

## Revisionsrapport

# *Systematiskt patientsäkerhetsarbete*

*Maria Strömbäck  
Revisionskonsult*

*Erik Jansen  
Revisionskonsult*

*Jenny Krispinsson  
Certifierad kommunal  
revisor*

*November 2017*

Patientsäkerhet innebär: *Skydd mot vårdskada*  
- Rekommenderad definition enligt Socialstyrelsen


## Region Norrbotten

**pwc**

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1. Bakgrund .....	4
1.2. Syfte och revisionsfrågor .....	5
1.3. Revisionskriterier .....	5
1.4. Kontrollmål .....	5
1.5. Avgränsning och metod.....	5
<b>2. Iakttagelser och bedömningar .....</b>	<b>8</b>
2.1. Riskanalys.....	8
2.1.1. Iakttagelser .....	8
2.1.2. Bedömning.....	11
2.2. Styrning av arbetet inom patientsäkerhetsområdet .....	12
2.2.1. Iakttagelser .....	12
2.2.2. Bedömning.....	16
2.3. Avvikelse rapportering .....	17
2.3.1. Iakttagelser .....	17
2.3.2. Bedömning.....	20
2.4. Goda exempel .....	20
2.4.1. Iakttagelser .....	20
2.4.2. Bedömning.....	21
<b>3. Sammanfattande bedömning .....</b>	<b>23</b>
3.1. Bedömningar mot kontrollfrågor .....	23
3.2. Revisionell bedömning.....	24
3.3. Rekommendationer.....	24
<b>Bilaga 1 – styrande dokument .....</b>	<b>26</b>

2017-11-09



Maria Strömbäck  
Revisionskonsult  
Projektledare



Marie Lindblad  
Certifierad kommunal revisor  
Uppdragsledare

## Sammanfattning

Denna granskning har syftat till att ge ett underlag för bedömning i nedan revisionsfrågor:

- Säkerställer regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna?
- Säkerställer regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, att den interna kontrollen avseende patientsäkerhetsarbete inom regionens verksamheter är tillräcklig?

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar gör vi den sammanfattande revisionella bedömningen att regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare:

- **I begränsad utsträckning** säkerställer att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna
- **I begränsad utsträckning** har en tillräcklig intern kontroll för att kunna säkerställa ändamålsenlighet i regionens patientsäkerhetsarbete.

Vår bedömning baseras på att regionstyrelsen inte säkerställer att vare sig det regionövergripande eller verksamhetsnära kvalitetsförbättringsarbetet avseende patientsäkerhet baseras på systematiska och dokumenterade riskanalyser. Med anledning av denna avsaknad av systematiska riskanalyser har styrelsen ej heller kunnat fatta beslut inom området baserat på sådana riskanalyser.

Vi bedömer att det till övervägande del finns en styrning för att säkerställa att gällande interna styrdokument inom området patientsäkerhet är kända och tillämpas i verksamheterna, samtidigt som vi ser att det finns ändamålsenliga och skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar. Däremot ser vi inom ramen för vår granskning att det trots dessa rutiner finns en otillräcklig avvikelserapportering i verksamheterna. Vi vill i detta sammanhang särskilt lyfta de lagkrav hälso- och sjukvårdspersonal har för rapportering inom verksamheterna. De avvikelser som dock registreras används till övervägande del som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet inom regionen. Vi vill särskilt betona att kvalitetsförbättringsarbetet inom området bedöms vara reaktivt. Detta med hänvisning till att riskanalyser inte används för att proaktivt riskplanera och styra patientsäkerhetsområdet.

Vi bedömer även att det inom regionen till övervägande del förmedlas goda exempel mellan verksamheter utifrån det patientsäkerhetsarbete som genomförs.

Avslutningsvis vill vi även poängtera det problem som vi stött på i granskningen utifrån vårt metodval med urval av verksamheter med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Den statistik vi erhållit från regionen har inte varit synkron med den nationella statistik som finns tillgänglig inom området. Se avsnitt 1.5 för utförligare beskrivning avseende detta.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Patientsäkerhet innebär att skydda patienter från skador i samband med vård. En vårdskada innebär ett lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder vidtagits.

En riktad satsning har skett på nationell nivå under åren 2011-2014 för att förbättra patientsäkerhetsarbetet. Samtidigt ökar antalet klagomål och synpunkter på vården enligt nationella uppföljningar där ökning ses inom primärvård och psykiatrisk vård. Överbeläggningar (innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller krav på en disponibel vårdplats) har ökat på nationell nivå och Norrbotten redovisar högre siffror än riket. Socialstyrelsen menar att det inte är acceptabelt att betrakta överbeläggningar och utlokalisering av inskrivna patienter som ett normaltillstånd, eftersom det kan leda till betydande risker för patienterna.

IVO konstaterar och ifrågasätter om anmälningar och vidtagna åtgärder inom vården bidrar till ett lärande i organisationen och härmed en förbättrad patientsäkerhet. Regionstyrelsen är som ansvarig vårdgivare ansvarig för att det finns ett ledningssystem som säkerställer att ett systematiskt arbete sker för att utveckla och säkra kvaliteten och att patientsäkerheten stärks. Ett systematiskt arbete ska ske för att säkra att samtliga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, förordningar och föreskrifter följs. Vårdgivaren är även enligt lag ansvarig för att göra det som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och en tidsplan ska upprättas för de åtgärder som inte kan genomföras omedelbart.

Revisorerna genomförde under år 2013 en granskning gällande regionens arbete med patientsäkerhet. Ett identifierat utvecklingsområde som konstaterades var att uppföljning av implementeringen av ett systematiskt kvalitetsarbete gällande patientsäkerhet hade förbättringsutrymme. Regionfullmäktige har för år 2017 angivit ett strategiskt mål om en effektiv verksamhet med god kvalitet där en framgångsfaktor är en kunskapsstyrd och säker verksamhet.

Att tillgodose en hög patientsäkerhet sker framförallt i det dagliga arbetet som verksamheterna utför inom organisationen. I regionens patientsäkerhetsberättelse (PSB) 2016 anges att det är ett fåtal verksamheter som har utarbetat ett eget ledningssystem för verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Vidare anges att gällande strategi och handlingsplan för patientsäkerhet inte är lika känd på enhetsnivå som på divisionsstabsnivå. Regionen redovisar ett icke- uppfyllt mål år 2016 gällande patientsäkerhet och antalet registrerade vårdskador har ökat från föregående år.

## **1.2. Syfte och revisionsfrågor**

Regionstyrelsen är ansvarig vårdgivare inom Region Norrbotten.

Granskningen syftar till att besvara och ge ett underlag för bedömning om:

- Säkerställer regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna?
- Säkerställer regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, att den interna kontrollen avseende patientsäkerhetsarbete inom regionens verksamheter är tillräcklig?

## **1.3. Revisionskriterier**

- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763, 2a§)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 5 kap Systematiskt förbättringsarbete)
- Strategisk plan 2017-2019
- Övriga förekommande styrdokument såsom strategi, beställningar och handlingsplaner gällande patientsäkerhetsområdet

## **1.4. Kontrollmål**

- Baseras kvalitetsförbättringsarbetet gällande patientsäkerhet (regionövergripande nivå och verksamhetsnivå) på en dokumenterad riskanalys?
- Får regionstyrelsen kännedom om dokumenterade riskanalyser på olika nivåer, och har detta medfört åtgärder från styrelsens sida?
- Finns en tillräcklig styrning från regionstyrelsen för att säkerställa att gällande interna styrdokument för patientsäkerhetsområdet är kända och tillämpas inom verksamheterna?
- Finns ändamålsenliga skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar?
- Sker en avvikelserapportering i en tillräcklig utsträckning inom verksamheterna?
- Används avvikelserapporteringen som en del i det systematiska kvalitetsarbetet av patientsäkerhetsområdet?
- Förmedlas goda exempel gällande verksamheter som arbetat systematiskt för att förbättra patientsäkerheten till övriga verksamheter?

## **1.5. Avgränsning och metod**

I tid omfattar granskningen framförallt år 2017.

Inledningsvis förankrade vi vår granskning via mail till relevanta yttersta ledningsfunktioner i regionen samt en inledande dialog med regionens patientsäkerhetssamordnare. Efter detta fortsatte vi med insamling/genomgång/ analys av interna styrande dokument/riktlinjer, uppföljningsdokument/-statistik. Dokument som ingått i granskningen redovisas i *bilaga 1*.

Intervjuer har skett med följande centrala verksamhetsfunktioner; representanter för patientsäkerhetsråd (rådgivande organ till linjeorganisationen/verksamheten), chefläkare och patientsäkerhetssamordnare.

Inom ramen för vår granskning har vi även intervjuat verksamhetsföreträdare vid ett urval av länets hälsocentraler, akutmottagningar, vuxenpsykiatrisk verksamhet samt vårdavdelningar. Det sistnämnda har valts utifrån att de under år 2017 t.o.m. månad maj statistiskt hade ett högt antal överbeläggning<sup>1</sup> eller utlokaliserade patienter<sup>2</sup>. Vid intervjuerna har ansvarig verksamhetschef deltagit. Vid några intervjuer har även enhetens enhetschef och/eller annan funktion verksamhetschef sett som relevant deltagit samt i vissa fall även verksamheternas lokala patientsäkerhetssamordnare. Följande verksamheter har vi intervjuat:

- Akutmottagningen, Gällivare sjukhus
- Akutmottagningen, Sunderby sjukhus
- Rättspsykiatrisk verksamhet, Piteå
- Vuxenpsykiatrisk verksamhet, Gällivare
- Vårdavdelning 2, Kalix sjukhus (urval överbeläggning)
- Vårdavdelning 61, Sunderby sjukhus (urval utlokalisering)
- Norrskensnets hälsocentral (privat vårdgivare, Vittangi)
- Erikslunds hälsocentral
- Hortlax hälsocentral

Noteras bör att urval av vårdavdelning avseende överbeläggning och utlokalisering inledningsvis skedde utifrån den överbeläggningsdata vi fann på den nationella databasen "Väntetider i vården"<sup>3</sup> tom maj månad 2017. I databasen redovisade Kiruna sjukhus högst överbeläggning av länets sjukhus och statistiken redovisades inte för mer detaljerad nivå än per sjukhus.

När vi i augusti tog kontakt med ansvarig verksamhetschef på vårdavdelningen på Kiruna sjukhus framhöll denne att de inte hade någon överbeläggning. Därför togs kontakt med central funktion i regionen och besked gavs att den nationella statistiken (den som regionen rapporterar in en gång per månad) samt den för regionen interna uppföljningsstatistiken gällande beläggning i vissa avseenden skiljer sig åt. Som förklaring till den

<sup>1</sup> Definition av **Överbeläggning** enligt Socialstyrelsens termbank: "Händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats".

<sup>2</sup> Definition av **Utlokaliserad patient** enligt Socialstyrelsens termbank: "Inskreven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten".

<sup>3</sup> Webbsidan "Väntetider i vården" redovisar sammanställd statistik gällande tillgängligheten till svensk sjukvård. Urval kan göras t.o.m. sjukhusnivå avseende överbeläggning och utlokalisering. Länk till webbsidan: <http://www.vantetider.se/>

höga överbeläggingsstatistiken angavs att sk. tekniska vårdplatser<sup>4</sup> (IVA-platser) vid Kiruna sjukhus ingår i den nationella databasen.

Mot bakgrund av regionens egen sammanställda statistik valdes Kalix sjukhus, som till och med augusti månad visade högst överbeläggingsstatistik. Sjukhusets avdelning 2 visade högst överbeläggning. Noteras bör att vi valde att trots förändrat urval ha en kortare telefonavstämning med ansvarig verksamhetschef vid Kiruna sjukhus. Detta motiverades framförallt av de skillnader vi konstaterade fanns mellan den regioninterna statistiken och den nationella databasen.

Gällande urval av avdelning med många utlokaliserade patienter begärde och erhöll vi regionintern statistik som redovisade att högsta andelen utlokaliserade patienter fanns vid Sunderby sjukhus. Där redovisade avdelning 61 högst värde. Vid intervju med företrädare för avdelning 61 framhölls dock att verksamheten inte upplevde att den statistik vi hänvisade till var rättvisande. Utifrån vår beslutade metod kunde intervjun dock genomföras utifrån att avdelning 61 hade erfarenhet av att ta emot utlokaliserade patienter från andra sjukvårdsverksamheter, vilket innebär att verksamhetsföreträdarna kunde redogöra för hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs vid sådana mottaganden.

Efter att verksamhetsintervjuer genomförts med samtliga (förutom avdelning 61 vars intervju kom att genomföras något senare än först planerat) har granskningsiakttagelser sammanställts till ett första utkast av granskningsrapport. Detta utkast skickades till två regionråd som vi fått information vara mer involverade i arbete kring området patientsäkerhet. Utkastet innehöll ett antal frågeställningar utifrån regionstyrelsens funktion och uppdrag som *ansvarig vårdgivare*. Även biträdande regiondirektör erhöll detta första utkast vilket sedan utgjorde grund för ett intervjutillfälle med biträdande regiondirektör. Vid denna intervju deltog även kontaktrevisorn.

Efter att samtliga intervjuer och avstämningar genomförts har utkastet än en gång justerats. Därefter har vi skickat det till samtliga intervjuade för en möjlighet att faktakontrollera vårt utkast. Det utkastet erhöll även regionens patientsäkerhetssamordnare innan vi genomförde en avstämning och avslutande intervju med denne. Detta motiverat av att funktionen är en central nyckelfunktion i regionen i patientsäkerhetsarbetet.

Vår granskning har även, innan den fastställs, genomgått kvalitetssäkring av Karin Magnusson, revisionskonsult inom PwC.

Vårt metodval och vår ambition har härigenom varit att löpande i granskningen genomföra dialog och avstämningar med ansvariga funktioner på olika nivåer för att säkerställa en ändamålsenlig gransknings- och genomförandeprocess.

---

<sup>4</sup> Definition av **Disponibel vårdplats** enligt Socialstyrelsens termbank: "Disponibel vårdplats på vårdenhet med särskilda resurser".



## 2. Iakttagelser och bedömningar

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada. Vårdskada definieras enligt Socialstyrelsen som: "Skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvård".

I denna granskningsrapport används begreppet vårdgivare enligt samma definition som gällande lagar och föreskrifter för patientsäkerhetsområdet. Det innebär således att vårdgivare i denna granskningsrapport syftar på *regionstyrelsen i Region Norrbotten*.

### 2.1. Riskanalys

#### Revisionella utgångspunkter

Patientsäkerhetslag (2010:659 1 kap § 3 och kap 3) anger att vårdgivare har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Denna vårdgivare är därmed den som ytterst ansvarar för den bedriva hälso- och sjukvården inom verksamheterna. Även personal inom hälso- och sjukvården har ett ansvar enligt patientsäkerhetslagen (PSL 1 kap § 4). I granskningen lyfts hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar vidare i avsnitt 2.3 gällande avvikelserapportering.

Föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 5 kap § 1) gällande systematiskt förbättringsarbete anger i avsnittet riskanalys att vårdgivare fortlöpande ska bedöma om det finns risker för att händelser kan ske som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Det innebär att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle bli följden av händelsen.

SKL<sup>5</sup> beskriver att en **riskanalys** kan genomföras för att identifiera risker i en verksamhet som kan medföra försämrad kvalitet eller patientsäkerhet. Det kan vara risker såväl i den befintliga verksamheten eller risker som uppstår vid förändringar inom verksamheten. En riskanalys utgör härmed en del i det *förebyggande* arbetet.

En **händelseanalys** genomförs däremot *inom en verksamhet* när en händelse inträffat som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

#### 2.1.1. Iakttagelser

I regionen finns en gällande *Strategi för patientsäkerhetsarbete 2015- 2017* (antagen 150304 av Landstingsstyrelsen<sup>6</sup>). I dokumentet anges att ansvarig för att uppföljning, rapportering och egenkontroll sker i befintlig ledningsstruktur är den som är ansvarig för en verksamhet/division. Vidare anges att uppföljningen ska fokusera på att identifiera brister eller risker i organisationen/verksamheten. I dokumentet anges även att uppföljningen ska utgöra ett underlag för förbättringsarbete. I vår granskning finner vi att viss översyn pågår av regioninterna strategier och styrdokument. I väntan på att denna

<sup>5</sup> *Riskanalys och händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten*. Handbok. Sveriges kommuner och Landsting, 2015.

<sup>6</sup> Landstingsstyrelsen motsvarar nuvarande Regionstyrelse. Landstinget i Norrbotten blev Region Norrbotten 170101.

översyn är klar kommer ingen revidering att genomföras av strategin för patientsäkerhet. I strategin anges bl.a. att patientsäkerhetsarbetet skall bedrivas genom att "förebygga, tidigt upptäcka risker och mildra konsekvenserna av inträffade vårdskador. Genom systematiskt proaktivt patientsäkerhetsarbete kan vårdskador undvikas och vårddygn frigöras."

*Riktlinje för riskanalys NLL* (godkänd 201609 av patientsäkerhetssamordnare) anger när en riskanalys ska genomföras, hur den ska ske och att uppdragsgivare/verksamhetschef ansvarar för att prioritera och besluta vilka åtgärder som ska prövas/genomföras. Densamme ansvarar för återkoppling, uppföljning och spridning av resultat.

Vid våra intervjuer med verksamhetsföreträdare framkommer att en majoritet av dessa saknar kännedom kring ovan redovisade två styrdokument. Av de som har kännedom kring styrdokumentet framkommer att detta härrör till att det identifierats särskilda organisatoriska risker såsom dåligt bemanningsläge inför sommaren eller en planerad organisatorisk förändring i dessa verksamheter. Identifierade risker utifrån organisatoriska förändringar har då föranlett att verksamheterna i vissa fall genomfört en risk- och konsekvensanalys.

Av kompletterande kontakt har vi fått ta del av en riskanalys som är daterad till 160729 inför en sammanslagning av hälsocentraler i länet. I denna redogörs för "Riskbedömning ur ett medicinskt perspektiv". Vi noterar att begreppet medicinsk säkerhet genomgående används och att begreppet patientsäkerhet används *i mycket liten utsträckning*.

Vår granskning kan inte styrka att det systematiska kvalitetsförbättringsarbetet inom patientsäkerhetsarbetet, på lokal nivå, utgår från dokumenterade riskanalyser. Det vår granskning istället visar är att uppkomna avvikelser/synergiärenden är sådant som främst medför att diskussioner ur ett patientsäkerhetsperspektiv, samt ett eventuellt utvecklingsarbete, initieras vid enheten.

Poängteras bör att vi uppfattar att *många* av de enheter vi besökt *inte* har ett utvecklat systematiserat och strukturerat processarbete för att ständigt och fortlöpande arbeta med kvalitetsförbättring utav verksamheten sett ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Samtidigt möter vi, i vår granskning, *enstaka* verksamheter där arbetet med att utveckla en systematik och proaktivitet<sup>7</sup> inom området har integrerats i verksamhetens årsplaneringsarbete, vilket i dessa fall ligger i linje med patientsäkerhetsstrategin intention om att förebygga, tidigt upptäcka risker och mildra konsekvenser av inträffade vårdskador.

Av intervjuer framkommer att majoriteten av patientsäkerhetsarbetet inom regionen är reaktivt<sup>8</sup>. Det vill säga att patientsäkerhetsrisker identifieras utifrån något som inträffat i verksamheten. Vid intervju med chefläkare beskriver även denna sin roll som reaktiv utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv<sup>9</sup>. Bilden att regionens patientsäkerhetsarbete i huvudsak är reaktivt bekräftas även vid intervju med regionledningsrepresentant. Denne

<sup>7</sup> Proaktiv: inriktning på förutsebara framtida situationer och ofta på att förhindra att dessa inträffar (Nationalencyklopedin)

<sup>8</sup> Reaktivt: något som uppträder som reaktion på en händelse (Nationalencyklopedin)

<sup>9</sup> Chefläkarens roll och begränsade möjlighet till deltagande i rondering och analysarbete gällande patientsäkerhet beskrivs närmre under avsnitt 2.4.1. nedan.

framhåller även att visionen är att regionens patientsäkerhetsarbete framgent skall bedrivas proaktivt.

Vid samtliga genomförda intervjuer framhåller dock verksamhetsföreträdarna att patientsäkerheten är viktigt. Vid flertalet av våra intervjuer framhålls även att en dokumenterad riskanalys inom området skulle utgöra ett välkommet stöd för verksamheterna. Vi uppfattar av beskrivningar att majoriteten av verksamhetsföreträdarnas förbättringsarbeten ses som mer "allmänna" och inte preciserat utifrån de utmaningar som just deras verksamhet står inför vad gäller patientsäkerheten, många gånger med hänvisning att en riskanalys saknas i botten för att kunna precisera verksamheter utmaningar.

I sammanhang lyfter även intervjuade att patientsäkerhetskultur och den "mogenhet" som det finns inom verksamheten att lyfta risker tar tid att utveckla. Våra intervjuer visar att olika verksamheter har kommit olika långt i mognadsprocessen. För några är det en självklarhet att lyfta identifiera risker medan andra anger att en känsla av att "skuldbelägga" enskilda individer är ett hinder för att lyfta riskerna. Detta medför att istället för se avvikelser ur ett organisatoriskt perspektiv så ses avvikelserna och de risker som de symboliserar som ett tillkortakommande i enskilda individers arbete.

I detta sammanhang vill vi särskilt betona de verksamheter vi besökt utifrån urval av hög grad av överbeläggningar samt urval av hög andel utlokaliserade patienter. Dessa verksamheter har trots de risker som tillkommer verksamheter med överbeläggningar eller där patienterna utlokaliserat inte uppfattat en tydlig styrning att genomföra särskilda riskanalyser, eller vidare rapportera risker i verksamheten till högre ledningsnivå.

Vid våra intervjuer med verksamheterna, som valts ut utifrån överbeläggningar och utlokalisering av patienter, framförs att verksamheterna identifierat en rad riskområden med koppling mot patientsäkerheten. I de fall som patienter utlokaliseras till andra divisioner inom regionen kan verksamheterna per automatik *inte* ta del av patientens journalanteckningar. Det innebär att om en avdelning inom division närsjukvård tar emot en patient som är utlokaliserad från division länssjukvård så kan inte division närsjukvård per automatik ta del av patientens journal och dess sjukdomsbild. För att journalen skall göras tillgänglig mellan divisionerna i detta fall krävs att den så kallade VAS-akuten<sup>10</sup> inom regionen öppnar upp för gemensam läsning. Våra intervjuer visar att patienter som utlokaliseras under sena kvällar/nätter eller andra obekväma tider ibland kan ligga utlokaliserad i ny verksamhet under lång tid innan behörigheter för läsning av journal i journalsystemet VAS öppnas upp. Våra intervjuer visar att vårdverksamheterna upplever detta som en direkt akut och allvarlig administrativ begräsning som kan påverka patientsäkerheten.

Härutöver framförs även att utlokaliserade patienter ofta har sjukdomsbilder som den verksamhet patienten blivit utlokaliserad till inte har fullständig kunskap kring. I dessa fall krävs att snabb tillgång finns till rutindokument kopplade mot patients sjukdomsbild. Dessa dokument skall eftersökas i verksamhetens informationssystem, VIS. Våra intervjuer visar dock att systemet upplevs som svåränvänt, vilket gör att rutindokument

<sup>10</sup> VAS-akuten är en supporttjänst inom regionen som bistår verksamheterna med akuta frågor kopplade till journalsystemet VAS.

som regel inte går att nå. Detta innebär att patienter kan ligga utlokaliserade hos vårdverksamheter som inte kan nå patientens journal och ej heller nå rutindokument som beskriver hur vårdverksamheten skall agera utifrån patientens sjukdomsbild.

Vid överbeläggningar beskrivs vid våra intervjuer att vårdpersonal har svårt att hinna med patientomhändertagande och tvingas göra ständiga prioriteringar i en redan pressad sjukvårdsmiljö. I dessa sammanhang lyfter såväl verksamhetsföreträdare som patientsäkerhetssamordnare inom regionen att om de risker som identifieras skulle dokumenteras och analyseras, så torde detta även stärka regionens värn mot att avvikelser inträffar. Vid intervjuerna framhålls än en gång att regionens patientsäkerhetsarbete upplevs som reaktivt, där åtgärder ofta vidtas först efter att en händelse inträffat, istället för att på förhand analysera risker och vidta åtgärder som bidrar till att minska riskerna för att avvikelserna inträffar.

Inom ramen för vår granskning kan vi inte (utöver vissa skrivningar i regionens patientsäkerhetsberättelse) finna att en regionövergripande riskanalys sker. Det innebär att vi inte kan spåra en övergripande riskanalys som härmed kan sägas utgöra grund för det fortsatta kvalitetsförbättringsarbetet för regionens samlade patientsäkerhetsarbete och vad som ska prioriteras i regionstyrelsens styrning över regionens verksamheter.

Vi har i vår granskning inte kunnat finna stöd för att regionstyrelsen begärt någon regelbunden rapportering om riskanalyser upprättade i verksamheterna kopplade mot patientsäkerhetsområdet. Däremot finner vi i vår granskning att regionstyrelsen fått riskanalyser rapporterade till sig vid utredningar om eventuella organisatoriska förändringar. Dessa riskanalyser är dock att betrakta som behovsstyrda, det vill säga att de inte upprättas löpande i verksamheten utan endast vid utredning om förändringar i verksamheterna.

### 2.1.2. Bedömning

- Vi bedömer att kvalitetsförbättringsarbetet gällande patientsäkerhet **inte** grundar sig på en dokumenterad riskanalys, varken inom granskade verksamheter eller på regionövergripande nivå.
- Vi kan, utöver regionens patientsäkerhetsberättelse, **inte** finna en regionövergripande systematisk riskanalys. I detta sammanhang går därför ej heller några åtgärder baserade på en dokumenterad riskanalys att spåra.

Vår bedömning baseras på att regionstyrelsen inte efterfrågat, erhållit eller styrt verksamheten utifrån föreskriftens intentioner om systematiska riskanalyser på en regionövergripande nivå.

I vår granskning finner vi dock att det finns exempel på att regionstyrelsen erhållit riskanalyser där patientsäkerhetsperspektiv framkommer ur ett mer verksamhetsnära perspektiv. Vi bedömer dock att detta inte sker på en regelbunden basis utan endast inom ramen för särskilda händelser såsom organisationsförändringar av större slag. Vi bedömer vidare att detta endast skett mot bakgrund av att ärenden som varit för under remiss inför kommande beslut.

Vår bedömning är att det finns utrymme för att förbättra regionstyrelsens förutsättningar att kunna ta sitt ansvar som *ansvarig vårdgivare* med det ansvar som följer för regionens

patientsäkerhetsarbete. En del i detta torde vara att regionstyrelsen efterfråga ytterligare riskunderlag. Sådant underlag kan exempelvis vara i form av riskanalyser och annat underlag som redovisar analyserade patientsäkerhetsrisker med bäring på organisatoriska utmaningar såsom exempelvis bristande tillgång till kompetens/personal. Vår bedömning är att ett sådant underlag även skulle stärka regionstyrelsens interna kontroll inom patientsäkerhetsområdet.

## 2.2. Styrning av arbetet inom patientsäkerhetsområdet

### Revisionella utgångspunkter

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) anger att ansvarig vårdgivare ska tillämpa föreskriftskraven även i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Kortfattat kan ett ledningssystem beskrivas med att det ska omfatta verksamhetens alla delar, och att verksamheten ska ledas med stöd av detta ledningssystem vad gäller att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Gällande patientsäkerhetsområdet så har även hälso- och sjukvårdspersonal en lagskyldighet (PSL 6 kap § 4) att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Det innebär att personalen är skyldig att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört, eller hade kunnat medföra, en vårdskada. I nästa avsnitt, 2.3 redogör vi vidare för avvikelshanteringen i regionen.

I lag anges att ansvarig vårdgivare årligen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse och vad denna ska innehålla. Vidare anges att berättelsen ska vara så pass detaljerad att den sammanfattar verksamhetens arbete inom området så att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter ska tillgodoses.

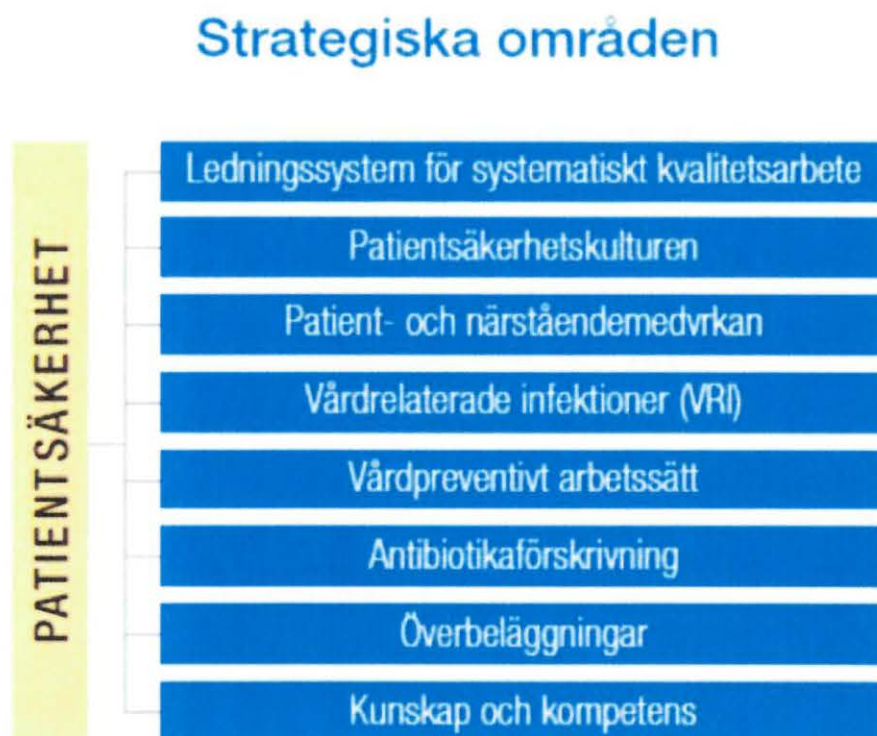
### 2.2.1. Iakttagelser

Regionfullmäktige i Region Norrbotten har i sin *Strategisk plan 2017-2019* inom perspektivet verksamhet antagit följande målsättning; ”En effektiv verksamhet med god kvalitet”. I text anges att säker verksamhet innebär att skador, och risk för skador, ska identifieras för att möjliggöra ett lärande. I text anges vidare att uppföljning och återkoppling av resultat, på alla ledningsnivåer, är en viktig del i regionens systematiska säkerhetsarbete. Angiven framgångsfaktor för att nå målsättningen anges vara att det inom regionen finns en hög säkerhetskultur som genomsyrar verksamheten.

Regionstyrelsen har brutit ner fullmäktiges strategiska mål till delmålet ”En kunskapsstyrd och säker verksamhet”. För detta mål anger regionstyrelsen att en framgångsfaktor är ”En hög säkerhetskultur genomsyrar verksamheten” och att ”Vårdskadorna halveras”. Angivna styrmått inom området är ”Markörbaserad journalgranskning av vårdskador” och ”Andel läkemedelsberättelser till patienter, 75 år eller äldre med fem eller fler läkemedel, utskrivna från slutenvård, %”. Vidare finns angivna ingångsvärden per styrmått och mål för år 2017 och 2019.

Vi finner i vår granskning att styrning även sker i beställningarna<sup>11</sup> som tydliggör verksamhetens krav att beakta lagstiftning och regionens mål utöver det krav som beställningen anger. Inom beställningen för Vårdval Primärvård, som omfattar granskningens urval av såväl regiondrivna som privata hälsocentraler, anges att "Leverantören ska vara väl förtrogen med och följa de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som omfattar dess verksamhet. Samma krav ställs ifråga om regionens mål och riktlinjer. Det åligger leverantör att vara väl förtrogen med regionens styrdokument och säkerställa att de tillämpas i praktiken". Vår granskning kan inte styrka att beställningens krav om att regionens mål och riktlinjer skall följas i verksamheten fått genomslag inom samtliga verksamheter vi granskat. Inte heller kan våra granskning, genom de dokument vi inhämtat från verksamheterna, styrka att samtliga leverantörer inom primärvården är väl förtrogna med regionens styrdokument, eller att dessa tillämpas i praktiken i verksamheterna.

Som beskrivs ovan i tidigare avsnitt finns det inom regionen en gällande strategi för patientsäkerhetsarbetet. I detta dokument återfinns nedanstående bild, figur 1, som åskådliggör strategiska områden. Bildens områden beskrivs även närmre i dokumentets text.

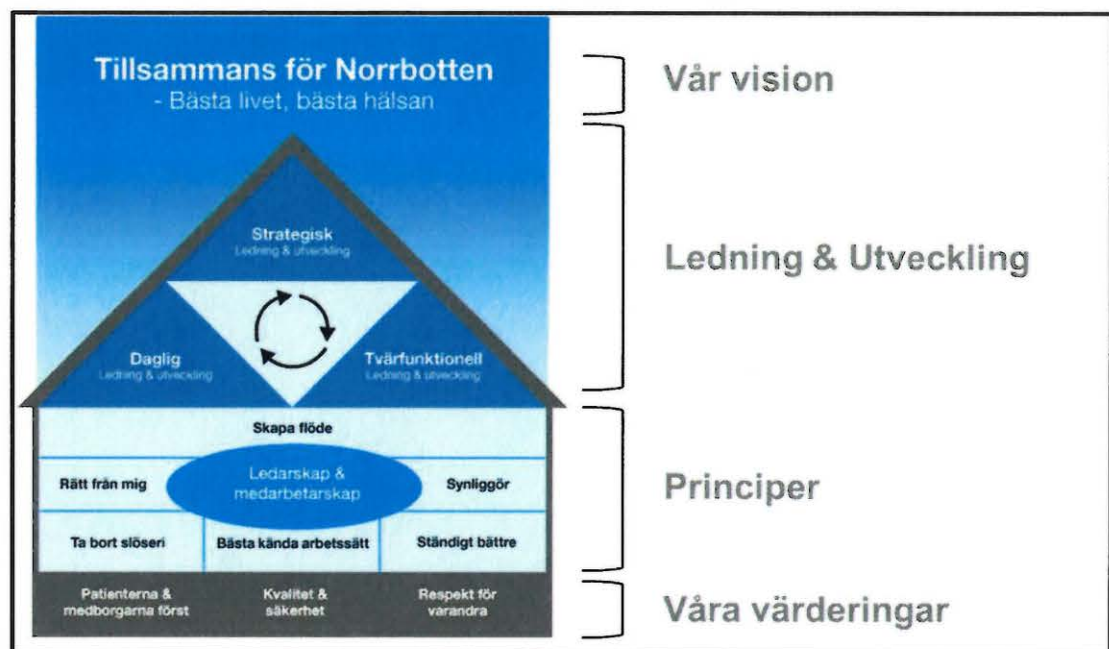


**Figur 1** – Strategiska områden inom patientsäkerhet inom Region Norrbotten

<sup>11</sup> Den 1 januari 2010 infördes valfrihetssystem inom dåvarande Landstinget Norrbotten, Vårdval Norrbotten i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV; 2008:962). Varje leverantör som uppfyller regionens krav skall godkännas och erbjudas att teckna kontrakt med regionen för drift av en eller flera hälsocentraler. Den verksamhet som leverantören skall bedriva och tillhandahålla regleras i den beställning som regionstyrelsen fastställt.

I vår granskning av regionstyrelsens protokoll finner vi att regionstyrelsen fattat beslut gällande regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Beslutet som regionstyrelsen fattat kommer av tidigare granskningar som regionens revisorer genomfört. I protokollet framgår att regionstyrelsen ger regiondirektören i uppdrag att säkerställa att nödvändiga styrdokument för vårdprevention och avvikelshantering uppdateras, och att patientsäkerhetsberättelsen ska ingå som en del i styrelsens uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet (170503 § 104).

Enligt ovan i beskrivna strategi anges att arbetet med patientsäkerhet ska ingå som en integrerad del i det dagliga arbetet och följas upp på alla ledningsnivåer inom regionen. Vidare anges i strategin att regionstyrelsen erhåller rapportering avseende patientsäkerhetsområdet i form av den årliga patientsäkerhetsberättelsen, samt genom divisionernas systematiska återrapportering till styrelsen. Som ovan angivits finner vi att majoriteten av intervjuade verksamheter inte har kännedom om övergripande styrdokument för granskningsområdet. Samtidigt finner vi i vår granskning exempel på verksamheter som utarbetat lokala rutiner för området. De rutiner som finns upprättade lokalt i verksamheterna gäller då främst avvikelser och avvikelsernas koppling till det systematiskt kvalitetsarbete gällande patientsäkerhet inom verksamheterna.



**Figur 2** – Region Norrbottens verksamhetsmodell

I vår granskning framkommer att Region Norrbotten befinner sig i ett utvecklingsarbete och kommer att implementera en verksamhetsmodell som syftar till att utveckla verksamheterna inom regionen. Modellen framgår av figur 2 ovan. Vid intervju med representant för regionledningen anges att styrning för patientsäkerhetsarbetet är integrerat i verksamhetsmodellen. Detta inom ramen för den styrning som modellen skall säkerställa att verksamheten har gällande värderingar som utgår från kvalitet och säkerhet.

Inom regionen finns ett patientsäkerhetsråd. Rådets uppdrag är att utgöra stöd i patientsäkerhetsfrågor inom regionens hälso- och sjukvård och folktandvård inklusive stödprocesserna inom länsteknik och service. Arbetet i rådet syftar till att utveckla en hög patientsäkerhetskultur. Detta skall stödja verksamheternas patientsäkerhets- och förbättringsarbete. Patientsäkerhetsrådet arbetar på uppdrag av regiondirektören. Patientsäkerhetsrådets uppdragsbeskrivning framgår av dokumentet *patientsäkerhetsrådets uppdrag*, godkänt 2016-08-30 av regiondirektören.

Patientsäkerhetsrådet inom regionen har utarbetat följande dokument: *Checklista – självgranskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Dokumentet är godkänt av biträdande regiondirektör och är giltigt från 120210. Utifrån de intervjuer vi genomfört i vår granskning finner vi att detta dokument inte är känt inom de granskade verksamheterna.

Inom regionen finns, på webbsidan insidan, dokument samlade i en patientsäkerhetsportal. Vi noterar att så gott som ingen av våra intervjuade hänvisar till denna webbsida. Dessutom lämnar flera intervjuade, i samband med frågeställning om styrdokument, kommentarer om de omfattande svårigheter de upplever att nå dokument via VIS<sup>12</sup>.

#### 2.2.1.1. Åtterrapporing till styrelsen

I vår granskning finner vi att dokumenten "Regiondirektörens rapport" och "Ledningsrapport" utgör bilaga till regionstyrelsens sammanträden.

Vi har särskilt granskat ledningsrapporten för december 2016 (bilaga vid sammanträdet 170301) och mars 2017 (bilaga vid sammanträdet 170503). I dessa finns statistik gällande beläggning vid länets sjukhus och avdelningar. Vi noterar att den statistik som redovisas blivit mer omfattande mellan ledningsrapporterna 170301 och 170503. Vid regionstyrelsens sammanträde i mars anges andelen disponibla vårdplatser i förhållande till fastställda vårdplatser samt beläggning. Samtidigt konstaterar vi att begreppet överbeläggning inte anges i figurer som redovisar statistik i den åtterrapporing som regionstyrelsen erhåller.

Vid regionstyrelsens sammanträde 170503 §94 under ärendet regiondirektörens rapport ser vi att en diskussion skett i styrelsen utifrån att endast 75 % av beslutade (per definition fastställda) vårdplatser har varit disponibla. Protokollet redovisar inte närmre hur styrelsens diskussion eller argumentation sett ut med hänsyn till vårdplatsläget.

Regionens *Patientsäkerhetsberättelsen år 2016* (PSB) anger att målen generellt sett inte nås inom patientsäkerhetsområdet, men att utvecklingen visar att andelen vårdskador succesivt minskar. Inom ramen för vår granskning kan vi inte styrka att styrelsen fattat beslut gällande regionens patientsäkerhetsberättelse. Däremot finner vi i regionstyrelsens protokoll 170503 §104 beslut om att regionens patientsäkerhetsberättelse framöver ska ingå som en del i regionstyrelsens uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Av PSB framgår att uppföljning genom egenkontroller fokuserar på följande områden: "ledningssystemet (handläggningstider för avvikelser, Lex Maria-ärenden, enskilda

<sup>12</sup> vårdadministrativt system där gällande styrdokument inom regionen finns katalogiserade



klagomål, vårdskador vad gäller kvalitet, utredning), patientsäkerhetskultur, följsamhet till basala hygienrutiner, vårdrelaterade infektioner, vårdskador, trycksår. Intervall för uppföljning av respektive område skiljer sig från daglig uppföljning till vart 3:e år.

Vidare anges i PBS att riskbedömningar och riskanalyser genomförs i det dagliga arbetet i verksamheterna.

I vår granskning finner vi att det systematiskt anordnas en regionövergripande patientsäkerhetsutbildning. Våra intervjuer visar att utbildningen tillsammans med regionens patientsäkerhetssamordnare upplevs utgöra ett positivt stöd och väcka engagemang inom patientsäkerhetsområdet, samt utgöra ett stöd för verkställighet av styrningen att beakta och tillämpa gällande rutindokument inom patientsäkerhetsområdet.

Dessutom har flera verksamheter utsett *lokala* patientsäkerhetssamordnare med särskilt ansvar att systematiskt driva och utveckla patientsäkerhetsfrågor inom verksamheten. Vid våra intervjuer framkommer att de verksamheter som idag har lokala patientsäkerhetssamordnare upplever att patientsäkerhetsfrågorna kommit att aktualiseras i högre utsträckning och att kulturen inom området successivt har stärkts inom verksamheterna.

I vår granskning finner vi att regionstyrelsen styr området genom de mål som fastställs i regionens styrkort och som därigenom integreras och blir en del i regionens ledningssystem.

### 2.2.2. *Bedömning*

Vår bedömning är att det **till övervägande del** finns en tillräcklig styrning för att säkerställa att gällande interna styrdokument för patientsäkerhetsområdet är kända och tillämpas inom verksamheterna.

Vår bedömning baseras på att regionstyrelsen brutit ned regionfullmäktiges mål med bäring inom området till egna mål för verksamheterna. Vår bedömning baseras vidare på att regionstyrelsen gett regiondirektören i uppdrag att säkerställa att nödvändiga styrdokument för vårdprevention och avvikelsehantering uppdateras.

Vår bedömning är att styrning finns att leverantörerna inom Vårdval Primärvård skall beakta regionens mål, rutiner och riktlinjer. I detta sammanhang bedömer vi dock att det finns brister i kontrollen över verksamheterna då vi i vår granskning funnit att kännedom över regionens mål samt tillämpning av regionens styrande dokument brister inom verksamheter inom vårdvalet, trots beställningens krav.

Vi bedömer vidare att regionstyrelsens styrning inom patientsäkerhetsområdet skulle stärkas om regionstyrelsen formellt skulle anta regionens patientsäkerhetsberättelse. I sammanhanget noterar vi dock att regionstyrelsen beslutat om att patientsäkerhetsberättelsen framgent skall ingå som en del i styrelsens uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Ur ett styrningsperspektiv för att stärka patientsäkerhetsarbetet inom regionen noterar vi den positiva beskrivning som vi mött vid våra intervjuer gällande regionens patientsäker-

hetssamordnare. Denne uppges bidra med stöd och engagemang inom patientsäkerhetsfrågor.

### 2.3. Avvikelse rapportering

#### Revisionella utgångspunkter

Som vi tidigare beskrivit i vår rapport finns lagkrav om att såväl vårdgivaren har ett ansvar att bedriva och säkerställa att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete sker i regionens verksamheter. Men även hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamheterna har en skyldighet enligt lagens 6 kap §4 att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. Det innebär att personalen ska rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

I föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 5 kap §2) anges att vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Detta i den frekvens och omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

#### 2.3.1. Iakttagelser

Region Norrbotten tillämpar IT-stödet "Synergi" för rapportering av avvikelser inom verksamheterna. Dokumentet *Avvikelsehantering Processen. Generella riktlinjer för avvikelsehanteringsprocessen* beskriver processen, ansvarsfördelning mellan verksamhetens funktioner. I dokumentet anges även vilken uppföljning och utvärdering som ska ske på de olika nivåerna (regionnivå, divisionsnivå, verksamhetsnivå, enhetsnivå). Vi noterar dock att ansvarig politisk nivå inte omnämns i dokumentet.

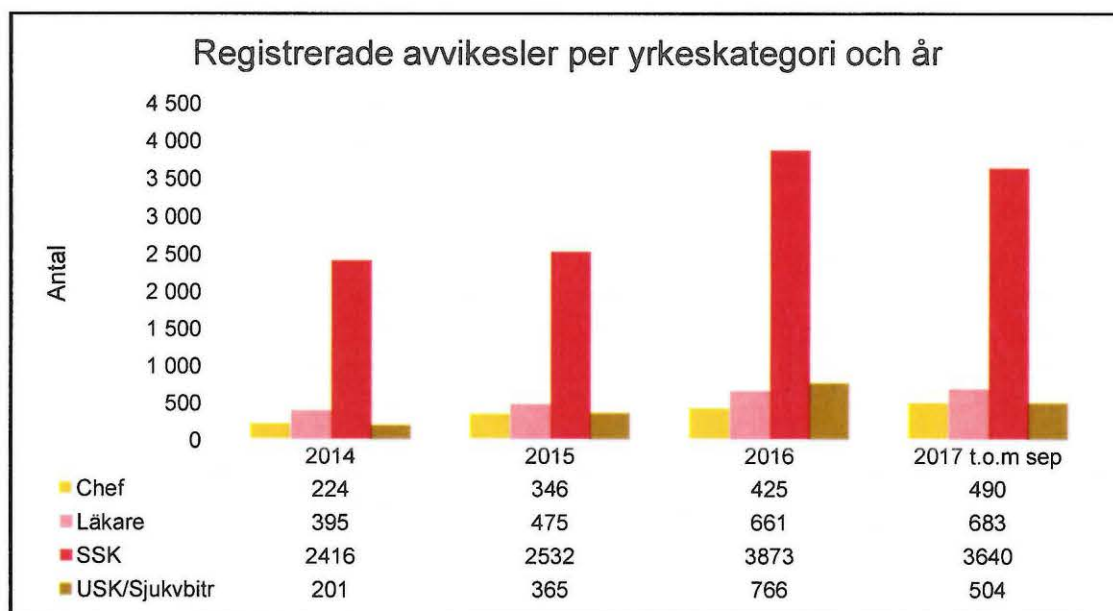
Det beskrivs att det sker en underrapportering av avvikelser, trots lagens krav på all hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamheterna skall rapportera händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. I huvudsak framförs att underrapporteringen främst beror på tidsbrist i verksamheterna, bristande kunskaper kring vad en avvikelse är, viss bristande kultur inom verksamheten att genomföra avvikelserapportering samt ett IT-stöd som beskrivs vara svåränvänt.

I tabell 1 nedan framgår att antalet avvikelser ökat de senaste åren, samtidigt som antalet avslutade avvikelser sjunkit under 2017. I sammanhanget skall dock nämnas att innevarande år kan innehålla pågående men ej färdigbehandlade avvikelser, vilket kan påverka andelsprocenten i antal uppläringar. Samtidigt skall nämnas att tabell 1 endast redovisar faktiskt antal registrerade avvikelser. Vid våra intervjuer framkommer att det bedöms finnas ett mörkertal av avvikelsehändelser som aldrig registreras och som därigenom inte heller går att följa i statistiken.

Statistiken i tabell 1 är regiongemensam. Vid intervju med samordnare för patientsäkerhet inom regionen framhålls att division närsjukvård stärkt sitt arbete med att avsluta avvikelser. Divisionen har ökat antalet avslutade avvikelser till en nivå på över 70 %. Att det finns lokala patientsäkerhetssamordnare lyfts i detta sammanhang som en framgångsfaktor för den positiva utvecklingen inom divisionen.

År	Totalt antal avvikelser	Totalt antal avslutade avvikelser	Andel
2014	6084	3005	49 %
2015	6361	3360	53 %
2016	8913	5044	57 %
2017	8470	3625	43 %

**Tabell 1** – Antal avvikelser, avslutade, Region Norrbotten,  
Källa: Regionintern statistik



**Figur 3** – Registrerade avvikelser per yrkeskategori och år, Region Norrbotten  
Källa: Regionintern statistik

I figur 3 ovan framgår även antalet registrerade avvikelser per år och ett antal utvalda yrkeskategorier. Figuren visar utvecklingen över tid per redovisad yrkeskategori, och skall läsas med förståelse av den variation i antalet anställda som finns inom respektive redovisad yrkeskategori inom regionen. Skyldigheten att rapportera avvikelser åläggs inte endast de yrkeskategorier som redovisas i figur 3, utan all hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamheterna.

Vi har inte erhållit några uppgifter om att en utvärdering vad gäller avvikelshanteringssystemets användning och synpunkter från användarna genomförts inom regionen under de senaste åren.

Samtidigt framförs i vår granskning att antalet upprättade avvikelser *i sig* inte säger något om kvaliteten i regionens patientsäkerhetsarbete. Antalet upprättade avvikelser betraktas

istället som ett mått på mognad i patientsäkerhetskulturen. Skall analys genomföras över systematiken i att stärka patientsäkerhetsarbetet, samt graden av mognad i att använda avvikelser som en del i att stärka patientsäkerheten, så framförs vid våra intervjuer att regionens fokus istället skall läggas på att analysera de åtgärder som vidtas utifrån respektive avvikelse.

### 2.3.1.1. Avvikelse som del i patientsäkerhetsarbetet

Som beskrivs ovan i rapporten visar vår granskning att avvikelserapporteringar utgör grunden för en majoritet av de besökta verksamheternas patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet planeras och bedrivs härigenom reaktivt, på basis av att avvikelser uppkommit, snarare än proaktivt, genom riskanalyser och åtgärder som förebygger att avvikelserna ens inträffar. Vår granskning visar vidare att regionens PSB anger att patientsäkerhetsarbetet till stor del styrs genom att verksamheterna uppvisar en följsamhet till avvikelshanteringsprocessen.

Samtidigt finner vi att några av de verksamheter vi besökt utarbetat lokala rutindokument för avvikelshantering. Även i detta sammanhang finner vi att enheter arbetar på skilda sätt. Det finns de som är mer strukturerade och systematiserade vad gäller att utgå från avvikelser som ett "nav" i det kontinuerliga förbättringshjulet. Inom ramen för våra intervjuer så lyfts även från flera verksamheter beskrivningar om att arbetsmiljö och avvikelser inom arbetsmiljöområdet utgör grund för de rutindokument som upprättats samt det arbete som bedrivs för att tillskapa dokument. Bakgrunden till att avvikelser inom arbetsmiljöområdet i vissa verksamheter utgör grund för rutindokumentationer inom området härrör från att även avvikelser ur ett arbetsmiljöperspektiv ska rapporteras och dokumenteras i samma IT-stöd som patientsäkerhetsavvikelser. Vid våra intervjuer framkommer att det finns verksamheter som kommit till insikt om att verksamheten har ett utvecklingsområde vad gäller att se och identifiera patientsäkerhetsrisker och inte bara arbetsmiljörisker för medarbetarna i de rutindokument som upprättas. Samtidigt visar våra intervjuer att det finns en långsiktig vision om att medarbetarperspektiv (inkl. arbetsmiljö) skall integreras i det systematiska arbetet tillsammans med patientsäkerhetsarbetet.

Vi finner i vår rapport att regionstyrelsen erhåller återrapportering inom avvikelsoområdet i den årliga patientsäkerhetsberättelsen samt i divisionernas del- och årsrapportering till styrelsen.

Vi kan inte, utifrån vår granskning, styrka att regionstyrelsen vidtagit några åtgärder för att tydliggöra den *särskilda skyldighet* legitimerade personalens har att upprätta avvikelser, utifrån den variation som bl.a. påvisas i figur 3 ovan. Utöver detta kan vi heller inte styrka att regionstyrelsen efterfrågat någon återrapportering kring vilka åtgärder som vidtagits utifrån de avvikelser som upprättats och avslutats inom regionen.

### 2.3.2. Bedömning

- Vi bedömer att det inom regionen **finns** ändamålsenliga och skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar.
- Vår bedömning är avvikelserapportering **inte** sker i en tillräcklig utsträckning inom verksamheterna.
- Vår bedömning är att avvikelserapporteringen **till övervägande del** används som en del i det systematiska kvalitetsarbetet av patientsäkerhetsområdet.

Vår bedömning baseras på att det inom regionen finns fastställda och regionövergripande rutindokument för avvikelshantering och anmälningar.

Vår bedömning baseras vidare på att vid våra intervjuer beskrivs genomgående att det sker en underrapportering avseende avvikelserapportering utifrån faktiskt uppkomna avvikelser i verksamheterna. Detta bedömer vi innebär att avvikelser inte sker i en tillräcklig utsträckning. I detta sammanhang vill vi även lyfta svårigheterna som finns att mäta det mörkertal som beskrivs finnas gällande antalet upprättade avvikelser. De tabeller och figurer som infogats i rapporten, samt det underlag som framgår av patientsäkerhetsberättelsen, bör därför läsas utifrån den trend som underlaget visar.

Avslutningsvis bedömer vi att avvikelserapporteringarna till övervägande del används som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet. I sammanhanget skall detta ställas mot våra iakttagelser och bedömningar under avsnittet riskbedömningar, där vi konstaterade att det systematiska patientsäkerhetsarbetet i huvudsak är reaktivt inom regionen. Att det systematiska patientsäkerhetsarbetet baseras på analyser av uppkomna avvikelser är i sammanhanget positivt, men skall inte överskugga de kommentarer vi har runt tidigare kontrollfrågor gällande bristerna i styrningen för att säkerställa en proaktivitet i regionens systematiska patientsäkerhetsarbete.

## 2.4. Goda exempel

### 2.4.1. Iakttagelser

Vi finner i vår granskning av regionens patientsäkerhetsberättelse under avsnittet *Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet* tar upp arbetssätt, händelser och områden för att sprida information och goda exempel kring hur patientsäkerhetsarbetet kan bedrivas. Samtidigt noterar vi att det inte vid något intervjutillfälle hänvisats till patientsäkerhetsberättelsen som underlag för att sprida goda exempel.

I vår granskning finner vi att det, vilket framgår av våra avsnitt ovan, finns utsedda lokala patientsäkerhetsamordnare i flera av organisationens verksamheter. Dessa har organiserade nätverk som vid våra intervjuer framhålls som värdefulla forum för att förmedla goda exempel inom arbetet med patientsäkerhetsarbetet. Även konferenser och utbildningar riktade mot patientsäkerhet lyfts fram som värdefulla. I detta sammanhang noterar vi att det finns en viss osäkerhet inom regionen genom vilken systematik och tydlighet som privata aktörer inom vårdvalet bjuds in till patientsäkerhetskonferenser. I vår granskning framhålls även regionens centrala patientsäkerhetsamordnare som en viktig funktion för ett fortsatt kvalitets- och förbättringsarbete.

Inom regionen har patientsäkerhetsronder startat i flera verksamheter, där ledningsfunktion deltar i verksamheterna och rondar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Som stöd för genomförande har dokumentet *Patientsäkerhetsronder – ett verktyg för ökad patientsäkerhet upprättats*. Syftet med dessa framhålls vara att förbättra ledningens engagemang inom området, samt skapa en dialog mellan verksamheterna och ledningsfunktion i frågor med bäring på patientsäkerhet. Vid tid för denna granskning har omkring 7 – 8 patientsäkerhetsronder genomförts i verksamheterna med företrädare från regionledningen. Härutöver har även vissa ronder genomförts inom division närsjukvård på initiativ av divisionschefen. Flera intervjuade menar att patientsäkerhetsarbetet även påverkas av det engagemang som finns hos ledningsfunktioner på alla nivåer. Patientsäkerhetsronderna dokumenteras med en beskrivning över rondens innehåll, samt sammanställning över risker som identifierats.

Vid våra intervjuer framkommer att det bedöms finnas utrymme att förbättra kommunikationen mellan regionens patientsäkerhetsråd och högre ledning i regionen. Det anges i termer av att rådets medlemmar inte upplever att patientsäkerhetsarbetet har en ”naturlig plats” i organisationens verksamhetsstyrning/planering/förändring. Hänvisning sker även till den senaste patientsäkerhetskulturmätningen. Mätningen visade låga resultat avseende patientsäkerhetskulturen inom regionen. Samtidigt framförs vid våra intervjuer att insikten om att det finns en låg patientsäkerhetskultur är en mognad i sig, som lämnar utrymme för att utveckla arbetet inom området. Ett exempel som dock framförs över att patientsäkerhetsperspektivet inte fullt ut är integrerat är att det enligt uppgift inte är rutin i samband med att nya lokaler planeras ingår en representant från vårdhygienheten i planeringsarbetet.

I detta sammanhang lyfts även synpunkter att enheten vårdhygiens (som även finns representerade i patientsäkerhetsrådet) organisatoriska hemvist har betydelse för enhetens möjlighet att arbeta läns/divisionsövergripande och göras känd som en resurs för hela länets verksamheter. I dagsläget beskrivs vid våra intervjuer att enhetens organisatoriska hemvist inom division närsjukvård inte understödjer det länsövergripande uppdrag som enheten har. Detta menar intervjuade påverkar det genomslag och utveckling som finns vad gäller vårdhygienfrågor, och därmed patientsäkerhetsfrågor inom regionen.

#### 2.4.2. *Bedömning*

Vår bedömning är att det **till övervägande del** förmedlas goda exempel gällande verksamheter som arbetat systematiskt för att förbättra patientsäkerheten till övriga verksamheter

Vår bedömning baseras på att regionens patientsäkerhetsberättelse förmedlar goda exempel med koppling mot patientsäkerhetsarbetet. Vår bedömning är härigenom att regionstyrelsen som ansvarig vårdgivare ges möjlighet att ta del av goda exempel som en del inom ramen för styrelsens interna kontroll. Den återföring som sker i patientsäkerhetsberättelsen bedöms även stärka regionstyrelsens möjlighet till styrning inom patientsäkerhetsområdet.

Vi bedömer även att regionens verksamheter kan stärka de interna arbetsätten inom patientsäkerhetsområdet utifrån patientsäkerhetsberättelsens beskrivningar av exempel från verksamheterna.

Vidare baseras vår bedömning av regionens organisatoriska lösning med en central patientsäkerhetssamordnare med ett nätverk av lokala patientsäkerhetssamordnare säkerställer att det till övervägande del kan förmedlas goda exempel på verksamheter som arbetar systematiskt för att förbättra patientsäkerheten.

Vi bedömer även att den ordning som införts där ledningsfunktion inom regionen deltar i patientsäkerhetsronder i verksamheter är en lösning som möjliggör för verksamheterna att med patientsäkerhet i fokus kunna påvisa praktiska vinningar, utmaningar och risker inom patientsäkerhetsområdet till ledningsfunktioner.

Avslutningsvis bedömer vi dock att patientsäkerhetsrådet samt enheten vårdhygiens nuvarande del och roll i organisationen inte lämnar fullgoda förutsättningar för dessa instanser att få genomslag i regionstyrelsens styrning och kontroll av patientsäkerheten inom Region Norrbotten.

## 3. Sammanfattande bedömning

### 3.1. Bedömningar mot kontrollfrågor

Kontrollfrågor	Kommentar
Baseras kvalitetsförbättringsarbetet gällande patientsäkerhet (regionövergripande nivå och verksamhetsnivå) på en dokumenterad riskanalys?	<p style="text-align: center;"><b>Nej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionstyrelsen har inte efterfrågat, erhållit eller styrt verksamheten utifrån föreskriftens intentioner om systematiska riskanalyser på en regionövergripande nivå.</li> <li>De riskanalyser som vi kunnat finna har upprättats inom ramen för särskilda händelser såsom organisationsförändringar av större slag.</li> </ul>
Får regionstyrelsen kännedom om dokumenterade riskanalyser på olika nivåer, och har detta medfört åtgärder från styrelsens sida?	<p style="text-align: center;"><b>Nej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionstyrelsen har endast erhållit enstaka riskanalyser vid särskilda händelser så som organisationsförändringar, <i>dock ej systematiska riskanalyser på en regionövergripande nivå utifrån föreskriftens intentioner.</i></li> </ul>
Finns en tillräcklig styrning från regionstyrelsen för att säkerställa att gällande interna styrdokument för patientsäkerhetsområdet är kända och tillämpas inom verksamheterna?	<p style="text-align: center;"><b>Till övervägande del</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionstyrelsen har gett regiondirektören i uppdrag att säkerställa att nödvändiga styrdokument för vårdprevention uppdateras, och att patientsäkerhetsberättelsen ska ingå som en del i styrelsens uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.</li> </ul>
Finns ändamålsenliga skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar?	<p style="text-align: center;"><b>Ja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det finns fastställda regionövergripande rutiner inom området.</li> </ul>
Sker en avvikelserapportering i en tillräcklig utsträckning inom verksamheterna?	<p style="text-align: center;"><b>Nej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I vår granskning finner vi att en underrapportering sker. Detta innebär att avvikelser inte sker i tillräcklig utsträckning utifrån lagens krav på hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamheterna.</li> </ul>
Används avvikelserapporteringen som en del i det systematiska kvalitetsarbetet av patientsäkerhetsområdet?	<p style="text-align: center;"><b>Till övervägande del</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De avvikelser som väl upprättas används till övervägande del som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom området.</li> </ul>
Förmedlas goda exempel gällande verksamheter som arbetat systematiskt för att förbättra patientsäkerheten till övriga verksamheter?	<p style="text-align: center;"><b>Till övervägande del</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Genom patientsäkerhetsberättelser och patientsäkerhetssamordnar-nätverk finns en struktur där det även till övervägande del förmedlas goda exempel mellan verksamheterna.</li> </ul>



### 3.2. *Revisionell bedömning*

Utifrån granskningens iakttagelser och bedömningar av ovanstående kontrollfrågor bedömer vi att regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare:

- I begränsad utsträckning säkerställer att ett systematiskt och ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete sker inom verksamheterna
- I begränsad utsträckning har en tillräcklig intern kontroll för att kunna säkerställa ändamålsenlighet i regionens patientsäkerhetsarbete.

Vår bedömning baseras på att regionstyrelsen inte säkerställer att vare sig det regionövergripande eller verksamhetsnära kvalitetsförbättringsarbetet avseende patientsäkerhet baseras på systematiska och dokumenterade riskanalyser. Med anledning av denna avsaknad av systematiska riskanalyser har styrelsen ej heller kunnat fatta beslut inom området baserat på sådana riskanalyser.

Vi bedömer att det till övervägande del finns en styrning för att säkerställa att gällande interna styrdokument inom området patientsäkerhet är kända och tillämpas i verksamheterna, samtidigt som vi ser att det finns ändamålsenliga och skriftliga rutiner för avvikelshantering och anmälningar. Däremot ser vi inom ramen för vår granskning att det trots dessa rutiner finns en otillräcklig avvikelserapportering i verksamheterna. Vi vill i detta sammanhang särskilt lyfta de lagkrav hälso- och sjukvårdspersonal har för rapportering inom verksamheterna. De avvikelser som dock registreras används till övervägande del som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom patientsäkerhetsområdet inom regionen. Vi vill särskilt betona att kvalitetsförbättringsarbetet inom området bedöms vara reaktivt. Detta med hänvisning till att riskanalyser inte används för att proaktivt riskplanera och styra patientsäkerhetsområdet.

Vi bedömer även att det inom regionen till övervägande del förmedlas goda exempel mellan verksamheter utifrån det patientsäkerhetsarbete som genomförs.

Avslutningsvis vill vi även poängtera det problem som vi stött på i granskningen utifrån vårt metodval med urval av verksamheter med överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Den statistik vi erhållit från regionen har inte varit synkron med den nationella statistik som finns tillgänglig inom området. Se avsnitt 1.5 för utförligare beskrivning avseende detta.

### 3.3. *Rekommendationer*

Utifrån ovanstående iakttagelser och bedömningar lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att regionens kvalitetsförbättringsarbete gällande patientsäkerhet baseras på systematiskt dokumenterade riskanalyser
- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att gällande interna styrdokument för patientsäkerhetsområdet är kända och tillämpas inom verksamheterna

- Regionstyrelsen, som ansvarig vårdgivare, säkerställer att avvikelserapportering sker i tillräcklig utsträckning utifrån patientsäkerhetslagens krav. Dessutom att detta genomförs utifrån *de skyldigheter anställda har* enligt lagens krav.
- Regionstyrelsen säkerställer att patientsäkerhetsrådets uppdrag och förutsättningar är tillräckliga i förhållande till det stödjande uppdrag rådet har för regionens patientsäkerhetsarbete.

## ***Bilaga 1 – styrande dokument***

### **Regionövergripande**

*Riktlinje för riskanalys NLL. Godkänd 201609 av patientsäkerhetssamordnare.*

*Strategi för patientsäkerhetsarbete 2015- 2017. Antagen 150304 av Landstingsstyrelsen.*

*Checklista – självgranskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Godkänd av bitr. landstingsdirektör, giltigt från 120210.*

*Avvikelsehantering Processen. Generella riktlinjer för avvikelsehanteringsprocessen. Godkänt av bitr. landstingsdirektör, giltigt från 120815.*

*Patientsäkerhetsronder – ett verktyg för ökad patientsäkerhet*

*Patientsäkerhetsrådets uppdrag, godkänt 2016-08-30*

### **Dokument/protokoll och övrigt vi tagit del av:**

*Patientsäkerhetsberättelse för Norrbottens läns landsting. År 2016. Underskrift av regiondirektör, 170227.*

*Patientsäkerhetsrådets uppdrag. Godkänt av regiondirektör 160830.*

*Resultatrapport för patientsäkerhet 2017. Nu tar vi tempen på våra egenkontroller! Författare: Birgitta Boqvist och Eva Sjölund.*

*Regionstyrelsens protokoll år 2017 januari tom juni 2017*

*Regiondirektörens rapport, februari, mars, maj, juni*

*Ledningsrapport december 2016. Bilaga till RS sammanträde 170301)*

*Ledningsrapport mars 2017. Bilaga till RS sammanträde 170503.*

### **Lokalt gällande – ”verksamhetsnära”**

*Risk- och avvikelsehantering Erikslunds hälsocentral gällande rutin. Godkänd av verksamhetschef, giltig från 151026.*

*Risk, avvikelse- och klagomåls hantering, Rutin gällande KC Internmedicin och Geriatrik, Sunderby sjukhus. Godkänd 2015-11-01*