



Avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete – en uppföljande granskning

Revisionsrapport

Sammanfattning

På uppdrag av regionens revisorer genomförde EY en granskning av avvikelshanteringen i regionen, som rapporterades i mars 2022¹, med syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden bedrev ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten. I rapporten gjordes bedömningen att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte i tillräcklig omfattning hade säkerställt att det bedrevs ett systematiskt förbättringsarbete. I revisionsplanen för 2024 har en uppföljande granskning ingått. Syftet har varit att bedöma om ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån 2022 års granskning av avvikelshantering, för att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete utifrån avvikelser rörande patientsäkerheten. Den uppföljande granskningen har varit avgränsad till Hälso- och sjukvårdsnämndens huvudsakliga åtgärder utifrån sitt svar på revisionsrapporten.

Vår sammantagna bedömning är att ändamålsenliga åtgärder delvis har vidtagits utifrån 2022 års granskning av avvikelshantering. Detta mot bakgrund av att delar av de åtgärder som nämnden avsåg att vidta i sitt svar på revisionsrapporten har verkställts. Huruvida den obligatoriska utbildningen i patientsäkerhetsarbete har genomförts för samtliga berörda går däremot inte att säkerställa och verifiera då systemstöd saknas. En integrering har inte heller skett av ett årshjul för patientsäkerhetsarbetet i regionens systemverktyg för målstyrning.

Nämnden har inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att det sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser. Granskningen visar samtidigt att åtgärder har vidtagits i förbättringshänseende.

Vi bedömer i övrigt att ett arbete pågår, inte minst kopplat till hälso- och sjukvårdens Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som bidrar till förbättrad styrning och uppföljning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete.

Vidare bedömer vi att Hälso- och sjukvårdsnämndens förutsättningar för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet stärks av den omorganisation som har skett från 2023, där stödfunktionerna för patientsäkerhet organiserats inom hälso- och sjukvården.

Rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden

- Tillse att nämndens uttryckta behov/ambitioner, enligt svaret på revisionsrapporten, verkställs, dvs. att avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete ”återspeglas i verksamhetens samlade uppföljning” samt att det finns en uppföljning av om arbetet med rapporterade avvikelser leder till förbättringar och kvalitetsarbete.
- Säkerställ, i samråd med Regionstyrelsen, rutiner för att kunna följa upp planerade och genomförda utbildningar.
- Fortsätt att följa upp och säkerställa en fungerande samverkan med kommunerna för hantering av avvikelser i vårdkedjan.

¹ Granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete (Dnr 21REV35)

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning	3
1 <i>Bakgrund</i>	4
2 <i>Syfte, revisionsfråga och avgränsning</i>	5
3 <i>Revisionskriterier</i>	5
4 <i>Metod</i>	6
5 <i>Resultat av granskningen</i>	7
5.1 Utbildning inom patientsäkerhet	7
5.2 Synpunkts- och klagomålshantering via 1177.se	9
5.3 Integrering av patientsäkerhetsarbetet i målstyrningen	10
5.4 Riktlinje för hantering av avvikelser i vårdkedjan	14
5.5 Uppföljning av åtgärder och dess effekt	16
6 <i>Revisionell bedömning</i>	22

1 Bakgrund

I lagstiftning² finns bestämmelser om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt föreskrifter³ omfattar arbetet bland annat utredning av vårdskador och förbättrande åtgärder i verksamheten.

Avvikelsehantering är en viktig del i regionens kvalitets- och säkerhetsarbete. Regionen definierar avvikelsehantering som ”rutiner för att identifiera, rapportera och dokumentera negativa händelser och tillbud samt fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheter”.⁴

På uppdrag av regionens revisorer genomförde EY en granskning av avvikelsehanteringen i regionen, som rapporterades i mars 2022⁵, med syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden bedrev ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten. Granskningen visade bland annat att det i stort fanns en tydlig organisering för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå. Tillämpningen varierade dock i verksamheterna. I rapporten gjordes bedömningen att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte i tillräcklig omfattning hade säkerställt att det bedrevs ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten. I revisionsrapporten rekommenderades nämnden att ”Säkerställa att det i varje enhet och område sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser.”. Nämndens svar⁶ på revisionsrapporten angav ett antal strukturer som fortsatt behövde stärkas, bland annat obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet samt att årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet bör integreras i regionens systemverktyg för målstyrning. Nämnden uppdrog samtidigt till Hälso- och sjukvårdsdirektören att stärka föreslagna strukturer.

Av 2023 års patientsäkerhetsberättelse framgår att den revisionsrapport som kom 2022 gällande avvikelsearbetet visade på brister i systematisk aggregerad analys av avvikelser samt att avvikelserrapporteringen inte i tillräcklig omfattning utgör underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Vidare anges att ett förbättringsarbete fortfarande kvarstår vilket behöver avspegla den strategiska styrningen framåt.⁷

Revisorerna bedömer att det finns en risk för att Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av granskningen från 2022. Revisorerna anser att det är väsentligt med en ändamålsenlig avvikelsehantering

² Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap., Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 4 §

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9

⁴ Riktlinjen Avvikelsehantering i Region Västernorrland, fastställd av regiondirektör 2018-05-08, reviderad 2022-02-21, dokumentnr 321932 / Version 3

⁵ Granskning av avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete (Dnr 21REV35)

⁶ 2022-05-13 § 90

⁷ Patientsäkerhetsberättelse 2023

och att det finns tillräcklig intern styrning och kontroll inom området. En uppföljande granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete har därför beslutats att ingå i 2024 års revisionsplan.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med den uppföljande granskningen har varit att bedöma om ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån 2022 års granskning av avvikelshantering, för att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete utifrån avvikelser rörande patientsäkerheten.

Granskningen har varit inriktad mot nedanstående revisionsfrågor.

- Har obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet införts för vårdens chefer och medarbetare?
- Har implementering skett av riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se?
- Har ett årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet integrerats i regionens systemverktyg för målstyrning och tydliggjorts på alla nivåer?
- Har en riktlinje som fastställts av kommun och region för hantering av avvikelser i vårdkedjan implementerats?
- Har nämnden följt upp att beslutade åtgärder genomförts och att de har fått avsedd effekt, dvs. att det sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser?

Den uppföljande granskningen har varit avgränsad till Hälso- och sjukvårdsnämndens huvudsakliga åtgärder utifrån sitt svar på revisionsrapporten ”Granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete”⁸.

3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

De revisionskriterier som har bildat underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen följande:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. § 6
- Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 4 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
 - om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
 - om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)

⁸ Granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete (Dnr 21REV35)

- Riktlinjen Avvikelsehantering i Region Västernorrland⁹
- Övriga interna styrdokument av relevans för granskningen.

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar¹⁰ på revisionsrapporten ”Granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete” har även utgjort utgångspunkt för uppföljningen.

4 Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till Områdesdirektör Patientsäkerhet utveckling och forskning, Verksamhetschef Verksamhet kvalitet och patientsäkerhet, Enhetschef Enheten för patientsäkerhet, Hälso- och sjukvårdsdirektören och Regiondirektören.

⁹ Fastställd av regiondirektör 2018-05-08, reviderad 2022-02-21, dokumentnr 321932 / Version 3

¹⁰ 2022-05-13 § 90

5 Resultat av granskningen

5.1 Utbildning inom patientsäkerhet

Avsnittet adresserar revisionsfrågan ”Har obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet införts för vårdens chefer och medarbetare?”

Tidigare granskning

I rapporten framgick att det fanns goda möjligheter till stöd och utbildning för avvikelsehandläggare och chefer, även om cheferna i låg utsträckning tog del av dessa utbildningar.

Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet samt objektspecialist på regionledningsförvaltningen upplevdes som ett välfungerande och tillgängligt stöd i hanteringen av avvikelser. De anordnade exempelvis återkommande utbildnings- och informationstillfällen såsom grund- och fortsättningsutbildning avvikelser, utbildning i analys och uppföljning av avvikelser och dialogforum. Av intervjuer framgick att flertalet avvikelsehandläggare deltog vid grundutbildning, fortbildning och dialogforum. Det hade dock varit svårare att få deltagare till utbildningen i analys och uppföljning då detta inte prioriteras. Det uppgavs också vara ovanligt att chefer deltog i ovanstående utbildningar och den främsta orsaken uppgavs även här vara att detta nedprioriteras på grund av tidsbrist. Utöver ovanstående utbildnings- och informationstillfällen hade en chatgrupp för diskussion och support skapats i Teams där alla avvikelsehandläggare var inbjudna.

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar

I svaret¹¹ på revisionsrapporten anger nämnden att bland strukturer som fortsatt behöver stärkas ingår ”obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet, Socialstyrelsens E-utbildning bör ligga som grund och erbjuds vårdens chefer samt medarbetare”.

5.1.1 Åtgärder och nuläge

I Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården 2022-2024¹² framgår att Socialstyrelsens webbutbildning i patientsäkerhet ska vara obligatorisk för chefer och medarbetare i vården.

I den av nämnden godkända återrapporten¹³ kopplat till tidigare granskning framgår att exempel på stödjande strukturer som tillskapats är obligatorisk chefsutbildning inom patientsäkerhet dvs Socialstyrelsens E-utbildning erbjuds vårdens medarbetare och följs upp enligt patientsäkerhetsberättelsen.

I anslutning till hälso- och sjukvårdsnämndens årsrapport 2023¹⁴ ingick områdenas årsrapporter som bilagor. I årsrapporten 2023 för Patientsäkerhet, utveckling och forskning (PUF) framgår att verksamheten Kvalitet och Patientsäkerhet (KP) under året har genomfört flera utbildningsinsatser. Bland annat omnämns att pati-

¹¹ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-05-13 § 90

¹² Hälso- och sjukvårdsnämnden augusti 2022 § 130

¹³ 2022-12-20 § 187

¹⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-03-27—28 § 21

entsäkerhetsutbildningar har genomförts för AT/BT-läkare, ST-läkare och för nyanställda sjuksköterskor. Utbildning i analys och uppföljning av avvikelser har genomförts för ca 50 avvikelsehandläggare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2023¹⁵ framgår att ”I verksamhetsområde lung-hud-infektion samt närsjukvårdsområde norr har ledningsgrupperna genomfört Socialstyrelsens nationella patientsäkerhetsutbildning och under hösten har majoriteten av lung-hud-infektions medarbetare genomgått utbildningen. Fortsättningsvis kommer utbildningen erbjudas fyra gånger per år för de som inte gått den. I närsjukvårdsområde norr har flera enheter gått utbildningen och på många enheter pågår planering för att genomföra utbildningen.”

Enligt de intervjuade hålls lärarledd intern utbildning för nyanställda chefer av Kvalitet och patientsäkerhet. För medarbetarna sker utbildning via Socialstyrelsens E-utbildning. Det uppges att det på verksamhetschefsnivå finns ett ansvar att leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet. Enhetschefer följer upp och ser till att deras personal genomför utbildning. Det är däremot inte känt för de intervjuade om det säkerställts att utbildningen har genomförts. Regionens systemstöd kopplat till utbildning/fortbildning ”Kompass” erbjuder enligt uppgift för närvarande inte möjlighet att följa upp om personalen har genomfört utbildningar.

I det nya förslaget till Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och tandvården, som ska behandlas av nämnden under hösten 2024, finns enligt de intervjuade ett nytt förhållningssätt kopplat till utbildning. Det uppges att utbildning behöver vara behovsstyrt och att E-utbildningen är en bra grund. I samband med granskningen har vi tagit del av ett arbetsmaterial till Regional handlingsplan och konstaterat att bland regionens prioriterade områden fram till 2027 omnämns att identifiera utbildningsbehov och behov av stöd för chefer och medarbetare.

Riktlinjen Avvikelsehandläggare – uppdragsbeskrivning¹⁶ anger att ”För specialistvård, primärvård och folktandvård är det obligatoriskt att minst en avvikelsehandläggare per verksamhet har genomgått utbildning i analys och uppföljning av avvikelser”.

Enligt uppgift vid intervju har denna utbildning för avvikelsehandläggare funnits sedan 2016 och många avvikelsehandläggare har gått den. Dock framförs att användningen/nyttan med utbildningen har varit begränsad eftersom resultat och analyser inte har efterfrågats av verksamhetsansvariga. Detta har Enheten för patientsäkerhet kunnat konstatera genom att undersöka hur många som har tagit ut rapporter med analyser som lärs ut via utbildningen. Det finns mycket statistik att ta del av och enligt uppgift har PUF uppmanat verksamhetschefer att efterfråga analyser från sina avvikelsehandläggare i högre utsträckning. Enligt de intervjuade vore det även önskvärt att fler funktioner än avvikelsehandläggare går utbildningen, till exempel verksamhetsutvecklare.

Kommentar

Baserat på vad som framkommit är vår bedömning att nämnden har infört obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet för vårdens medarbetare och nyanställda

¹⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-03-27 – 28 § 22

¹⁶ Reviderad 2022-05-24 av regiondirektör

chefer. Det finns i dagsläget dock inte underlag/system för att bedöma om utbildningar genomförs av personalen, vilket vi bedömer som en brist ur uppföljningshänseende.

Vi rekommenderar att Hälso- och sjukvårdsnämnden, i samråd med Regionstyrelsen, säkerställer rutiner för att kunna följa upp planerade och genomförda utbildningar. Vi anser det vidare vara väsentligt att en analys av behov och nytta för verksamheterna underbygger vilka utbildningsinsatser som genomförs (samt vilka personalgrupper som de riktar sig till). Vi ser därför positivt på att i förslaget till Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2027 är ett prioriterat område att identifiera utbildningsbehov.

5.2 Synpunkts- och klagomålshantering via 1177.se

Avsnittet adresserar revisionsfrågan ”Har implementering skett av riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se?”

Tidigare granskning

I tidigare granskning framkom att det fanns rutiner för att hantera avvikelser på ett ändamålsenligt sätt men rutinerna för hantering av synpunkter och klagomål borde utvecklas då kännedomen om tillvägagångssätt samt rapportering av inkomna klagomål och synpunkter var relativt låg i verksamheterna.

I granskningen framkom att klagomål som inkommer direkt till verksamheterna, muntligt eller exempelvis via e-post i lägre utsträckning inrapporterades som avvikelser. Orsaker till detta uppgavs vara att det är svårt att veta vad som ska bedömas vara ett klagomål eller att ansvariga chefer bemöter/hanterar klagomålet direkt. Vid intervjuer uppgavs att klagomål och synpunkter via e-post och telefon förekom frekvent till exempelvis verksamhetscheferna.

Av intervjuer framgick att klagomål var svårare att följa på regionövergripande nivå då de inkom på flera olika sätt (dvs. direkt till verksamheterna, 1177.se, regionens funktionsbrevlåda, Patientnämnden).

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar

I sitt svar uppgav nämnden att riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se bör implementeras.

5.2.1 Åtgärder och nuläge

Vid nämndens behandling av en återrapport¹⁷ avseende tidigare granskning framgick att arbetet med att ta fram riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se pågick.

I årsrapport 2023¹⁸ för PUF framgår att arbete pågår för att skapa en väg in via 1177.se när det gäller synpunkter och klagomål och att tjänsten integreras med avvikelshanteringssystemet Platina.

På regionens intranät¹⁹ framgår att i början av november 2024 kommer den nya digitala tjänsten Synpunkter och klagomål att lanseras i 1177 e-tjänster. Invånaren

¹⁷ 2022-12-20 § 187

¹⁸ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-03-27—28 § 21

¹⁹ Publiceringsdatum: 2024-09-03

kommer då ha möjlighet att logga in med sin e-legitimation på 1177.se och sedan lämna sin synpunkt eller sitt klagomål. Synpunkter och klagomål kommer att hanteras direkt i Platina mot vårdgivaren eller mot patientnämnden. Den digitala tjänsten kommer att underlätta hanteringen för avvikelsehandläggare och erbjuda en bättre överblick av alla inkommande ärenden men även ge en möjlighet att kommunicera direkt med invånaren i ärendet.

Enligt uppgift från de intervjuade håller tidplanen för införandet av tjänsten. Vid lanseringen i november kommer det att finnas rutiner och riktlinje kopplat till det nya verktyget. Vi har noterat att en rutin²⁰ för ändamålet har fastställts som även länkar till två manualer.

Kommentar

Utifrån vad som framkommit pågår i samband med granskningens genomförande implementering av riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se (lansering i november 2024). Således har åtgärder vidtagits i enlighet med nämndens intention i svaret på revisionsrapporten.

5.3 Integrering av patientsäkerhetsarbetet i målstyrningen

Avsnittet adresserar revisionsfrågan ”Har ett årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet integrerats i regionens systemverktyg för målstyrning och tydliggjorts på alla nivåer?”

Tidigare granskning

I riktlinjen Avvikelsehantering i Region Västernorrland framgick en beskrivning av hur arbetet med avvikelshantering ska organiseras. Bland annat stod att Länsverksamhetschef/verksamhetschefs ansvar är att tydliggöra mål och ledningsprinciper för avvikelshantering och säkerhet i sin verksamhet samt att samordna och följa upp arbetet hos underställda chefer och medarbetare. Det stod även att målet var att 80 % av avvikelserna skall vara utredda och avslutade inom 90 dagar. Ovanstående formuleringar har vi noterat kvarstår i aktuell riktlinje²¹.

I tidigare granskning bedömdes att Hälso- och sjukvårdsnämnden i stort hade en tillräcklig styrning och kontroll inom området. Nämnden hade målsatt patientsäkerhetskulturen i organisationen och beslutat hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet skulle följas upp. Det framgick att nämnden under år 2021 hade utövat styrning av avvikelshantering genom följande beslut:

- Antagit balanserat styrkort för år 2021. I styrkortets processperspektiv återfinns målet; ”En säker hälso- och sjukvård bedrivs”. Tillhörande mått är; HSE (övergripande index) i nivå med rikssnittet.
- Godkänt plan för åiterrapportering av kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet 2021 (nov 2020).

I revisionsrapporten framgår vidare att patientsäkerhetsberättelsen angav mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet inför kommande år.

²⁰ Rutin Synpunkter och klagomål, direkt till verksamheten via e-tjänsten 1177 - handläggning i Platina, fastställd 2024-10-02 av Verksamhetschef Enheten för administrativt stöd, Regionledningsförvaltningens kansli

²¹ Riktlinjen avvikelshantering i Region Västernorrland, dokumentnr 321932 / Version 3

I revisionsrapporten framgår även att det inte fanns tillräckligt fungerande rutiner för att förbättra rutiner och processer på enhets- och områdesnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser. Vidare hade avvikelserapporteringen inte i tillräcklig omfattning utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på enhets- och områdesnivå.

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar

Enligt nämndens svar ingår bland strukturer som fortsatt behöver stärkas ett årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet som integreras i regionens systemverktyg för målstyrning och tydliggörs på alla nivåer.

Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att arbetet avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete behöver systematiseras och konkretiseras än mer i lednings- och styrningsprocesser och därmed återspeglas i verksamhetens samlade uppföljning. Arbetet med rapporterade avvikelser ska leda till förbättringar och kvalitetsarbete på samtliga nivåer i organisationen.

5.3.1 Åtgärder och nuläge

I återrapporten²² till nämnden avseende tidigare granskning framgår bland exempel på stödjande strukturer som tillskapats att årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet stegvis kommer integreras i regionens systemverktyg för målstyrning. Beställning har utförts och prioriterats.

Enligt de intervjuade bör det vara systemverktyget Hypergene som avses ovan. Innebörden av ”Beställning har utförts och prioriterats” är oklart. Verksamheten Patientsäkerhet var vid tidpunkten för nämndens behandling av återrapporten organiserad inom Regionledningsförvaltningen, medan den sedan 2023 ingår i Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

I patientsäkerhetsberättelse för 2023 anges att området patientsäkerhet, utveckling och forskning verkar på uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i enlighet med gällande författningar och ansvarar för stöd och samordning av patientsäkerhetsarbetet. För att stärka och främja patientsäkerhetsarbetet har under året stödfunktionerna för patientsäkerhet omorganiserats för att tillhöra hälso- och sjukvårdsledningen.

I nämndens verksamhetsplan 2024²³ finns kvalitativa indikatorn ”Utveckling sker i förhållande till Region Västernorrlands handlingsplan för ökad patientsäkerhet”²⁴. Det framgår att för att säkerställa en hög patientsäkerhet behöver ytterligare insatser göras i regionens systematiska patientsäkerhetsarbete. Hälso- och sjukvårdsnämndens beslutade handlingsplan för ökad patientsäkerhet är central i nämndens styrning för en ökad patientsäkerhet. Vidare framgår ”Arbetsmiljö och patientsäkerhet är nära sammankopplade och har en ömsesidig påverkan, arbetsmiljön är med andra ord även viktig för patientsäkerheten. Handlingsplanen kommer under den kommande perioden fokusera på förutsättningsskapande aktiviteter. För att under nästa period kunna fokusera på prioriterade fokusområden som

²² 2022-12-20 § 187

²³ 2023-12-19 § 157

²⁴ För målet Vi bedriver kunskapsbaserad, trygg och säker hälso- och sjukvård samt tandvård

tar avstamp i verksamheternas ägarskap. En utvecklad säkerhetskultur ska genom-
syra arbetet med patientsäkerhet, från ledning och styrning till bemötande och
handling. Uppföljning av handlingsplanen sker enligt särskild tidplan till nämnden.”

De intervjuade har inte vetskap om vilka ”ytterligare insatser” som främst åsyftas
ovan i nämndens verksamhetsplan. PUF har arbetat med att analysera och kart-
lägga hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete i ett år nu, som ett led i att
verkställa Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024. De har tagit reda
på verksamheternas förutsättningar, vad som saknas och vilka prioriteringar som
behövs. Det finns enligt de intervjuades uppfattning behov av en systematik i pati-
entsäkerhetsarbetet. Det har överenskommit inom hälso- och sjukvårdens led-
ningsgrupp (HSSLG) att bryta ner mål på enhetsnivå, vilket inte har skett tidigare.

Avseende att uppföljning av handlingsplan för ökad patientsäkerhet sker enligt
särskild tidplan till nämnden, har de intervjuade tolkat det som att uppföljning ska
ske vid delårsrapporterna. Enligt uppgift har PUF rapporterat vid både delår 1 och
delår 2 och ska även rapportera i årsrapporten och Patientsäkerhetsberättelsen.
Dessutom följs nämndens indikator ”Utveckling sker i förhållande till Region
Västernorrlands handlingsplan för ökad patientsäkerhet” vid Delår 2 och helår²⁵.

PUF har i sina kartläggningar noterat att vårdens enheter har olika förutsättningar
i patientsäkerhetsarbetet. Enligt de intervjuade behövs därför fortsättningsvis ett
arbetssätt som beaktar det. De intervjuade uppger vidare att den nya Regionala
handlingsplanen för ökad patientsäkerhet (se 5.1.1) avses att inordnas i nämndens
verksamhetsplan 2025. Detta förväntas tydliggöra styrningen och uppföljning av
patientsäkerhet jämfört med när handlingsplanen fastställdes som ett separat do-
kument. Styrningen uppges även behöva tydliggöras i verksamhetsplaner på en-
hetsnivå, oavsett systemverktyg för målstyrning.

Enligt uppgift vid intervju har hittills inte årshjulet/målstyrningen avseende pati-
entsäkerhet tydliggjorts ”på alla nivåer”, som nämnden avsåg i sitt svar på revis-
ionsrapporten. I och med kommande integrering av Regional handlingsplan till-
sammans med nämndens verksamhetsplan, väntas detta förbättras.

I reviderad Regional handlingsplan²⁶ för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjuk-
vården och tandvården 2022–2024 anges att det inom regionen idag pågår en rad
olika arbeten inom Nationella handlingsplanens fem²⁷ prioriterade fokusområden.
Däremot saknas idag en samlad bild över vad som pågår på helheten och hur de
samverkar för att nå målet med ökad patientsäkerhet.²⁸ Regionens prioriterade ak-
tiviteter för det kommande året är enligt planen följande:

- Ta fram en nulägesbild av de grundläggande förutsättningarna
- Kartlägga pågående aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet samt på vil-
ket sätt de samverkar

²⁵ Enligt uppgift i nämndens delårsrapport 1 2024

²⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-10-05 § 122

²⁷ Ökad kunskap om inträffade vårdskador, Tillförlitliga och säkra system och processer, Säker
vård här och nu, Stärka analys, lärande och utveckling, Öka riskmedvetenhet och beredskap

²⁸ Motsvarande skrivning har vi noterat ingår i Patientsäkerhetsberättelse för 2023 (Hälso- och
sjukvårdsnämnden 2024-03-27-28 § 22)

- Identifiera luckor i patientsäkerhetsarbetet
- Utveckla och åskådliggöra på det sätt vi arbetar med patientsäkerhet inom region Västernorrland
- Utifrån den samlade bilden av ovanstående aktiviteter succesivt stärka arbetet under året samt utforma handlingsplanen för 2025

Enligt de intervjuade har aktiviteterna utvärderats i samband med delårsrapport 2. Status för genomförandet av dessa aktiviteter är verkställt/uppnått och det uppges att arbetet går framåt enligt plan. I nämndens delårsrapport 2 framgår vidare måluppfyllelse för indikatorn ”Utveckling sker i förhållande till Region Västernorrlands handlingsplan för ökad patientsäkerhet”. Det står ”Huvudfokus för 2024 inom den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har varit att kartlägga och beskriva nuläget inom organisationen för att kunna göra en prioritering av hur arbetet ska genomföras fram till 2027. Ett intensivt arbete har bedrivits under årets första åtta månader. Arbetet utgör som planerat nu grunden till den kommande regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.”

Nämnden beslutade 2024-03-27-28 § 22 att godkänna Patientsäkerhetsberättelse för 2023 inom nämndens ansvarsområde som vårdgivare. I ärendet framgår att syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska förmedla resultat utifrån satsningsområden i den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och tandvård. Det anges att i januari 2023 blev stödfunktionen inom patientsäkerhet en del av hälso- och sjukvårdsledningen. Målsättningen är att det ska förenkla och förbättra patientsäkerhetsarbetet i region Västernorrland. I ärendet framgår vidare att ”Vi ser också i de mätningar som genomförts tex av vårdrelaterade infektioner, att förbättringen över tid varit alltför liten eller uteblivit. Vi konstaterar också att den kontinuerliga uppföljningen behöver stärkas för att ledningens engagemang ska bli tydlig och avspegla sig på säkerhetskulturen. En samsyn om nuläget är också nödvändigt dels för att skapa engagemang, dels för att i nästa steg prioritera rätt insatser. Den årliga handlingsplanen ska sedan avspegla nuläget så att verksamheterna på medarbetarnivå känner sig delaktig i utformningen och på sätt också får möjlighet att förstå prioriteringar och insatser. För att möjliggöra detta prioriteras ett antal aktiviteter det kommande året.

Det står även i Patientsäkerhetsberättelse 2023 att Centrala strålsäkerhetsrådet har inlett ett arbete med att skapa ett årshjul i Hypergene för att förenkla strålsäkerhetsarbetet i verksamheterna. Tack vare ledningssystemet har verksamheterna blivit mer medvetna om krav på strålsäkerhet och utvecklat det egna arbetet med detta.

Vi har noterat att Reviderad Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2022–2024 och nämndens Patientsäkerhetsberättelse för 2023 anger samma aktiviteter som prioriteras för det kommande året (2024), förutom att en ytterligare aktivitet tas upp i Patientsäkerhetsberättelsen: Ta fram en handlingsplan för arbetet med att skapa ett hållbart system för hantering av händelseanalyser. De intervjuade uppger att även denna aktivitet är genomförd vid delår 2. Aktiviteten syftar till att uppnå ärendebalans i händelseanalyserarbetet och ingår i PUF:s verksamhetsplan.

Utifrån vad som framkommit har inte nämnda aktiviteter inordnats/integrerats i systemverktyget Hypergene.

I Patientsäkerhetsberättelsen 2023 framgår att utifrån regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet gjordes en åtgärdsplan för 2023. Enligt de intervjuade åsytas med åtgärdsplan i detta fall de planerade åtgärder/aktiviteter som ingår i Regionala handlingsplanen för 2024. Förslaget till ny Regional handlingsplan 2025 uppges ha en annan inriktning. Den innehåller ett antal aktiviteter och ska inkorporeras i verksamhetsplaner.

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden inte har genomfört sin intention om att integrera ett årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet i regionens systemverktyg för målstyrning och tydliggjort det på alla nivåer. Detta eftersom de aktiviteter som planerats inom ramen för Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet överlag²⁹ inte har inordnats i systemverktyget Hypergene.

Ett arbete bedöms däremot pågå inom PUF i linje med nämndens övriga intentioner i svaret på revisionsrapporten, som handlar om att systematisera och konkretisera arbetet med avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete än mer i lednings- och styrningsprocesser, återspegla arbetet i verksamhetens samlade uppföljning samt att arbetet med rapporterade avvikelser ska leda till förbättringar och kvalitetsarbete på samtliga nivåer i organisationen. Vi noterar särskilt att förslaget som PUF har arbetat fram till ny Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 enligt uppgift ska inkorporeras i verksamhetsplaner och därmed omfattas av tillhörande former för uppföljning.

5.4 Riktlinje för hantering av avvikelser i vårdkedjan

Avsnittet adresserar revisionsfrågan ”Har en riktlinje som fastställts av kommun och region för hantering av avvikelser i vårdkedjan implementerats?”

Tidigare granskning

I den tidigare granskningen berörs, vad vi noterar, inte specifikt avvikelser i vårdkedjan mellan regionen och kommunerna.

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar

I sitt svar uppgav nämnden att strukturer som fortsatt behöver stärkas är ”riktlinje för hantering av avvikelser i vårdkedjan implementeras, en riktlinje som fastställts tillsammans med kommun och region”.

5.4.1 Åtgärder och nuläge

I december 2022 godkände nämnden en återrapport³⁰ ”Granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete.”. Det framgår att exempel på stödjande strukturer som tillskapats är att riktlinje för hantering av avvikelser i vårdkedjan finns beslutad och följs upp enligt beslutad process.

²⁹ Undantag som noterats gäller Centrala strålsäkerhetsrådet som enligt Patientsäkerhetsberättelse 2023 har inlett ett arbete med att skapa ett årshjul i Hypergene.

³⁰ 2022-12-20 § 187

Enligt uppgift vid intervju innebär riktlinjen en överenskommelse mellan regionen och respektive kommun i länet. Det är ett samlat dokument som godtagits av alla parter. Vi har erhållit dokumentet ”Riktlinje avvikelse i vårdkedjan”³¹ i samband med granskningen. Det framgår att syftet med riktlinjen är att identifiera eventuella brister i den sammanhållna vårdprocessen mellan vård- och omsorgsgivare inom Västernorrlands län samt säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom och mellan verksamheter.

I årsrapport 2023³² för PUF framgår att ”Samverkan kring avvikelser i vårdkedjan kan ses som en viktig del i arbetet mot en God och nära vård. För att stärka det arbetet har en konferens genomförts mellan region, kommun och privata vårdgivare. Syftet var att skapa medvetenhet om att identifiera eventuella brister i den sammanhållna vårdprocessen mellan vård- och omsorgsgivare inom Västernorrlands län samt säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet inom och mellan verksamheter.” De intervjuade uppger att det på 2023 års konferens med kommuner och region konstaterades att det fanns behov av att revidera överenskommelsen på grund av oklarheter i den. Frågan har övergått till HälSam³³ i februari 2023.

I Patientsäkerhetsberättelse för 2023 framgår ”De flesta verksamheter redovisar olika typer av samverkan både inom och mellan verksamheter samt externt, till exempel med kommuner. Avvikelsesystemet är ett redskap som används för samverkan genom Avvikelser i vårdkedjan.” Vidare framgår ”Rapporteringsystemet PRATOR används i samverkan mellan region och kommun. På medicinkliniken i Sundsvall har en gemensam ansvarig pratorsjuksköterska införts för att säkra patientens övergången mellan region och kommun. Samverkan med patienter och andra huvudmän sker också via SIP (samordnad individuell plan). Länsverksamhet kirurgi beskriver att samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun är bristfällig på många ställen. Bakomliggande orsaker är ofta ekonomiska faktorer samt att olika samverkansprocesser lämnar mycket öppet för tolkning. Ortopeden lyfter ett behov av att se över befintliga samverkansrutiner för att se över vilka insatser som behövs för att undvika förlängda vårdtider och undvikbara återinläggningar. Man ser också ett behov av förbättrad samverkan med sjukresor och psykiatri redovisar att man regelbundet samverkar med brukarorganisationer.”

Kommentar

Vår bedömning är att en överenskommelse har fastställts av kommun och region för hantering av avvikelser i vårdkedjan. Nämndens åtgärd enligt svaret på revisionsrapporten har därmed verkställts. Det har dock framkommit behov av att revidera överenskommelsen, ett arbete som vi tolkat det ska fortgå inom HälSam.

Utifrån information i Patientsäkerhetsberättelse för 2023 vill vi även lyfta fram att vissa verksamheter signalerar att samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun är bristfällig på många ställen samt att det finns behov av att se över befintliga samverkansrutiner. Vi rekommenderar följaktligen att nämnden fortsatt följer området för att säkerställa en fungerande samverkan med kommunerna för hantering av avvikelser i vårdkedjan.

³¹ Daterat 2021-11-15

³² Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-03-27—28 § 21

³³ HälSam (Hälsosam samverkan) är ett politiskt övergripande forum med representation från regionen, socialtjänsten i alla kommuner samt skolan.

5.5 Uppföljning av åtgärder och dess effekt

Avsnittet adresserar revisionsfrågan ”Har nämnden följt upp att beslutade åtgärder genomförts och att de har fått avsedd effekt, dvs. att det sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser?”

Tidigare granskning

I den tidigare granskningen framgick att ansvar för patientsäkerhetsarbetet beskrevs till viss del i regionens Patientsäkerhetsberättelse 2020. I dokumentet angavs bland annat att: ”Regiondirektören ansvarar för att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt.” och ”Primärvårds- och sjukhusdirektörer³⁴ ansvarar för planering, ledning, samordning, uppföljning och kontroll av verksamheterna inom respektive område. Verksamhetschefer ska följa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs integrerat i dagligt arbete enligt chefsavtal och i den årliga verksamhetsberättelsen lyfta det arbetet.”.

Avseende verksamheternas uppföljning och förbättringsarbete på enhets- och områdesnivå, framgick att avvikelser diskuterades och utvärderades i ledningsgrupper på verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå i mycket låg utsträckning. Enskilda, allvarigare händelser uppgavs dock kunna lyftas av chefsläkare i dessa forum. Främsta orsakerna till att avvikelser inte analyserades i ledningsgrupperna uppgavs vara den nyligt genomförda omorganisationen och den pågående pandemin, vilket resulterat i att systematiskt utvecklingsarbete inklusive avvikelshantering nedprioriterats. Vidare framkom i granskningen att ingen uppföljning eller kontroll på regionövergripande nivå skedde av i vilken utsträckning verksamhetsområden eller enheter genomförde systematiska uppföljningar och analyser av sina avvikelser.

I tidigare granskning bedömdes att Hälso- och sjukvårdsnämnden i stort hade en tillräcklig styrning och kontroll inom området. Nämnden hade målsatt patientsäkerhetskulturen i organisationen och beslutat hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet skulle följas upp. Nämnden fick också på aggregerad regionnivå en information om patientsäkerhetskulturen, inkomna avvikelser och utvecklingsområden i patientsäkerhetsarbetet.

I granskningen framkom att nämnden under det senaste året hade följt upp och kontrollerat avvikelshanteringen genom:

- Verksamhetsberättelse 2020 (mar 2021). I verksamhetsberättelsen redovisades övergripande utfall på den genomförda mätningen av patientsäkerhetskulturen (HSE-index 83). Här angavs även vilka utvecklingsområden som fanns kopplade till patientsäkerhetskulturen i verksamheterna.
- Delårsrapport 2021 (oktober 2021). Rapporten innehåller viss kortfattad information om arbetet med avvikelser i några av nämndens verksamheter.
- Godkänt Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 (mars 2021) inom nämndens ansvarsområde som vårdgivare.

³⁴ Det framgick att titlarna primärvårds- och sjukhusdirektör finns inte längre och att motsvarande titel i nuvarande organisation är områdesdirektör.

- Informerats om verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhets rapport ”Avvikelser och händelseanalys”, (apr 2021).

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar

Hälso- och sjukvårdsnämnden delar revisorernas sammanfattande rekommendation om att utgångspunkten bör vara att säkerställa att det i varje enhet och område sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser. Hälso- och sjukvårdsnämnden ser behov av att fortsatt stärka arbetet med avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete detta med utgångspunkt i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter samt därtill kommunallagen.

Nämndens svar³⁵ på revisionsrapporten angav ett antal strukturer som fortsatt behövde stärkas. Nämnden uppdrog samtidigt till Hälso- och sjukvårdsdirektören att stärka föreslagna strukturer och att återkomma med en återrappport om hur arbetet fortskrider vid hälso- och sjukvårdsnämndens möte i december 2022.

5.5.1 Åtgärder och nuläge

Uppdrag till Hälso- och sjukvårdsdirektör

I december 2022 godkände nämnden återrappport³⁶ ”Granskning av avvikelsehantering och systematiskt förbättringsarbete.”, kopplat till uppdraget ovan till Hälso- och sjukvårdsdirektören. I ärendet framgår att det arbete Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade pågår enligt plan. Exempel ges på stödjande strukturer som tillskapats (se avsnitt 5.1-5.4).³⁷

Nämndens och områdenas årsrapporter 2023

Vi har översiktligt tagit del av nämndens och områdenas årsrapporter 2023 som behandlats av nämnden³⁸ för att bedöma om de innefattar uppföljning av patientsäkerhetsarbetet, inriktat mot systematisk uppföljning, analys och förbättringsarbete utifrån rapporterade avvikelser.

I nämndens årsrapport 2023 framgår ”Den regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ska följas upp genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen med återkoppling till hälso- och sjukvårdsnämnden i april. Arbetet pågår nu för att samla in och sammanfatta det genomförda arbetet som bedrivits under 2023. Så här långt ser vi att verksamheterna har bedrivit en rad aktiviteter under året för att möta ambitionen i handlingsplanen. Vi har konstaterat att ett behov finns att förtydliga och smalna av insatsområdena i handlingsplanen för att nå önskad effekt, vilket också avspeglar sig i den antagna handlingsplanen för 2024 där ett viktigt arbete nu pågår för att kartlägga och analyserna prioriteringarna för de kommande åren.”

³⁵ 2022-05-13 § 90

³⁶ 2022-12-20 § 187 Diarienummer: 22HSN887

³⁷ Vi har fått uppgift från nämndsekreteraren 2024-09-02 att i och med att uppdraget återrappporterades i december 2022 finns det inte längre som ett aktivt uppdrag i regionens Ärendefördelnings (ÄF)-lista. Av samma anledning står det inte heller med i uppföljningslistan över uppdrag som nämndens utskottsberedning tillämpar.

³⁸ 2024-03-27 – 28 § 21

För områdena inom hälso- och sjukvården kan vi konstatera att patientsäkerhet och avvikelser kommenteras i varierande utsträckning i deras årsrapporter³⁹. Det finns vad vi noterar inte alltid en särskild rubrik avseende patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelse 2023

I patientsäkerhetsberättelse för 2023 anges att ”Hälso- och sjukvårdsdirektören har det övergripande ansvaret för det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Region Västernorrland” och att ”Verksamhetschef ansvarar för att patientsäkerhetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, följs upp i verksamhetsberättelsen och att egenkontroller utförs.”

Vidare tas upp ”Genom punktprevalensmätningar (PPM), som initieras och sammanställs på nationell nivå via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), följs olika aspekter av patientsäkerhet som trycksår, basala hygienrutiner och klädregler (BHK). Verksamheterna har också egenkontroll i varierande omfattning där bland annat olika följetal ingår. Avvikelser och händelser lyfts oftast på APT och via ledningsgrupper på verksamhetsnivå. Vårdskador som riskerar att vara allvarliga utreds via chefläkare och kan anmälas enligt lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO).”

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården 2022-2024 fastställdes av nämnden i augusti 2022 § 130. Planen innehåller en beskrivning av regionens prioriterade patientsäkerhetsområden, förslag på aktiviteter, uppföljningsindikatorer och mål för desamma. Det framgår vad som är Hälso- och sjukvårdsförvaltningens respektive Regionledningsförvaltningens ansvar. I avsnittet Relaterade dokument har vi noterat vissa oklarheter i hänvisningar⁴⁰.

En reviderad Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården och tandvården 2022–2024 fastställdes⁴¹ inför 2024. Se prioriterade aktiviteter i avsnitt 5.3.1. Den reviderade handlingsplanen innehåller inte avsnittet Relaterade dokument.

Som vi har förstått utifrån intervjuer pågår inom PUF ett utvecklingsarbete kopplat till den regionala handlingsplanen vilket bland annat innebär att PUF kommer att arbeta mer stödjande och nära verksamheten. En ny regional handlingsplan planeras att tas fram under hösten 2024 baserat på den kartläggning som gjorts av patientsäkerhetsarbetet. Enligt uppgift ska planen ingå som en del av nämndens och hälso- och sjukvårdens verksamhetsplaner för 2025. Inom ramen för arbetet

³⁹ Vad vi noterar finns de utförligaste beskrivningarna kopplat till patientsäkerhet och avvikelshantering inom Närsjukvårdsområde Väster (bland annat omnämns nätverket med handläggare för avvikelser inom närsjukvård väster har fortsatt och börjat hitta riktigt bra former där lärande klimat och säkerhetskultur stärks) och Närsjukvårdsområde Norr (bland annat omnämns att områdets ledningsgrupp har utifrån regionens handlingsplan för ökad patientsäkerhet startat ett nätverk som ska skapa förutsättningar för enhetscheferna.) Folktandvårdens årsrapport innehåller under övriga följetal bland annat Antal avvikelser och Lex Maria.

⁴⁰ Avvikelser i vårdkedjan dnr: 22RS6473 (ingen handling i ärendet), Missnöje i vården i platina - manual för användare dnr: 355111 (inget giltigt diarienummer) och Åtgärdsplan för regional handlingsplan dnr: 22RS5446 (enda handling i är själva regionala handlingsplanen)

⁴¹ 2023-10-05 § 122

med den nya regionala handlingsplanen sker en utveckling av indikatorerna för att tydliggöra vad som ska följas upp. Det behöver också tydliggöras vilka effekter som åtgärder i patientsäkerhetsarbetet leder till.

I den nya Regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet ska som vi tolkat det former för patientsäkerhetsarbetet framgå. Vidare kommer patientsäkerhetsperspektivet att ingå vid uppföljningsdialogerna mellan hälso- och sjukvårdens områdesdirektörer och Hälso- och sjukvårdsdirektören. Dessa dialoger ska bland annat omfatta patientsäkerhet och lyfta fram problem/fokusområden för respektive sjukvårdsområde.

Enligt de intervjuade adresserar avsnittets berörda revisionsfråga⁴² det uppdrag som PUF har haft via den regionala handlingsplanen för 2024. De har genomfört intervjuer med exempelvis områdesdirektörer, Hälso- och sjukvårdsdirektör och vissa verksamhetschefer i syfte att kartlägga förutsättningar och hur patientsäkerhetsarbetet utförs i verksamheterna. PUF har även tagit del av iakttagelser avseende patientsäkerhetsområdet i revisionsrapporter och studerat statistik för avvikelser. Arbetet har förtecknats och finns samlat i ett dokument. Materialet har använts för att utarbeta ny Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet. Dokumentationen kommer även bidra till ett förbättrat underlag till Patientsäkerhetsberättelsen 2024, som har förankring i/speglar verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Enligt de intervjuade kommer införandet av den nya Regionala handlingsplanen bidra till att aktiv uppföljning av patientsäkerhetsarbetet sker på områdes- och verksamhetsnivå. Då förutsättningarna för patientsäkerhetsarbetet nu är kartlagda kan insatser prioriteras utifrån respektive verksamhets behov.

Uppföljning av riktlinjen Avvikelsehantering i Region Västernorrland

I riktlinjen Avvikelsehantering i Region Västernorrland framgår att Länsverksamhetschef/verksamhetschefs ansvar är att tydliggöra mål och ledningsprinciper för avvikelsehantering och säkerhet i sin verksamhet samt att samordna och följa upp arbetet hos underställda chefer och medarbetare. Det står även att målet är att 80 % av avvikelserna skall vara utredda och avslutade inom 90 dagar.

Beträffande uppföljning av målet framgår vad vi noterar ingen uppgift i Patientsäkerhetsberättelse för 2023. I Patientberättelsen 2022 framgår viss information om klagomål och synpunkter⁴³.

Enligt uppgift vid intervju är målet om att 80 % av avvikelserna skall vara utredda och avslutade inom 90 dagar använt sedan länge. I samband med granskningen har PUF tillhandahållit oss statistik⁴⁴ som visar att hälso- och sjukvården i stort

⁴² ”Har nämnden följt upp att beslutade åtgärder genomförts och att de har fått avsedd effekt, dvs. att det sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser?”

⁴³ I Patientsäkerhetsberättelse 2022 står, beträffande klagomål och synpunkter – inte avvikelser, att det kommer att ske en integrering mellan Platina och 1177.se där invånarna kan lämna synpunkter och klagomål på ett mer strukturerat sätt. Det står att integreringen väntas vara genomförd i mitten på 2023 fram till dess går det inte att följa upp den regionala handlingsplanens mål och följetal som beskriver att 80% av de klagomål och synpunkter som inkommer ska vara utredda och avslutade inom 90 dagar.

⁴⁴ Datum 2024-10-08, källa power BI

uppnår 80 % avslutade avvikelser inom 90 dagar (2023 var utfallet 79,73 % och hittills⁴⁵ under 2024 är utfallet drygt 78 %).

Som vi förstått av de intervjuade är ett nyare mål i riktlinjen att utredning ska påbörjas inom 7 dagar. De intervjuade framhåller uppföljning av detta mål som viktigt för att identifiera väsentliga avvikelser/brister i avvikelshanteringen. Vikten betonas även av att följa upp status i respektive enhet. I samband med granskningen har PUF tillhandahållit oss statistik⁴⁶ som visar att Andel påbörjade avvikelser inom sju dagar uppgår till 88,58 % hittills under 2024 (2023 uppgick andelen till 85,45 %).

Uppföljning av patientsäkerhetsperspektivet efter sommaren 2024

I presentationsmaterialet⁴⁷ för hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport framgår att Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet genomför uppföljning av patientsäkerhetsperspektivet efter sommaren (klar: v.39 2024). Det anges att metoden är Klassificerade avvikelser och beskrivs ”Att analysera inkomna avvikelserapporter i relation till aktuell beläggningsgrad samt översiktligt beskriva identifierade avvikelser som inkommit under sommaren, Analysen utgår från ett patientsäkerhetsperspektiv.” Analysen genomförs av patientsäkerhetssamordnare, chefläkare och chefssjuksköterska. I samband med denna granskning finns ännu inte en sammanställning av uppföljningens resultat. Enligt uppgift kommer i årets uppföljning verksamheternas enkätsvar att vägas ihop med en analys av sommarens patientsäkerhet. Resultaten kommer enligt de intervjuade att presenteras för nämnden som löpande följer utvärderingar av hur sommarens hälso- och sjukvård fungerat. Ärendet kommer även behandlas av Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

I nämndens delårsrapport 2 framgår med avseende på sommaren 2024 ”En närmare utvärdering presenteras senare i höst, med slutsatser och förbättringsförslag.”

Utvecklingsarbeten avseende ledningssystem

Vi har noterat att i maj 2024 fick nämnden information om de utvecklingsarbeten som sker inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen med koppling till patientnämndens rapport – Unga vuxna med psykisk ohälsa – analys och klagomål under 2022 (23PAN319). I ärendet framgår att ”Inom vuxenpsykiatri så har ett styrdokument ”Ledningssystem för patientsäkerhetsarbete” arbetats fram som bygger på att förstärka patientsäkerhet, egen kontroll avseende tvångsvården, avvikelshantering, etc”

Kommentar

Vår bedömning är att nämnden inte i tillräcklig utsträckning har följt upp att beslutade åtgärder genomförts och att de har fått avsedd effekt, dvs. nämnden har inte en tillräckligt systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter eller har säkerställt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser.

⁴⁵ Uppgiften gavs vid intervju 19 september

⁴⁶ Datum 2024-10-08, källa power BI

⁴⁷ 2024-02-01 § 3

Granskningen visar dock att åtgärder har vidtagits i förbättringshänseende. Nämnden har exempelvis gett uppdrag till Hälso- och sjukvårdsdirektören utifrån tidigare granskning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete samt erhållit återredovisning om att arbetet nämnden beslutade om pågår enligt plan. Vidare utgörs en viktig åtgärd sedan tidigare granskning av nämndens beslutade Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet som följs upp i Patientsäkerhetsberättelsen.

I övrigt pågår ett arbete som vi bedömer kan bidra till en utvecklad avvikelshantering och ett systematiskt förbättringsarbete. Bland annat har en kartläggning av hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete genomförts av PUF, som ett led i Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024. Vidare kan nämnas den nya regionala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet 2025, som enligt uppgift kommer att inordnas med hälso- och sjukvårdens verksamhetsplanering på samtliga nivåer i organisationen samt därmed i årshjulet för uppföljning.

Vi bedömer i övrigt att Hälso- och sjukvårdsnämndens förutsättningar för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet stärks av den omorganisation som har skett från 2023, där stödfunktionerna för patientsäkerhet omorganiserats för att tillhöra hälso- och sjukvårdsledningen.

Vi rekommenderar att nämnden tillser att dess uttryckta behov/ambitioner, enligt svaret på revisionsrapporten, verkställs, dvs. att avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete ”återspeglas i verksamhetens samlade uppföljning” samt att det finns en uppföljning av om arbetet med rapporterade avvikelser leder till förbättringar och kvalitetsarbete.

I granskningen har noterats att vissa verksamheter⁴⁸ arbetar med ledningssystem kopplat till patientsäkerhetsarbete. Vi anser det vara av vikt att nämnden har en samlad styrning och uppföljning av patientsäkerhets- och kvalitetsarbetet i verksamheterna samt att detta genomförs i enlighet med kraven i lagar och föreskrifter⁴⁹.

⁴⁸ Centrala strålsäkerhetsrådet och Vuxenpsykiatrin

⁴⁹ Exempelvis Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap., Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap. 4 §, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, HSLF-FS 2017:40 om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete

6 Revisionell bedömning

Syftet med den uppföljande granskningen har varit att bedöma om ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån 2022 års granskning av avvikelshantering, för att säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete utifrån avvikelser rörande patientsäkerheten.

Vår sammantagna bedömning är att ändamålsenliga åtgärder delvis har vidtagits utifrån 2022 års granskning av avvikelshantering. Detta mot bakgrund av att delar av de åtgärder som nämnden avsåg att vidta i sitt svar på revisionsrapporten har verkställts. Vi bedömer samtidigt att ett arbete pågår, inte minst kopplat till hälso- och sjukvårdens Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som vi bedömer kommer att bidra till förbättrad styrning och uppföljning av avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete.

Vi bedömer i övrigt att Hälso- och sjukvårdsnämndens förutsättningar för styrning och uppföljning av patientsäkerhetsarbetet stärks av den omorganisation som har skett från 2023, där stödfunktionerna för patientsäkerhet organiserats inom hälso- och sjukvården.

Vi gör följande bedömning av granskningens revisionsfrågor:

- Obligatorisk utbildning inom patientsäkerhet har införts för vårdens chefer och medarbetare. Lärarledd intern utbildning hålls för nyanställda chefer. För medarbetarna sker utbildning via Socialstyrelsens E-utbildning.

I dagsläget saknas dock underlag/system för att bedöma om utbildningar genomförs, vilket vi bedömer som en brist ur uppföljningshänseende.

Vi anser det vidare vara väsentligt att en analys av behov och nytta för verksamheterna underbygger vilka utbildningsinsatser som genomförs (samt vilka personalgrupper som de riktar sig till). Vi ser därför positivt på att i förslaget till Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025-2027 är ett prioriterat område att identifiera utbildningsbehov.

- Implementering pågår av riktlinjer och rutiner för synpunkter och klagomålshantering via 1177.se.

Således har åtgärder vidtagits i enlighet med nämndens intention i svaret på revisionsrapporten.

- Ett årshjul för sammanställning, analys och handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet har inte integrerats i regionens systemverktyg för målstyrning och tydliggjorts på alla nivåer.

Vår bedömning är att nämnden inte har genomfört sin intention i svaret på revisionsrapporten. Detta eftersom de aktiviteter som planerats inom ramen för Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerheten för patientsäkerhet överlag inte har inordnats i systemverktyget Hypergene.

Ett arbete bedöms däremot pågå inom PUF i linje med nämndens övriga intentioner i svaret på revisionsrapporten, som handlar om att systematisera och konkretisera arbetet med avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete än mer i lednings- och styrningsprocesser, återspegla arbetet i verksamhetens samlade uppföljning samt att arbetet med rapporterade avvikelser ska leda till förbättringar och

kvalitetsarbete på samtliga nivåer i organisationen. Vi noterar särskilt att enligt uppgift ska förslaget som PUF har arbetat fram till ny Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 inkorporeras i verksamhetsplaner och därmed omfattas av tillhörande former för uppföljning.

- En överenskommelse som fastställts av kommun och region för hantering av avvikelser i vårdkedjan har implementerats.

Nämndens åtgärd enligt svaret på revisionsrapporten har därmed verkställts. Det har dock framkommit behov av att revidera överenskommelsen, ett arbete som vi tolkat det ska fortgå inom HälSam.

Utifrån information i Patientsäkerhetsberättelse för 2023 vill vi även lyfta fram att vissa verksamheter signalerar att samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun är bristfällig på många ställen samt att det finns behov av att se över befintliga samverkansrutiner.

- Nämnden har inte i tillräcklig utsträckning följt upp att beslutade åtgärder genomförts och att de har fått avsedd effekt, dvs. att det sker en systematisk uppföljning och analys av inrapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter samt att ett förbättringsarbete sker utifrån dessa analyser.

Granskningen visar dock att åtgärder har vidtagits i förbättringshänseende. Nämnden har exempelvis gett uppdrag till Hälso- och sjukvårdsdirektören utifrån tidigare granskning samt erhållit återredovisning om att arbetet nämnden beslutade om pågår enligt plan. Nämnden har vidare beslutat om Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet som följs upp i Patientsäkerhetsberättelsen.

I övrigt pågår ett arbete som vi bedömer kan bidra till en utvecklad avvikelshantering och ett systematiskt förbättringsarbete. Bland annat kommer förslaget till Regionala handlingsplan för ökad patientsäkerheten för patientsäkerhet 2025, enligt uppgift, att inordnas med hälso- och sjukvårdens verksamhetsplanering på samtliga nivåer i organisationen samt därmed i årshjulet för uppföljning.

Rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden

- Tillse att nämndens uttryckta behov/ambitioner, enligt svaret på revisionsrapporten, verkställs, dvs. att avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete "återspeglas i verksamhetens samlade uppföljning" samt att det finns en uppföljning av om arbetet med rapporterade avvikelser leder till förbättringar och kvalitetsarbete.
- Säkerställ, i samråd med Regionstyrelsen, rutiner för att kunna följa upp planerade och genomförda utbildningar.
- Fortsätt att följa upp och säkerställa en fungerande samverkan med kommunerna för hantering av avvikelser i vårdkedjan.

Anna Nordlöf

Certifierad kommunal revisor