första hand sker information till chefläkaren.

Standardiserade förskrivningslistor används inom ortopedin, framför allt för elektiva patienter, och syftar bl.a. till kortare vårdtider genom mindre användning av morfin.

Övriga aktiviteter

Övriga aktiviteter som pågår inom patientsäkerhetsområdet och inom flera verksamhetsområden rör utskrivningsrutinerna. Sjukhuset i Arvika har som exempel startat ett en process som består i att identifiera patienter med förhöjd risk för återinskrivning samt undvikbar slutenvård och tillse att deras identifierade behov är tillgodosedda vid hemgång. Vid ortopedavdelningen i Arvika har personalen börjat kontakta patienter efter hemkomst för att höra om de har några frågor och om allt fungerar som det ska. Detta för att undvika återinläggningar vid sjukhusen.

¹ PRISS: Protesrelaterade infektioner ska stoppas.

6. Uppföljning och resultat

Bedömning

De flesta uppföljningsparametrar är processrelaterade. Ett exempel är hur följsamma medarbetarna är till riktlinjerna för handhygien. Bedömningen är att det finns ett behov av att i större utsträckning arbeta med utmanande och tidsatta resultatmål för att svara upp emot landstingets nollvision.

Patientsäkerhetsarbetet följs upp med olika parametrar på olika organisatoriska nivåer. Nedanstående tabell åskådliggör uppföljningssystemet i grova drag.

Organisatorisk nivå	Uppföljningsparameter
Landstingsstyrelsen och landsdirektör	<p>Delårsrapporter presenteras i maj och september:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Följsamhet till klädregler och grundläggande hygienrutiner ▶ Överbeläggningar och utlokaliseringar <p>Årsredovisning:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Utvecklingen av förekomst av trycksår, fallolyckor och undernäring ▶ Resultatutvecklingen i nationella hygienmätningar ▶ Utvecklingen av förekomst av vårdrelaterade infektioner ▶ Uppfyllelse av de nationella antibiotikaförskrivningsmålen ▶ Utveckling av förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar <p>Därutöver redovisas, inom det av landstinget definierade området <i>Patientsäkerhet och kvalitet</i>, statistik över hur stor andel av patienter som får läkarbedömning inom 60 minuter på akuten. Dessutom redovisas utvecklingen av vårdrelaterade infektioner samt vårdskador per sjukhus (följs genom markörbaserad journalgranskning).</p>
Divisionsledning medicinska specialiteter	<p>Divisionsplaner och styrkort:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Basala hygienrutiner och klädregler ▶ Vårdrelaterade infektioner ▶ Uppföljning LiV:s nya KAD-rutin (kvarliggande kateter) ▶ Minska Kinolonförskrivning (en typ av antibiotika) ▶ Markörbaserad journalgranskning <p>Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppsmöten</p>

<p>Divisionsledning opererande specialiteter</p>	<p>Divisionsplaner och styrkort:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Samtliga verksamhetsområden förbättrar sina resultat i de nationella hygienmätningarna ▶ Samtliga verksamhetsområden minskar andelen vårdrelaterade infektioner <p>Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppsmötet</p>
<p>Verksamhetsområde medicin Karlstad/Arvika</p>	<p>Samma parametrar som divisionen.</p> <p>Dessutom specifikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Trycksår ▶ Egna journalgranskningar ▶ Fallolyckor <p>Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppsmötet</p>
<p>Verksamhetsområde ortopedi Karlstad/Arvika</p>	<p>Samma parametrar som divisionen:</p> <p>Dessutom specifikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Trycksår ▶ Journalgranskningar vid uppkomna infektioner i samband med protesoperationer ▶ Fallolyckor <p>Nationell patientenkät samt en egen enkät till patienter som opererats</p> <p>Patientsäkerhet är en stående punkt på ledningsgruppsmötet</p>

Avvikelse rapporter följs upp på alla organisatoriska nivåer beroende på rapportens karaktär. Dessutom gör Kvalitets- och patientsäkerhetsenheten sammanställningar och analyser av allvarliga vårdskador.

Patientsäkerhetsberättelse tas fram varje år i enlighet med kraven i patientsäkerhetslagen och skickas till Socialstyrelsen. I denna finns ytterligare uppföljningsparametrar som exempelvis återinläggning inom 30 dagar, överbeläggningar och utlokaliserade patienter. I detta dokument, samt på intranätet, presenteras även mätningar av de egenkontroller som görs på verksamhetsnivå. Dessa resultat presenteras för hälso- och sjukvårdsledningen vid varje tertialbokslut. Se bilaga 2.

Bland de resultat som beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen för 2013 kan nämnas:

- ▶ I åldergruppen 75 år och äldre fick 44 procent av patienterna ett utskrivningsmeddelande med läkemedelsberättelse. Inga mål anges.
- ▶ 19 av 32 avdelningar hade skrivit minst en läkemedelsberättelse
- ▶ Följsamhet basala kläd- och hygienrutiner var 75 procent
- ▶ 88 procent av de patienter som uppnått riskpoäng hade fått lämpliga förebyggande åtgärder för fall, trycksår och undernäring
- ▶ Antalet avvikelser rapporter ökar
- ▶ Antalet genomförda riskanalyser var väldigt få
- ▶ Antalet överbeläggningar och antalet utlokaliserade patienter ökade
- ▶ Andelen vårdrelaterade infektioner var cirka 9 procent 2013 och uppvisar inga tendenser till förbättringar

Vid augustimätningen 2014 för Landstingets punktprevalensmätningar var VRI-andelen 6,9 procent och för Division Opererande 10,3 procent. I landstingets egen rapportering framgår att ingen tydligt förändring i andelen patienter som får vårdrelaterade infektioner har ägt rum sedan 2008. VRI mäts varje månad i landstinget men kommer fr.o.m. hösten 2014 enbart att mätas tertialvis i de nationella mätningarna till dess att Infektionsverktyget (IT-stöd för identifiering av riskfaktorer för VRI) är implementerat.

Landstinget Värmland har mellan 2013 och 2014 tagit klivet till att bli ett av fem landsting som av Socialstyrelsen bedöms vara på den högsta nivån när det gäller systematik i patientsäkerhetsarbete. Ett antal variabler handlar om att förbättringar skall ha skett av resultaten för trycksår, vårdrelaterade infektioner och basala hand- och klädhygienrutiner.

I LiV:s årsrapport² angående tillsynsärenden från Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg framgår att en minskning har skett av Lex Mariaärenden angående självmord de senaste fem åren. Händelseanalyser har förbättrats, antalet enskildas klagomål har minskat. Tillsynsmyndigheten har i större utsträckning än tidigare konstaterat av vårdgivaren utrett händelser i nödvändig omfattning och att åtgärder vidtagits.

De brister som fortfarande framkommer i besluten är den interna utredningen, dokumentation samt informationsöverföring, delaktighet och samverkan. IVO följer även akutmottagningarnas och kirurgklinikernas åtgärder för förbättring av egenkontrollen efter tillsynen 2012.

² Anmälningar och beslut från Socialstyrelsen t.o.m. 31/5 och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fr.o.m. 1/6 inom hälso- och sjukvård

7. Slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att ge landstingets revisorer ett underlag för att bedöma om landstinget bedriver ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete.

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Bedömning
1 Säkerställer landstingsstyrelsen, genom styrning, uppföljning och intern kontroll, att landstinget bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?	<p>Landstinget har i både uppföljning och i organiseringen av patientsäkerhetsarbetet skapat en ändamålsenlig struktur och förutsättningar för ett effektivt patientsäkerhetsarbete. Det finns ett system för att uppdaga brister i patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>Patientsäkerhet är ett prioriterat område på flera organisatoriska nivåer men bedömningen är att efterlevnaden av riktlinjer och patientsäkerhetskulturen måste förbättras avsevärt för att nollvisionen ska kunna realiseras.</p> <p>Förstärkningen av chefläkaresursen är ett led i detta liksom införandet av patientsäkerhetsronder. Dessa åtgärder bedöms som adekvata åtgärder.</p> <p>Bedömningen är att styrningen svarar upp emot kraven i patientsäkerhetslagen.</p>
2 Bedriver landstinget i Värmland ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med patientsäkerhetslagen och tillhörande föreskrifter?	<p>Landstingets arbete är upplagt på ett sätt och innehåller metoder och fokusområden som svarar upp emot de föreskrifter och de evidensbaserade metoder som idag styr patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>På verksamhetsnivå återstår emellertid arbete med att etablera en systematik för bland annat riskanalyser, avvikelserapportering och utnyttjande av patienters upplevelser.</p> <p>För att en reell minskning av vårdskadorna ska äga rum är det främst i vardagliga rutiner som förbättringar bör äga rum. Landstingets fokus att arbeta med att förbättra patientsäkerhetskulturen bedöms därför vara ett väl valt fokusområde. Det är inom detta område som de största bristerna finns enligt landstingets egen analys i patientsäkerhetsberättelsen.</p>
3 Om det finns brister i styrning, uppföljning och intern kontroll respektive efterlevnad av lagen, vilka förbättringsåtgärder behöver vidtas?	<p>Det brister i genomförandet av riskanalyser, användandet av journalgranskningar för att utveckla nya åtgärder, avvikelserapportering samt i andra faktorer i det dagliga arbetet. Här behövs ett intensivare arbete för att konkreta resultat ska bli ett faktum.</p> <p>Användandet av patienternas upplevelser är olika inom specialiteterna men intressanta metoder håller på att utvecklas.</p> <p>Med tanke på landstingets ambitiösa målsättning inom området patientsäkerhet råder obalans mellan processmål och resultatmål. De flesta mål avser följsamhet till riktlinjer. Få mål avser uppnådda resultat som exempelvis andel vårdskadade patienter inom olika skadetyper. Om nollvisionen ska vara trovärdig krävs av landstinget vågar sätta resultatmål.</p>

7.1. Sammanfattande slutsatser och bedömning

Den övergripande bedömningen är att landstingsstyrelsen tagit initiativ till och etablerat en struktur med roller och ansvar som ger goda förutsättningar för att nå förbättringar i patientsäkerhetsarbetet. Nya metoder som exempelvis nya sätt att involvera patienter och patientsäkerhetsronder där chefer konfronterar den operativa verksamhetsnivån på ett tydligare sätt är exempel på detta. Landstinget i Värmland ligger i en nationell jämförelse bland de främre i landet enligt Socialstyrelsens jämförelser av olika landsting.

De resultat som uppvisas ligger dock långt ifrån landstingets egen vision och det krävs åtgärder för att en tydlig och trendmässig förbättring ska ske. Bedömningen är att landstinget har gjort en analys av bristerna och att den rådande handlingsplanen har utformats utifrån de identifierade bristerna. Vi bedömer att landstinget gjort en rimlig bedömning i att det är i det vardagliga arbetet, patientsäkerhetskulturen, som förändringar bör ske.

Det faktum att förbättringstakten inte svarar upp emot målsättningarna bedömer vi inte beror på bristande övergripande struktur och uppföljning. Att rutiner inte följs i önskad utsträckning, att avvikelserapporteringen varierar och är för låg samt att ledningen på högre nivåer inte svarar aktivt på resultatet av avvikelserapporterna bedömer vi som uttryck för att säkerhetskulturen inte är tillräckligt stark. Utifrån vad som framkommit är därför vår rekommendation följande:

- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att ta initiativ till att förstärka arbetet med att chefer på alla nivåer, från första linjen till toppledning, driver arbetet med att minska vårdskadorna. Detta med stöd av stabsresurserna.
- ▶ Landstingsstyrelsen rekommenderas att komplettera nollvisionen med en målstyrning där resultatmål i större utsträckning används för att stödja ovanstående rekommendation. Idag finns det få tidssatta mål för hur mycket olika typer av vårdskador som ska minska till en viss tidpunkt.
- ▶ Vidta åtgärder för att förenkla administrationen av avvikelserapporter i avvikelsehanteringssystemet.

Stockholm den 6 november 2014

Anders Hellqvist och Ylva Westander

EY

Bilaga 1 Intervjupersoner och källförteckning

Följande funktioner har intervjuats:

- ▶ Chefläkarfunktionen (Avgående och de fyra nytilträdna)
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Divisionschefer medicinska och opererande specialiteter
- ▶ Verksamhetschefer och avdelningschefer inom medicin och ortopedi i Karlstad och Arvika
- ▶ Medarbetare på verksamhetsnivå med specifikt samordningsansvar för patientsäkerhetsfrågor
- ▶ Kvalitetsutvecklare vid kvalitets- och patientsäkerhetsenheten

Följande dokument har granskats:

- ▶ Flerårsplan 2013–2015. Landstinget i Värmland. Fastställd av landstingsfullmäktige 30 november 2011
- ▶ Delårsrapport 1. Behandlad av landstingsstyrelsen 3 juni 2014. Förvaltningsberättelse med delårsbokslut och helårsprognos januari–april 2014
- ▶ Patientsäkerhetskultur – förbättringsområden. Handlingsplan.
- ▶ Alternativ till kateterbehandling. Rutin.
- ▶ Lex Maria anmälan. Riktlinje.
- ▶ Händelseanalys alternativt riskanalys i samband med utredning av risk för, eller allvarlig vårdskapa (lex Maria). Riktlinje.
- ▶ Avvikelsehantering. Riktlinje.
- ▶ Årsrapport 2013 - Anmälningar och beslut från Socialstyrelsen t.o.m. 31/5 och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fr.o.m. 1/6 inom hälso- och sjukvård

Bilaga 2: Uppföljningsparametrar – egenkontroll

Processmått

Basala hygienrutiner och klädregler	Nationella mätningar och 10 observation-er/månad/avdelning och mot-tagning	SKL och interna register	Resultat presenteras på landstingets intranät, nät-verksträffar, tertial- och års-rapport.
Antibiotikaförskrivning	Månadsvis	Sveriges Smittskyddsinsti-tut	Smittskyddsläkaren rapporte-rar till verksamhetscheferna
Undernäring Antal patienter bedömda med t.ex. SGA/MNA	Följs tre gånger/år inom somatisk slutenvård	Internt register Senior alert	Resultat presenteras på landstingets intranät och nätverksträffar, tertial- och årsrapport.
Fall och fallskador Antal patienter bedömda med Down-ton Fall Risk Index.	Följs tre gånger/år inom soma-tisk slutenvård.	Internt register Senior alert	Resultat presenteras på landstingets intranät och nätverksträffar, tertial- och årsrapport.
Trycksår Antal patienter bedömda med Nor-tons-kalan.	Nationella mätningar två gånger per år och lokala mät-ningar tre gånger/år inom somatisk slutenvård.	SKL Internt register Senior alert	Resultat presenteras på landstingets intranät, nät-verksträffar, tertial- och års-rapport.
Avvikelse inom landstinget	Antal följs löpande i landsting-ets avvikelshanteringssystem	Internt register	Årsrapport
Avvikelse angående sam-arbetet mellan landsting och kommun	Antal följs löpande	Internt register	Nätverksträffar
Patientrelaterade avvikelser inom landstinget	Antal följs löpande i landsting-ets avvikelshanteringssystem	Internt register	Tertial rapport Årsrapport
Händelseana-lyser/Risikanalyser	Antal analyser följs tre gånger per år	Interna register	Tertialrapport Årsrapport
Överbeläggningar av patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	Landstingets datalager	Resultat presenteras i data-la-gerrapport och i årsrapport samt vid nätverksträffar.
Utlokaliserade patienter	Antal följs dagligen per sjukhus inom somatisk och psykiatrisk slutenvård	Landstingets datalager	Resultat presenteras i data-la-gerrapport och i årsrapport samt vid nätverksträffar.



Resultatmått

Vårdrelaterade infektioner, VRI	Följs varje månad genom punktprevalensmätning och i Infektionsverktyget	SKL och Infektionsverktyget	Resultat presenteras på landstingets intranät, nätverksträffar, tertial- och års-rapport
Trycksår	Följs vid de nationella punktprevalensmätningarna två gånger per år	SKL	Resultat presenteras på landstingets intranät, nätverksträffar, tertial- och års-rapport
Markörbaserad journalgranskning	Följs varje månad	SKL	Landstingets intranät