

Granskning av Sahlgrenska Universitets- sjukhusets patientsäkerhetsarbete med fokus på insatser för att förbättra tillgängligheten och beläggningssituationen

Dnr: Rev 45-2014

Genomförd av: Revisionsenheten
Kari Aartojärvi

Behandlad av Revisorskollegiet den 16 december 2014

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor	5
1.3. Avgränsning	5
1.4. Revisionskriterier.....	5
1.5. Metod	6
2. Resultat av granskningen	7
2.1. Utveckling av tillgänglighet och väntetider på SU 2013-2014.....	7
2.2. Utveckling av överbeläggningar och utlokaliseringar på SU 2013-2014.....	8
2.3. SU:s övergripande patientsäkerhetsarbete.....	10
2.4. SU:s åtgärder för att förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna samt minska överbeläggningar och utlokaliseringar.....	13
2.5. SU:s arbete med riskanalyser	16
2.6. SU:s arbete med händelseanalyser.....	17
2.7. SU:s dokumentation av patientsäkerhetsarbete	19
2.8. Rapportering till sjukhusets styrelse	20
3. Sammanfattande bedömning och rekommendationer.....	21
3.1. Sammanfattande bedömning.....	21
3.2. Rekommendationer	21
4. Dokumentförteckning	22

Sammanfattning

I budget 2014 anges sex övergripande mål för hälso- och sjukvården. Fyra av målen berör direkt eller indirekt patientsäkerhet. Målen handlar om tillgänglighet och väntetider, vårdkvalitet samt om en sammanhållen, jämlik och jämställd vård. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), har under senare år haft problem med tillgänglighet och överbeläggningar. Bristande tillgänglighet har bland annat resulterat i att antalet väntande till första besök/ behandling har ökat. Vårdplatsreduktioner på SU under senare år har resulterat i överbeläggningar i en sådan omfattning att sjukhuset under 2013 tvingades öppna upp tre vårdavdelningar i beredskap. Revisorerna bedömer att det finns en risk att de långa väntetiderna till besök och behandling samt överbeläggningar på vårdavdelningarna påverkar patientsäkerheten negativt.

Den övergripande revisionsfrågan är om Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. I granskningen har patientsäkerhetsarbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset studerats, med fokus på insatser för att förbättra tillgänglighet och beläggningssituation.

Revisorerna bedömer att sjukhuset i de delar som granskats bedriver ett omfattande och ambitiöst patientsäkerhetsarbete och att detta arbete i allt väsentligt är ändamålsenligt. Sjukhuset bör dock, ur ett patientsäkerhetsperspektiv, utvärdera effekterna av sjukhusets insatser för att förbättra tillgänglighet, korta väntetider och förbättra beläggningssituationen på sjukhuset. I granskningen framkommer ett antal områden där revisorerna bedömer att arbetet kan utvecklas. Revisorerna lämnar därför följande rekommendation:

- SU bör utveckla arbetet med uppföljning och utvärdering av effekter av vidtagna åtgärder
- SU bör utveckla arbetet med att sprida kunskap om riskanalyser, händelseanalyser samt effekterna av genomförda analyser och åtgärder
- SU bör göra en sjukhusövergripande riskanalys beträffande de potentiella patientsäkerhetsrisker som finns med anledning av bristande tillgänglighet och överbeläggningar.
- SU bör arbeta för att fler riskanalyser och händelseanalyser görs som resulterar i en mer effektiv riskhantering
- SU bör verka för att regionstyrelsen tar initiativ till en regional kraftsamling vad gäller samverkan mellan vårdgivare i syfte att komma tillrätta med de problem som är förknippade med ökande remissinflöde, ökat antal sökande på akutmottagningarna och ökat antal utskrivningsklara patienter.
- SU bör utveckla kapacitets- och resursplaneringen avseende sjukhusets mottagningsverksamheter så att fler mottagningstider kan tillskapas, vilket kan bidra till att öka tillgänglighet och korta vårdköer.

Därutöver visar granskningen på ett antal ytterligare områden där sjukhuset bör vidta åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Under rubriken "Revisionens bedömning" i respektive avsnitt i rapporten beskrivs dessa mer utförligt.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I budget 2014 anges sex övergripande mål för hälso- och sjukvården. Fyra av målen berör direkt eller indirekt patientsäkerhet. Målen handlar om tillgänglighet och väntetider, vårdkvalitet samt om en sammanhållen, jämlik och jämställd vård. Flera av regionens sjukhus, bland annat Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), har under senare år haft problem med tillgänglighet och överbeläggningar. Bristande tillgänglighet har bland annat resulterat i att antalet väntande till första besök/ behandling har ökat. Vårdplatsreduktioner på SU under senare år har resulterat i överbeläggningar i en sådan omfattning att sjukhuset under 2013 tvingades öppna upp tre vårdavdelningar i beredskap.

Problemen har uppmärksammats i regionfullmäktiges budget de senaste åren. För 2014 har sjukhusen, via hälso- och sjukvårdsnämnderna, erhållit resurstillskott för att förbättra tillgänglighet och beläggningssituation. SU har bland annat fått extraresurser till ca 50 nya vårdplatser.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011. Syftet med lagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Vårdgivare får ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhet är också en viktig del i Socialstyrelsens föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Inom regionen pågår arbete med att implementera ledningssystem på sjukhusen. I det arbetet ingår att utveckla avvikelshantering och risk- och händelseanalyser¹. Vårdgivarna är skyldiga att årligen dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en särskild patientsäkerhetsberättelse.

Revisorerna bedömer att det finns en risk att de långa väntetiderna till besök och behandling samt överbeläggningar på vårdavdelningarna påverkar patientsäkerheten negativt. Revisorerna bedömer också att det finns en risk för att patientsäkerhetsarbetet inte ges tillräcklig uppmärksamhet och att det därmed inte bedrivs på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Det är därför angeläget att göra en fördjupad granskning av hur Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar för att säkerställa en hög patientsäkerhet.

¹ Riskanalyser syftar till att identifiera och analysera risker för vårdskador i verksamheten och undanröja eller åtminstone begränsa dessa risker. Händelseanalyser innebär att i detalj utreda när något har gått fel eller riskerat att gå fel i syfte att undvika att det händer igen.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att belysa hur Sahlgrenska universitetssjukhuset arbetar för att förbättra tillgängligheten och minska överbeläggningar som ett led i sjukhusets patientsäkerhetsarbete. Den övergripande revisionsfrågan är:

- Bedriver Sahlgrenska Universitetssjukhuset ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete?

För att kunna svara på revisionsfrågan bryts den ner i följande delfrågor:

- Vilka åtgärder vidtas för att förbättra tillgänglighet?
- Vilka åtgärder vidtas för att minska överbeläggningar/utlokaliseringar?
- Hur säkerställer sjukhuset att en hög patientsäkerhet upprätthålls även under sommarperioden?
- Vilka riskanalyser har sjukhuset gjort vad gäller patientsäkerheten och hur dokumenteras dessa?
- I vilken omfattning görs händelseanalyser på sjukhuset och hur dokumenteras dessa?
- Hur använder sjukhuset sig av genomförda händelseanalyser i sitt utvecklingsarbete?
- Hur dokumenteras sjukhusets samlade patientsäkerhetsarbete och hur redovisas arbetet till sjukhusets styrelse?

1.3. Avgränsning

I granskningen beskrivs och analyseras det övergripande patientsäkerhetsarbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, med särskilt fokus på insatser för att förbättra tillgänglighet och beläggningssituation. Den övergripande revisionsfrågan besvaras utifrån denna utgångspunkt. För en fullständig granskning av ändamålsenlighet vad gäller sjukhusets patientsäkerhetsarbete krävs en mer omfattande medicinsk revision, vilket ligger utanför ramen för denna granskning.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, från interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut m.m. I denna granskning tillämpas följande revisionskriterier:

- **Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 2 §**
Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god kvalitet. Lagen betonar bland annat vikten av god hygienisk standard, trygghet i vård och behandling, tillgänglighet samt kontinuitet och säkerhet i vården
- **Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. 1-3 § och 9-10 §**
Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de

åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska också utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Därutöver ska vårdgivaren dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten samt upprätta en patientsäkerhetsberättelse varje år. Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som vårdgivaren är skyldig att inrätta. Det finns inget krav på att vårdgivaren ska lämna in patientsäkerhetsberättelsen till Socialstyrelsen eller någon annan myndighet.

- **Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), främst 5 kap. 1 §**

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. I föreskriften ställs vissa utökade krav på vårdgivarens patientsäkerhetsarbete utöver de som anges i patientsäkerhetslagen.

- **Budget 2014; några övergripande mål inom hälso- och sjukvården**

- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa en kvalitetsdriven vård i hela Västra Götaland.

- **Vårdöverenskommelsen samt tilläggsöverenskommelsen 2013-2014 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Genom vårdöverenskommelsen omsätts regionfullmäktiges mål i mer konkreta aktiviteter som sjukhusen, i detta fall SU, förväntas genomföra under verksamhetsåret i syfte att nå målen. Några sådana aktiviteter är:

- SU ska ha fortsatt fokus på tillgänglighet bl a genom att medverka i det regionala strukturarbetet och i arbetet med att utveckla och tydliggöra gränsdragningen mellan sjukhusets och övriga vårdgivares uppdrag.
- SU ska fortsätta arbetet med att korta ledtiderna inom akutmottagningsverksamheten.
- SU tillförs medel för att prioritera åtgärder som minskar överbeläggningar.
- Särskilda medel avsätts för tillgänglighetssatsningar

1.5. Metod

Granskningen består i huvudsak av genomgång av mål, aktiviteter, uppföljning och analys av SU:s patientsäkerhetsarbete så som det beskrivs i styrande dokument, i verksamhetsplan och budget samt i sjukhusets rapportering. Även nationella riktlinjer samt rapporter som avser myndighetstillsyn av patientsäkerhetsarbetet har studerats. Dokumentgenomgången har resulterat i ett material som sedan via intervjuer och skriftlig kontakt stämts av med ansvariga på övergripande nivå på SU, samt med en av sjukhusets utvecklingschefer, som arbetar på områdesnivå. Dessa har beretts tillfälle att faktagranska materialet.

2. Resultat av granskningen

I detta kapitel beskrivs översiktligt utvecklingen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) vad gäller tillgänglighet, väntetider, överbeläggningar och utlokaliseringar. Här beskrivs också de åtgärder SU vidtagit för att förbättra situationen och säkerställa patientsäkerheten. I kapitlet beskrivs SU:s patientsäkerhetsarbete med särskilt fokus på aktiviteter, riskanalyser, händelseanalyser och dokumentation av patientsäkerhetsarbetet. Kapitlet har delats in i ett antal avsnitt med beskrivning och iakttagelser respektive revisionens bedömning.

2.1. Utveckling av tillgänglighet och väntetider på SU 2013-2014

Beskrivning och iakttagelser

I sjukhusets delårsrapport per augusti 2014 och i regionens rapportering av väntetider och tillgänglighet t o m oktober 2014 redovisas en försämrad tillgänglighet jämfört med 2013 vad gäller besök och behandlingar. Antalet väntande har ökat relativt kraftigt sedan 2013. Det bör dock påpekas att vissa förändringar i rapporteringen mellan åren gör det svårt att jämföra siffrorna.

Den totala genomloppstiden på akutmottagningarna på SU har också ökat något. Det regionala måtalet är att 90% av de patienter som bedömts ha ett mer akut behov av omhändertagande ska ha en total genomloppstid om högst 4 timmar. Enligt regionens väntetids- och tillgänglighetsrapport per oktober 2014 hade endast 48% av patienterna på SU en vistelsetid på max 4 timmar (SU rapporterar 61% per oktober enligt egen uppföljning). Andelen som anges i den regionala uppföljningen är något lägre än 2013.

Tid till läkare på SU är relativt konstant jämfört med 2013. Det regionala måtalet är att 90% av de patienter som bedömts ha ett mer akut behov av omhändertagande ska ha träffat läkare inom 60 minuter. I oktober 2014 redovisar SU att 37% av patienterna fick träffa läkare inom 60 minuter.

Enligt sjukhusets delårsrapport per augusti 2014 har remisser (exklusive internremisser) per augusti ökat med 4,2% jämfört med samma period 2013. Öppenvårdsproduktionen har ökat under året. Antalet besökande till akutmottagningarna har ökat med 2% jämfört med samma period 2013. Inläggningarna från akuten ökar dock inte. Läkarbesök i dagkirurgi och dagmedicin har ökat med 3% och övriga läkarbesök inom somatisk vård med 2%. Övriga besök (sjuksköterskebesök m.m) har ökat ännu mer, 24% för dagkirurgi/dagmedicin resp 6% för övrig somatisk vård. Enligt den regionala rapporteringen ("Månadsfakta per oktober 2014) har SU dessutom ökat andelen nybesök (besök till läkare) i förhållande till återbesök under de senaste åren. Trots produktionsökningar har tillgängligheten inte förbättrats i och med att inflödet av patienter ökat än mer, samtidigt som avflödet försämrats till stor del beroende på kommunerna inte förmått ta emot utskrivningsklara patienter. Problematiken med ökat antal utskrivningsklara patienter beskrivs mer under avsnitt 2.2.

Vid intervjuer med några representanter för sjukhusledningen bedömer dessa att det finns en risk för att kvaliteten i vården blir lidande av dålig tillgänglighet och långa

väntetider. Att korta ner väntetider och lägga mindre tid på hantering av köer skulle kunna öka effektiviteten och minska personalens arbetsbelastning.

Revisionens bedömning

Det råder viss oklarhet kring data avseende andel patienter med total genomloppstid på akutmottagningarna. SU redovisar andra siffror än vad som framgår av den regionala uppföljningen. Det är angeläget för SU att tillsammans med regionkansliet kvalitetssäkra data.

SU klarar inte att uppnå de regionala måltalen avseende tid till läkare och total genomloppstid på akutmottagningarna. På grund av förändringar i rapporteringen avseende tillgänglighet är det svårt att jämföra med 2013. Även här är det angeläget att SU tillsammans med regionkansliet säkerställer att utvecklingen kan följas över tid och att data kan jämföras mellan olika år. Revisorerna bedömer att det finns en risk för att tillgängligheten kan ha försämrats jämfört med 2013.

SU har utökat öppenvårdsverksamheten relativt kraftigt under 2014. Trots det har inte tillgängligheten förbättrats. Orsaken är att remissinflöde och accepterade remisser ökat kraftigt. Därutöver har antalet patienter på akutmottagningarna fortsatt att öka under 2014. Ökningen är dock inte så stor, vilket gör att revisorerna ser det som angeläget att mer detaljerat analysera utvecklingen av väntetider på akutmottagningarna.

Antalet akutpatienter som läggs in på vårdavdelningar ökar inte, vilket kan indikera att patienter söker vård på fel vårdnivå. Tillgänglighetsproblemen kan därmed till viss del vara av strukturell karaktär och bero att andra vårdgivare har problem att ta hand om "sina" patienter.

2.2. Utveckling av överbeläggningar och utlokaliseringar på SU 2013-2014

Beskrivning och iakttagelser

I sjukhusets delårsrapport per augusti 2014 anges att andelen överbeläggningar inom somatisk vård under våren legat lägre än 2013, men att andelen ökade under sommarmånaderna då antalet disponibla vårdplatser reducerades relativt kraftigt. I sjukhusets uppföljning av vårdplatser och beläggning framgår att andelen överbeläggningar per 100 vårdplatser sett över året ligger något lägre än 2013 (I granskningen har statistik t o m vecka 42 studerats). Det har varit mellan 2 och 6,5 överbeläggningar per 100 vårdplatser. Den regionala målsättningen om 90% beläggning på vårdavdelningarna uppnås endast någon enstaka vecka under året

Enligt SU:s vårdplatsuppföljning har antalet disponibla vårdplatser varierat under året, men är sammantaget 2014 i princip på samma nivå som 2013, utom under veckorna 27-34 då antalet disponibla vårdplatser är färre än under motsvarande period 2013. Antalet vårdplatser är också färre än det måltal som sjukhuset har satt upp för 2014.

I intervjuerna framkommer att en del av minskningen av vårdplatser beror på att slutenvård övergått till öppenvård. Det framkommer också att sjukhuset fördelat tillkommande vårdplatser till de verksamheter som bedömts vara extremt belastade och där behoven av vårdplatser varit störst. Ökningarna uppges vara ett resultat av en bättre produktionsplanering, med anpassning av kapacitet i relation till behov. Vårdavdelningar i beredskap har därmed inte behövts öppnas upp under 2014. Antalet överbeläggningar och utlokaliseringar under sommaren var oförändrat jämfört med 2013 trots färre vårdplatser.

Andelen utlokaliserade patienter varierar över året, men är sammantaget på ungefär samma nivå som 2013. Det rör sig i genomsnitt om mindre än 1 utlokaliserad patient per 100 vårdplatser.

En av de intervjuade påpekar att det finns skäl att vara lite kritisk till uppgifterna i beläggingsstatistiken. En del s.k överbeläggningar sker på "riktiga vårdplatser" och borde inte räknas som överbeläggningar. Det kan handla om en tillfällig utökning av en mer eller mindre komplett vårdplats i en vårdsal.

Under 2014 skulle 53 nya vårdplatser ha öppnats för att minska problemen med överbeläggningar. Fördelning av vårdplatser har skett till de verksamheter som haft problem med överbeläggningar. De nya vårdplatserna uppges av de intervjuade ha gett bra effekt. Alla planerade platser har dock inte öppnats på grund av svårigheter med personalrekrytering. En del verksamheter på sjukhuset har dessutom stängt vårdplatser på grund av personalbrist, främst brist på sjuksköterskor.

Under året rapporteras en kraftig ökning av antalet vårddagar som rör utskrivningsklara patienter. Enligt regionens väntetids- och tillgänglighetsrapport per oktober 2014 belägger dessa patienter i genomsnitt lite drygt 100 vårdplatser under 2014 på sjukhuset. Det motsvarar mer än 5% av sjukhusets disponibla vårdplatser. Under några sommarveckor, med färre öppna vårdplatser, belägger de utskrivningsklara nästan 10% av vårdplatserna. Sammantaget handlar det om ca 37.000 vårddagar för utskrivningsklara patienter under perioden januari-november 2014!

Sjukhuset tror att en möjlig orsak till fler utskrivningsklara kan vara att kommunerna tidigare ordnat boende för patienterna före karenstidens utgång, men att patienterna nu i större utsträckning blir kvar på sjukhuset och tar vårdplatser i anspråk. Detta gör att verksamheternas planering av disponibla vårdplatser försvåras. Sjukhuset ser också en risk för produktionsbortfall beroende på den "undanträngningseffekt" som blir följden av många utskrivningsklara patienter på sjukhuset. Flera av de intervjuade uppger att samverkan med kommunerna inte fungerar så som det var tänkt. Revisorerna gör tillsammans med Göteborgs stadsrevision en särskild granskning inom detta område, som beräknas presenteras i mars 2015.

Statistikuppgifter som redovisas i regionens "Månadsfakta" visar att en stor andel patienter återinskrivs på SU (liksom på andra sjukhus i regionen) kort efter utskrivning. Under perioden 2012 till 2014 har i princip ingen förändring skett i denna

del, utan 13-14% av patienterna blir återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning. En av de intervjuade anser att återinläggningsmålet är för grovt och behöver förfinas, så att man mäter om återinläggningen avser samma sjukdom/ diagnos och om återinläggningen sker till samma vårdenhets m.m.

Revisionens bedömning

Trots resurstillskott i SU:s vårdöverenskommelse med hälso- och sjukvårdsnämnderna, för att utöka vårdplatser och därmed minska överbeläggningar, har situationen endast förbättrats marginellt. Antalet disponibla vårdplatser har totalt sett inte ökat jämfört med 2013, men är bättre fördelade inom sjukhuset till verksamheter med särskilda behov. Även om nya vårdplatser inrättats har en del befintliga vårdplatser inte kunnat hållas öppna på grund av personalbrist. Situationen har förvärrats av att ett relativt stort antal vårdplatser beläggs av utskrivningsklara patienter. För dessa patienter är det dessutom en patientsäkerhetsrisk att ligga kvar "i onödan" på sjukhuset, med risk för vårdinfektioner, fallskador etc. Det brister i samverkan mellan vårdgivare när patienter vårdas på fel vårdnivå. Det finns också behov av mer kraftfulla insatser vad gäller kompetensförsörjning.

Även om problem i den samlade vårdkedjan (ökad tillströmning av patienter och försämrat avflöde av patienter) är en viktig förklaring till fortsatt omfattande överbeläggningar torde det finnas en utvecklingspotential vad gäller effektivisering av sjukhusets slutenvård. En del återinläggningar är en följd av t.ex "öppen retur" och direktinläggningar, men sannolikt är en del återinläggningar en följd av kvalitetsbrister i vården. I de senaste årens budgetar, delårsrapporter och årsredovisningar saknas analyser av återinläggningar. Inom delar av sjukhusets verksamhet har dock analyser gjorts. SU bör göra en mer sjukhusövergripande analys av orsakerna till återinläggningar och klarlägga vilka åtgärder som kan vidtas för att minska dessa. En analys av effekterna av allt kortare vårdtider bör också göras. Risk finns att vårdtiderna emellanåt blir för korta vilket genererar återinläggningar.

2.3. SU:s övergripande patientsäkerhetsarbete

Beskrivning och iakttagelser

SU bedriver ett omfattande arbete i syfte att öka kvaliteten och förbättra patientsäkerheten. Arbetet beskrivs i sjukhusets verksamhetsplan och detaljbudget för 2014. En mer detaljerad beskrivning ges i en särskild handlingsplan för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, där bland annat målsättningarna med arbetet för perioden 2014-2016 beskrivs. Exempel på mål för 2016 är att:

- halvera den totala genomloppstiden på akutmottagningen (från 8 timmar 2013 till under 4 timmar 2016)
- tillse att mer än 75% av patienter med höftfraktur blir opererade inom 24 timmar (för år 2013 redovisas 61%, för oktober 2014 redovisas 65%)
- minska andelen vårdrelaterade infektioner (från 9,2% 2013 till under 6% 2016)

- öka andelen patienter som får besök inom 60 dagar efter beslutad remiss (från 59% 2013 till över 75% 2016. I oktober 2014 redovisas 63%)
- öka andelen patienter som fått operation/åtgärd utförd inom 60 dagar efter beslut (från 51% 2013 till 75% 2016. I oktober 2014 redovisas 60%)

En rad aktiviteter beskrivs för att uppnå målen.

Under 2013 vidtogs en rad åtgärder för att stärka patientsäkerhetsarbetet. Dels är patientsäkerhet mer närvarande i linjeorganisationen, t.ex på dagordningar i de olika ledningsgrupperna, dels sker en mer omfattande rapportering av patientsäkerhetsfrågor i delårsrapporter och på hemsidor. En särskild funktionsgrupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet finns som leds av kvalitetsdirektören. I gruppen ingår utvecklingscheferna från de sex områdena, chefläkarna och chefen för kvalitetsstrategiska avdelningen. I områdena samlar utvecklingscheferna områdets verksamhetsutvecklare för att tillse att beslut genomförs i verksamheten. Sjukhuset uppger att det inom de flesta verksamhetsområden finns medarbetare med särskilt ansvar för kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Särskilda kvalitets- och patientsäkerhetsronder genomförs i syfte att föra en dialog om kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor som är viktiga för de enskilda verksamheterna. Avvikelser och klagomål registreras i IT-systemet MedControl PRO och diskuteras på de olika arbetsplatserna.

Sjukhuset har tagit fram en detaljerad beskrivning av hur olika typer av patientärenden ska handläggas och dokumenteras. Det finns en särskild expedition för patientärenden.

Under 2014 har de olika verksamhetsområdena på SU fortsatt arbetet med att utveckla kvalitet och patientsäkerhet. Sjukhuset nämner bland annat följande aktiviteter i verksamhetsplan och detaljbudget 2014 samt i delårsrapporter:

- Införande av styrmodellen Värdebaserad Hälso- och sjukvård, för att tydligare fokusera på värdet av de vårdinsatser som görs, vilket kan bidra till att utveckla patientsäkerhetskulturen på sjukhuset.
- Införande av Infektionsverktyget, som förväntas innebära betydligt förbättrade möjligheter att mäta och följa upp vårdrelaterade infektioner (VRI) på verksamhetsnivå. Det väntas också kunna driva på det lokala, verksamhetsnära arbetet med att minska andelen VRI.
- Systematiskt införande av NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalyser)
- Utveckling av riskbedömningar, som görs för att förhindra vårdskador inom riskområdena trycksår, undernäring, fall, läkemedel och konfusion. För patienter med risk upprättas en vårdplan.
- Utveckling av händelseanalyser, där alla ska ha minst en åtgärd i kategorin "mycket effektiv" enligt SKL:s mall. Vid tidigare uppföljningar av åtgärder har det visat sig att en relativt liten andel av åtgärderna varit effektiva.

- Samverkansmöten med representanter för den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Fortsatt utveckling av riktlinjer, rutiner och mallar.
- Insatser för att sprida kunskaper om patientsäkerhetsarbetet och öka lärandet inom sjukhuset.

Sjukhuset följer upp patientsäkerheten med hjälp av ett flertal resultatmått och processmått. Följsamhet till basala hygienregler och klädregler följs upp regelbundet. Sjukhuset deltar i alla regionens rekommenderade kvalitetsregister. Särskilda punktprevalensmätningar görs vad gäller bland annat vårdrelaterade infektioner. Dessa mätningar ersätts nu av kontinuerlig mätning med hjälp av det s.k Infektionsverktyget. Inom delar av sjukhuset pågår arbete med vårdskademätningar genom strukturerade journalgranskningar. Särskilda patientsäkerhetskulturmätningar kartlägger förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet. Resultatet av mätningarna diskuteras i olika forum på sjukhuset. Handlingsplaner tas fram för att genomföra förbättringar inom områden där brister uppmärksammas.

I patientsäkerhetsarbetet belyses endast i begränsad omfattning risker avseende bristande tillgänglighet och fördröjd vård. Detsamma gäller de risker som kan tänkas vara förknippade med överbeläggningar och utlokaliseringar. Åtgärder för att förbättra tillgänglighet och vårdplatssituation beskrivs relativt utförligt i andra sammanhang (se avsnitt 2.4) men inte primärt ur ett patientsäkerhetsperspektiv utan mer ur ett produktions- och effektivitetsperspektiv.

I dokumentgranskningen kan noteras att SU i delårsrapporten per augusti delvis redovisar andra måtvärden än de som redovisas i den samlade regionala redovisningen, vilket SU också själva påpekar i rapporten. SU anger att det har varit ett långvarigt problem att regionens siffror inte är rättade/kvalitetssäkrade på grund av systemadministrativa orsaker och skillnader.

Revisionens bedömning

SU bedriver ett omfattande och ambitiöst arbete vad gäller utveckling av kvalitet och patientsäkerhet. En rad åtgärder har vidtagits som torde ge förutsättningar att förbättra patientsäkerheten på sjukhuset. Inriktningen har varit att vidareutveckla rutiner och arbetssätt, att ta fram och använda gemensamma mallar och arbeta på ett standardiserat sätt. För några av indikatorerna redovisas i år en högre grad av måluppfyllelse än 2013. Det kan likväl bli svårt att nå de långsiktiga mål som sjukhuset satt upp.

Revisorerna bedömer det som viktigt att i ökad utsträckning utvärdera patient-säkerhetsarbetet med fokus på effekter av olika åtgärder. Trots omfattande insatser finns det fortfarande områden där bristerna är relativt stora och där förbättringar sker långsamt eller inte alls. Det gäller bland annat vårdrelaterade infektioner och trycksår. Sjukhusets ansats att utveckla värdebaserad vård kan bidra till en utveckling av patientsäkerhetskulturen och därmed till ökad patientsäkerhet. SU har också i

detaljbudgeten för 2015 lyft fram indikatorer för tillgänglighet, utskrivningsklara m.m. i syfte att mer detaljerat följa utvecklingen.

I en revisionsgranskning av Patientnämndernas verksamhet (Dnr Rev 28:2014) framkom att det fanns en utvecklingspotential vad gäller lärande och erfarenhetsutbyte kring patientnämndsärenden.

Det tycks finnas oklarheter kring hur olika indikatorer ska mätas. SU bör i samverkan med regionkansliet utreda orsakerna till de differenser som finns i redovisningen för att på så sätt säkerställa en samstämmig resultatredovisning.

2.4. SU:s åtgärder för att förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna samt minska överbeläggningar och utlokaliseringar

Beskrivning och Iakttagelser

Tillgänglighet och väntetider

I sjukhusets verksamhetsplan och detaljbudget 2014 beskrivs hur SU ska bidra till att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna. Fokus 2014 ligger på utveckling av produktionsplanering, både regionalt och inom SU, samt på förbättrad tillgänglighet på akutmottagningarna. Det handlar bl a om tillskapande av direktvägar till specialister och mottagningar samt direktinläggningar och s.k. "öppen retur" till vårdavdelningar, utan att patienter ska behöva gå via akutmottagningarna. Allmänmedicinsk kompetens på akutmottagningen på Mölndals sjukhus, teamarbete för mångsökare på akutmottagningarna, införande av akutläkarverksamhet m.m. är andra aktiviteter som ska genomföras enligt budget.

Som redovisats ovan under avsnitt 2.1 har tillgängligheten försämrats under 2014. Sjukhuset uppger i sin delårsrapport per augusti att det beror på en rad, både externa och interna, faktorer. Det huvudsakliga problemet enligt sjukhuset är av "systemkaraktär", dvs bristande effektivitet i den samlade vårdkedjan. Antalet utskrivningsklara patienter har ökat kraftigt, vilket minskar tillgången på slutenvårdsplatser. Patienter blir kvar på akutmottagningen i väntan på lediga vårdplatser, vilket påverkar ledtiderna på akutmottagningarna. Till det ska läggas ett ökat inflöde av patienter till akutmottagningarna (+2% jämfört med 2013). Ökat inflöde i kombination med kapacitetsproblem i slutenvården skapar omfattande problem som tar tid att lösa för berörd personal. Exempel på interna faktorer som påverkar ledtiden är resurstillgång vad gäller läkare inom vissa specialiteter.

SU har under året vidtagit åtgärder för att förbättra situationen. Bland annat implementerades teambaserat omhändertagande på akutmottagningarna där en förväntad effekt är förbättrade ledtider, framför allt för de mest sjuka patienterna. Denna åtgärd innebär en förändring i arbetssätt som sjukhuset bedömer kommer ge effekt över tid. Även åtgärder för att förkorta väntetid till slutenvårdsplats implementeras där förväntad effekt är en kortare vistelsetid på akutmottagningen för

de patienter som behöver läggas in i slutenvården. Arbete pågår också med utveckling av flödena mellan akuten och röntgen/lab.

Ambulansens bedömningsbilar åker ut på s.k prio 2- och prio 3-larm. Med tidig kvalificerad bedömning kan patienterna direkt styras till rätt vårdnivå och på så vis minska kapacitetsuttaget på ambulanserna som är mycket högt i Göteborg. Därtill minskas belastningen på akutintagen. SU använder sig också av särskilda transportbilar för att patienter inte ska behöva vänta på akutmottagningarna.

Från 2012 har ett särskilt projekt med aktiv hälsostyrning bedrivits i regionen. Projektet har resulterat i införande av omsorgscoordinatorer som ska tillse att ett bättre omhändertagande sker av mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar och för att undvika inläggningar på sjukhusen. De intervjuade ser denna funktion som viktig för att effektivisera vårdflöden.

I delårsrapporten per augusti anger SU att flera verksamheter gör tillgänglighets-satsningar genom att maximera antalet mottagningstider, ställa högre krav på återbesök, införa sjuksköterskeledda mottagningar m.m. Rekrytering av specialist-läkare pågår dessutom. SU anlitar också andra sjukhus i regionen samt externa leverantörer för att på så sätt förbättra tillgängligheten. Sjukhuset uppger dock att de tilldelade volymerna för att köpa vård minskat 2014. Insatserna för att utveckla produktionsplaneringen beskrivs endast kortfattat i delårsrapporten per augusti 2014, men anges i intervjuerna som viktiga för att effektivisera vården.

Under våren 2014 har SU med hjälp av konsultföretaget EY gjort en genomlysning av den s.k Kontaktpunkten. Denna enhet infördes för att öka tillgängligheten genom att via telefon hantera patienters ärenden, remisser och tidbokning. Enheten har inte fungerat tillfredsställande och sjukhuset har efter genomlysningen vidtagit åtgärder i syfte att tydliggöra Kontaktpunktens uppdrag och hur enheten bättre ska samverka med verksamheterna.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

I verksamhetsplan och detaljbudget 2014 anges en strategi för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar. Det handlar främst om utökning av vårdplatser inom särskilt belastade verksamheter samt översyn av fördelningen av vårdplatser mellan verksamhetsområden. SU har fått ett resurstillskott på 50 mnkr från hälso- och sjukvårdsnämnderna 2014, med målsättningen att öka vårdplatserna med 53 st. Sjukhuset har under året arbetat för att korta medelvårdtider, inrätta övernattningsplatser och femdygnsvård inom vissa verksamheter samt minska antalet utskrivningsklara patienter i samarbete med kommunal hälso- och sjukvård. Till det ska läggas fortsatt ambition att överföra slutenvård till dagvård och dagkirurgi.

I delårsrapporten per augusti anges risk för prestationsbortfall och ökade kostnader vid evakuering och omflyttning av verksamheter i samband med renovering av nya vårdbyggnaden. I rapporten anges också att ett bortfall av prestationer kan uppkomma på grund av undanträngningseffekter orsakade av en kraftig ökning av

medicinskt utskrivningsklara patienter. Problemen med kompetensförsörjning befaras innebära fortsatta problem att upprätthålla produktionen enligt budget och plan.

I intervjuerna framkommer att insatser görs för att utveckla produktionsplanering och logistik så att vårdplatserna kan utnyttjas mer optimalt. Samtidigt uppges att det här är ett område där sjukhuset kan utveckla sitt arbete genom att mer i realtid, timme för timme, ha koll på vårdplatser, att genomföra ronder vid "rätt tidpunkt" så att vårdplatser kan frigöras tidigare m.m. Det kräver dock utvecklade IT-system.

Verksamheterna arbetar också med mer flexibla lösningar vad gäller vårdplatser. Bland annat har s.k övernattningsplatser inrättats för patienter med lång resväg. Utvärdering av dessa vårdplatser visar att vårdrelaterade infektioner minskat liksom överbeläggningar.

I intervjuerna framkommer att patientsäkerhetsrisker kring överbeläggningar inte är något nytt. År 2009 beskrevs problematiken utförligt i en SU-intern utredning "Kan vårdplatsproblem orsaka förlängda vårdtider, vårdskador och kvalitetsbrist-kostnader".

Revisionens bedömning

En rad aktiviteter pågår för att förbättra tillgängligheten, men de har visat sig vara otillräckliga. Trots ökad öppenvårdsproduktion (se ovan under avsnitt 2.1) och ett omfattande åtgärds paket kvarstår tillgänglighetsproblemen. En del åtgärder implementerades först hösten 2014, vilket gör att alla resultat av arbetet ännu inte går att utläsa.

De problem som tycks finnas kring samverkan mellan vårdgivare behöver lösas, inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Revisorerna bedömer problemen vara så stora att de skapar undanträngningseffekter av sådan omfattning att patientsäkerheten riskerar att hotas. Köer, väntetider och överbeläggningar innebär också ineffektiviteter i vårdprocesserna.

Även om åtgärder vidtas för att utöka antalet mottagningstider tycks SU inte ha tagit ett större grepp kring mottagningsverksamheterna. I intervjuerna framkommer att det finns en potential att effektivisera tidbokning för besök på sjukhuset. Antalet ombokningar, avbokningar och uteblivna besök är sammantaget så stort att det är angeläget för SU att analysera problemen och vidta åtgärder. SU, liksom hälso- och sjukvården i stort, har inte kommit särskilt långt vad gäller möjligheten för patienter att själva boka tid på internet. Det finns sannolikt en stor effektiviseringspotential vad gäller patient-administration i allmänhet och tidbokning i synnerhet. För att realisera effekterna krävs en utvecklad resurs- och kapacitetsplanering på sjukhusets mottagningar.

Redovisningen av åtgärder i sjukhusets delårsrapporter handlar i stora delar om vilka aktiviteter som startats upp och mindre om vilka resultat som uppnåtts. Revisorerna ser det som angeläget att SU utvecklar uppföljningen av aktiviteter med fokus på resultat och utvärdering. Framförallt bör effekterna av följande insatser redovisas:

- Arbetet med produktionsstyrning och produktionsplanering.
- Arbetet med tillskapande av direktvägar till specialister och mottagningar samt direktinläggningar och s.k "öppen retur" till vårdavdelningar.
- Tillskapandet av allmänmedicinsk kompetens på akutmottagning.
- Införandet av akutläkarverksamhet.
- Arbetet för att maximera antalet mottagningstider.
- Arbetet med att öka andelen nybesök.

Vad gäller beläggningssituationen redovisas inga nya åtgärder i delårsrapporten per augusti 2014 för att reducera överbeläggningarna. Även här är det angeläget att SU utvecklar uppföljningen av aktiviteter med fokus på resultat och utvärdering. Framförallt bör effekterna av följande insatser redovisas:

- Vilka vårdplatser som tillkommit under året och vilka som sjukhuset stängt ner, med mer detaljerade analyser av orsakerna till stängningarna.
- Utvecklingen av medelvårdtider.
- Överföringen av vård från slutenvård till öppenvård och vilka effekter det har på vårdplatsbehov, medelvårdtid etc.
- Arbetet med att inrätta övernattningsplatser, 23-timmarsplatser och femdygnsvård.

Problemen med vårdplatsproblem, överbeläggningar och utlokaliseringar har beskrivits i en SU-intern utredning 2009. Även om utredningen har några år på nacken är beskrivning, analys och förslag på förbättringsåtgärder i högsta grad fortfarande relevanta.

2.5. SU:s arbete med riskanalyser

Beskrivning och iakttagelser

Riskanalyser syftar till att identifiera och analysera risker för vårdskador i verksamheten och undanröja eller åtminstone begränsa dessa risker. I den patientsäkerhetsberättelse som SU sammanställt för 2013 beskrivs att man genomfört 37 riskanalyser, vilket är 5 färre än 2012. I sjukhusets patientsäkerhetsberättelse anges en ambition att öka antalet riskanalyser 2014.

SU:s områden redovisar i sina årsrapporter exempel på riskanalyser som gjorts. De berör olika typer av förändringar i organisation, metoder och arbetssätt. Det har gjorts riskanalyser som avser tillfällig neddragningar av vårdplatser, stängning av akutverksamhet, inrättande av övernattningsplatser, avvikelser i samband med uppsättning av patienter på väntelista etc. I några riskanalyser har även patienter inbjudits att delta. En särskild riskanalys gjordes inför sommaren 2014. En neddragen verksamhet under sommaren innebär att sjukhuset inte har samma beredskap för oförutsedda händelser, vilket innebär en potentiellt ökad patientsäkerhetsrisk. I intervjuerna framkommer att sommaren 2014 planerades betydligt bättre och tidigare än sommaren 2013. Tidigare inskolningar, rekryteringssatsningar och produktions-

planering med en uttalad prioritet för akutpatienter och cancerpatienter innebar att vården var både säkrare och jämnare än tidigare år, om än inte utan påtagliga belastningar och problem.

För arbetet med riskanalyser finns processbeskrivning samt mallar för större respektive mindre riskanalys. I riskanalyser identifierade potentiella risker följs upp och analyseras i områdenas ledningsgrupper.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) noterar i sin tillsynsrapport för 2013 att vårdgivarnas utredningar i samband med lex Maria-anmälningar ofta saknar riskbedömningar och redogörelser för liknande händelser som inträffat tidigare i verksamheten.

Revisionens bedömning

Antalet riskanalyser minskade under 2013, men är jämfört med övriga sjukhus i regionen fortfarande relativt stort. Eftersom sjukhusens verksamheter och utveckling varierar är det svårt att göra jämförelser mellan sjukhus. Sjukhuset har utvecklat arbetet med riskanalyser inför sommaren.

Riskanalyser ska enligt socialstyrelsens handbok för riskanalys & händelseanalys utföras ur ett patientsäkerhetsperspektiv inför alla större omorganisationer. Riskanalyser ska också utföras vid upprepade upptäckter av risker/avvikelser eller då chefer eller medarbetare upplever att ett visst moment är riskfyllt, t.ex vid införande av ny teknik, medicinskteknisk utrustning eller nya metoder. Med tanke på detta så förefaller antalet riskanalyser vara få på SU. Det torde finnas behov av betydligt fler riskanalyser inom ett sjukhus av SU:s storlek.

Antalet riskanalyser som avser fördröjd vård bör utökas i syfte att tydligare belysa patientsäkerhetsrisker för patienter och patientgrupper som står i kö till läkarbesök och behandlingar. Det är också viktigt att utveckla riskanalysernas kvalitet samt uppföljning och utvärdering av genomförda riskanalyser. Antalet riskanalyser kopplat till överbeläggningar och utlokaliseringar bör utökas i syfte att tydligare belysa patientsäkerhetsrisker för patienter som inte erhåller "ordinarie" vårdplats.

Det finns anledning för sjukhusen i regionen, inklusive SU, att i kommande arbete med riskanalyser och riskbedömningar beakta den kritik som IVO framför.

2.6. SU:s arbete med händelseanalyser

Beskrivning och iakttagelser

Händelseanalyser innebär att i detalj utreda när något har gått fel eller riskerat att gå fel i syfte att undvika att det händer igen. I den patientsäkerhetsberättelse som SU sammanställt för 2013 beskrivs att sjukhuset genomfört 158 händelseanalyser, vilket är betydligt färre än 2012, då 202 händelseanalyser gjordes. Minst 117 händelseanalyser har genomförts i anslutning till lex Maria-ärenden. Även om antalet händelseanalyser minskat gör SU relativt många sådana analyser jämfört med övriga sjukhus i regionen.

SU anger i sin delårsrapport per augusti 2014 att det för samtliga lex Maria-anmälningar ingår en händelseanalys från berörda verksamheter. Sjukhusets lex Maria-ärenden har fördubblats i antal under den senaste 5-årsperioden. Enligt sjukhuset är det framförallt en ökning av antalet anmälningar rörande felaktig behandling samt fördröjd eller uppskjuten behandling. I sjukhusets patientsäkerhetsberättelse 2013 anges en ambition att öka antalet händelseanalyser 2014 och att alla händelseanalyser ska ha minst en åtgärd i kategorin "mycket effektiv".

SU:s områden rapporterade i sina årsrapporter 2013 exempel på genomförda händelseanalyser. Merparten händelseanalyser rör olika typer av avvikelser som uppstått i vård och behandling av patienter. Det finns också händelseanalyser som avser bristande tillgänglighet, t.ex inställda operationer, långsam överflyttning av patienter från akutmottagning, väntetid i telefonkö till Kontaktpunkten, fördröjd diagnos, utredning och behandling, dödsfall på väntelistan samt långa ledtider i vården.

Redovisning av händelseanalyser sker på ledningsgruppsmöten i områdena samt i vissa fall också på områdenas utvecklingsdagar. En del händelseanalyser beskrivs översiktligt också på områdenas hemsidor. Åtgärdsförslag följs och rapporteras. Sjukhuset kräver in åtgärdsrapporter från de enheter som gjort händelseanalyser. SU redovisar i sin patientsäkerhetsberättelse exempel på analyser som har legat till grund för systematiska verksamhetsförbättringar.

Sjukhuset anordnar utbildningar i händelseanalys och har rutiner och mallar för hur arbetet ska bedrivas. Inom områdena finns speciella team som arbetar med risk- och händelseanalyser. Vid intervjuerna framkommer att det är en ambition att utöka antalet risk- och händelseanalyser, att utveckla risktänkandet och att utveckla patientsäkerhetskulturen. Vikten av att sprida kunskap om händelser och händelseanalyser betonas, för att utveckla lärandet så att inte samma typ av avvikelser uppstår gång på gång. En förhoppning är att arbetet med värdebaserad vård på sjukhuset bidrar till "ett annat tänk".

Vid intervjuerna framkommer att verksamhetsutvecklare idag saknar forum för att diskutera t.ex risk- och händelseanalyser. Det har tidigare funnits nätverk där frågeställningarna diskuterats, men flera av dessa nätverk har under senare år lagts ner, bl a som en effekt av avvecklingen av Centrum för verksamhetsutveckling (CVU), en enhet på regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning.

Revisionens bedömning

Händelseanalyser görs i huvudsak i samband med lex Maria-ärenden. Här har en utveckling skett under senare år såtillvida att analyser nu görs för samtliga lex Maria-ärenden. Så sent som 2010 saknades händelseanalyser i ca 25% av lex Maria-fallen (enligt rapporten "Bidrar händelseanalyser till en säkrare vård och lägre vårdkostnader?"). Det är dock fortfarande relativt sällsynt med händelseanalyser kopplat till andra händelser i verksamheten. Endast 41 händelseanalyser gjordes 2013

för att utreda när något gått fel eller riskerat att gå fel. Patientsäkerheten kan sannolikt förbättras genom att SU mer aktivt arbetar med händelseanalyser.

I rapporten "Bidrar händelseanalyser till en säkrare vård och lägre vård-kostnader?" läggs ett flertal förbättringsförslag. Under 2013-2014 har flertalet av dessa implementerats, men det är angeläget att säkerställa att kunskaper och erfarenheter från händelseanalyser sprids såväl till andra enheter inom sjukhuset som till andra sjukhus. Insatser har påbörjats för att sprida kunskap om sjukhusets händelseanalyser, men här finns en ytterligare utvecklingspotential.

2.7. SU:s dokumentation av patientsäkerhetsarbete

Beskrivning och iakttagelser

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år och göras tillgänglig för den som vill ta del av den. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete.
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

SU:s patientsäkerhetsberättelse för 2013 fastställdes av sjukhusets styrelse 2014-02-27. I denna beskrivs relativt utförligt det arbete som sjukhuset bedrivit under året för att stärka patientsäkerheten. Bland annat följande tas upp i rapporten:

- mål vad gäller kvalitet och patientsäkerhet
- organisation och ansvarsfördelning vad gäller patientsäkerhetsarbetet
- genomförda mätningar, uppföljningar och utvärderingar
- tillämpade rutiner, mallar och checklistor
- aktiviteter för att utveckla samverkan inom sjukhuset och med andra vårdgivare
- antal genomförda risk- och händelseanalyser samt antal lex Maria-ärenden, avvikelserapporter m.m.
- arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter
- genomfört patientsäkerhetsarbete under året och vidtagna åtgärder (drygt 60 exempel på åtgärder redovisas)
- resultat av arbetet och graden av måluppfyllelse
- övergripande mål, strategier och aktiviteter för kommande år, dvs 2014

De sex områdena på SU sammanställer sina egna patientsäkerhetsberättelser som en bilaga till områdenas årsrapporter. Innehåll och omfattning varierar mellan de olika områdenas rapporter. Det är relativt stora skillnader mellan områdena vad gäller antal genomförda riskanalyser resp händelseanalyser. För några av områdena varierar också antalet genomförda analyser relativt kraftigt mellan åren.

Revisionens bedömning

SU rapporterar utförligt sitt patientsäkerhetsarbete i enlighet med intentionerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) och socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Sjukhusen i regionen redovisar i enlighet med SKL:s mall, vilket gör att de olika sjukhusens rapporter ser ungefär likadana ut.

I patientsäkerhetsberättelsen 2013 redovisas ett flertal problem som återkommer år efter år. Det gäller bland annat vissa händelser som anmäls enligt lex Maria. Vid en översiktlig genomgång av lex Maria-ärenden vid SU noteras ett flertal liknande ärenden under de senaste åren. Det finns anledning att SU i kommande patientsäkerhetsberättelse mer utförligt analyserar utvecklingen och utvärderar de åtgärder som vidtagits under året för att komma tillrätta med problemen. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) berör detta problem i sin tillsynsrapport för 2013 där man skriver att man "ser allvarligt på att de brister som redovisas i denna rapport (IVO:s tillsynsrapport) är i stort sett samma brister som är kända sedan tidigare. Det är inte godtagbart att vårdgivare, verksamheter och huvudmän inte i större utsträckning åtgärdar brister som identifieras i deras verksamheter. Det är inte heller godtagbart att inte kontrollera och följa upp att de åtgärder som vidtas får förväntad effekt för den enskilde individen". IVO:s bedömning gäller den samlade hälso- och sjukvården, men torde ha bäring även på SU. Myndigheten efterlyser ett bättre riskförebyggande arbete.

I granskningen har noterats att de olika områdena på SU gör egna patientsäkerhetsberättelser, vilket är positivt. Här kan dock en utveckling ske i form av en mer gemensam struktur för rapporteringen samt tydligare krav på rapportering av vidtagna åtgärder samt genomförda risk- och händelseanalyser. Intrycket är att det finns relativt stora skillnader i områdenas arbetssätt och i kvaliteten på rapporterna. I områdenas rapporter bör också mer tydligt framgå hur åtgärder bidragit till en förbättring av patientsäkerheten.

2.8. Rapportering till sjukhusets styrelse

Beskrivning och iakttagelser

Patientsäkerhet finns med som stående punkt på sjukhusledningsmöten och styrelsemöten. Sjukhusets styrelse får löpande rapporter kring patientsäkerhetsarbetet med rapportering om eventuella avvikelser och problem i verksamheten. Aktuella frågeställningar lyfts av sjukhusdirektör och chefläkare. Patientsäkerhetsberättelsen för 2013 behandlades på styrelsens möte 2014-02-27.

Revisionens bedömning

Patientsäkerhet är uppe på mötesagendorna både i sjukhusledning och i styrelse. Intrycket är att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet fått ökad uppmärksamhet både i sjukhusledning och i sjukhusstyrelse.

3. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

3.1. Sammanfattande bedömning

Den övergripande revisionsfrågan är om Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete. I granskningen har patientsäkerhetsarbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset studerats, med fokus på insatser för att förbättra tillgänglighet och beläggningssituation. För en fullständig granskning av ändamålsenlighet vad gäller sjukhusets patientsäkerhetsarbete krävs en mer omfattande medicinsk revision.

Revisorerna bedömer att sjukhuset i de delar som granskats bedriver ett omfattande och ambitiöst patientsäkerhetsarbete och att detta arbete i allt väsentligt är ändamålsenligt. I granskningen framkommer dock ett flertal områden där revisorerna bedömer att arbetet kan utvecklas. Dessa beskrivs under rubriken "Revisionens bedömning" i respektive avsnitt i kapitel 2 i rapporten.

3.2. Rekommendationer

Revisionen lämnar följande rekommendationer riktade till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU):

- SU bör utveckla arbetet med uppföljning och utvärdering av effekter av vidtagna åtgärder för att förbättra patientsäkerhet, tillgänglighet och vårdplatssituation
- SU bör utveckla arbetet med att sprida kunskap om riskanalyser, händelseanalyser samt effekterna av genomförda analyser och åtgärder.
- SU bör göra en sjukhusövergripande riskanalys beträffande de potentiella patientsäkerhetsrisker som finns med anledning av bristande tillgänglighet och överbeläggningar.
- SU bör arbeta för att fler riskanalyser och händelseanalyser görs som resulterar i en mer effektiv riskhantering.
- SU bör verka för att regionstyrelsen tar initiativ till en regional kraftsamling vad gäller samverkan mellan vårdgivare i syfte att komma tillrätta med de problem som är förknippade med ökande remissinflöde, ökat antal sökande på akutmottagningarna och ökat antal utskrivningsklara patienter.
- SU bör utveckla kapacitets- och resursplaneringen avseende sjukhusets mottagningsverksamheter så att fler mottagningstider kan tillskapas, vilket kan bidra till att öka tillgänglighet och korta vårdköer.

4. Dokumentförteckning

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Budget 2014, Västra Götalandsregionen
- Detaljbudget 2014, Västra Götalandsregionen
- Budget 2013, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Verksamhetsplan och detaljbudget 2014, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Delårsrapporter mars och augusti 2014, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Årsredovisning 2013, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Vårdöverenskommelse 2013-2014 mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsnämnderna 4, 5, 7, 11 och 12
- Tilläggsöverenskommelse 2013-2014 mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsnämnderna 4, 5, 7, 11 och 12
- Protokoll från styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2014
- Patientsäkerhetsberättelse 2013, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Områdenas årsrapporter 2013, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Utvärdering: "Bidrar händelseanalyser till en säkrare vård och lägre vårdskadekostnader?", Eva Brändström och Gun-Lis Olofsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, december 2011
- Rapport: "Kan vårdplatsproblem orsaka förlängda vårdtider, vårdskador och kvalitetsbristkostnader?", Eva Brändström och Gun-Lis Olofsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2009
- Kvalitetsutveckling och patientsäkerhet – handlingsplan 2014, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Tillsynsrapport 2013, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Rapport: Patientsäkerhet lönar sig, SKL, augusti 2014
- Verksamhetsanalys 2012 – avsnitt Patientsäkerhet, Västra Götalandsregionen
- Mall för patientsäkerhetsberättelse, SKL
- Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014, Socialstyrelsen
- Riskanalys & händelseanalys – handbok för patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen, 2009
- Vårdplatsuppföljning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Regionens tillgänglighets- och väntetidsrapport per oktober 2014.
- Regionens löpande verksamhetsrapporter – "Månadsfakta" resp. "Snabbfakta" 2013 och 2014