

**Granskning av
avvikelsehantering och
systematiskt
förbättringsarbete**

Region Västernorrland

Januari 2022



Innehåll

1.	Sammanfattning.....	2
2.	Inledning.....	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte och revisionsfrågor	3
2.3	Revisionskriterier	3
2.4	Genomförande och avgränsning	4
3.	Granskningsresultat.....	5
3.1	Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
3.2	Organisering av arbetet för hantering av avvikelser.....	6
3.3	Rutiner för avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete	7
3.4	Avvikelsehanteringen som del av kunskapsstyrningen	13
3.5	Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och kontroll av avvikelshantering	14
4.	Revisionell bedömning och rekommendationer	16
	Bilaga 1: Avvikelser som inträffat i verksamheterna	18
	Bilaga 2: Klagomål som inkommit till regionen	20

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av avvikelshandlingen i regionen. Syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden bedriver ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten.

Vårdgivaren, dvs hälso- och sjukvårdsnämnden, ska enligt lag och föreskrifter utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredning ska även ske av händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. De åtgärder som krävs ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Om det visar sig att processer och rutiner inte är ändamålsenliga ska de förbättras.

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att nämnden inte i tillräcklig omfattning säkerställt att det bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser:

- ▶ Medarbetarna är medvetna om sin skyldighet att rapportera avvikelser och vi har uppfattat att avvikelserrapportering ses som viktig och i tämligen hög grad uppmuntras i organisationen. Det finns vidare goda möjligheter till stöd och utbildning för avvikelshandläggare och chefer.
- ▶ Det finns i stort en tydlig organisering för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå. Tillämpningen av den beslutade organisationen varierar dock i verksamheterna då förutsättningarna för de ansvariga enhetscheferna och avvikelshandläggarna varierar stort. Ingen av de avvikelshandläggare som vi intervjuat utför samtliga uppgifter som beslutats av regiondirektören i Uppdragsbeskrivningen för avvikelshandläggare.
- ▶ Det finns rutiner för att hantera avvikelser på ett ändamålsenligt sätt men rutinerna för hantering av synpunkter och klagomål bör utvecklas då kännedomen om tillvägagångssätt samt rapportering av inkomna klagomål och synpunkter är relativt låg i verksamheterna.
- ▶ Det finns inte tillräckligt fungerande rutiner för att förbättra rutiner och processer på enhets- och områdesnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser. Avvikelserrapporteringen utgör i högre utsträckning underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på regionnivå. Detta då avvikelser årligen följs upp och analyseras på regionövergripande nivå.

Med utgångspunkt från granskningens resultat rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden 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.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

I Hälso- och sjukvårdslagen anges att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår hur det ska ske.

Vårdgivaren ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredning ska även ske av händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. De åtgärder som krävs ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Om det visar sig att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga ska de förbättras.

Regionens förtroendevalda revisorer har bedömt att det finns en risk för att förbättringsarbetet inte bedrivs på ett systematiskt sätt och har därför valt att granska detta område.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden bedriver ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten. Granskningen omfattar följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns ett tydligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet på de olika organisatoriska nivåerna? *Med tydligt avses dels att ansvaret är dokumenterat och att det upplevs tydligt vem som har ansvar samt vad ansvaret innebär.*
- ▶ Finns en tydlig organisering och rutiner för att hantera avvikelser samt förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå utifrån inkomna/rapporterade avvikelser? *Med tydlig avses dokumenterad och upplevd tydlighet. Har i så fall dessa rutiner kommunicerats och gjorts tillgängliga i verksamheten och tillämpas de?*
- ▶ Har avvikelserapporteringen utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på enhets-, områdes- och regionnivå?
- ▶ Används avvikelserapporteringen för att följa upp och säkerställa implementeringen av kunskapsstyrningen?
- ▶ Har nämnden en tillräcklig styrning och kontroll inom området?

Granskningen omfattar även en kartläggning av antalet avvikelser, orsaken till dessa samt hur antalet avvikelser har utvecklats över tid.

Granskningsobjekt är hälso- och sjukvårdsnämnden, vilken har vårdgivaransvar för den regiondrivna hälso- och sjukvården, samt regionstyrelsen eftersom regionens samlade stöd för patientsäkerhetsarbetet är organiserat inom styrelsens förvaltning.

2.3 Revisionskriterier

Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter

Tredje kapitlet i patientsäkerhetslagen beskriver vårdgivarens skyldigheter när det gäller patientsäkerhet. Skyldigheterna tydliggörs i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9 samt HSLF-FS 2017:40.

I patientsäkerhetslagens 3 kap. 8 a § anges att vårdgivaren, från patienter och deras närstående, ska ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) anges att klagomål och synpunkter ska tas emot från fler aktörer tex personal, andra vårdgivare eller övriga som bedriver socialtjänst eller LSS-verksamhet. Av HSLF-FS 2017:40 framgår att vårdgivaren ska fastställa dokumenterade rutiner som bla säkerställer att:

- ▶ hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör skyldigheten att *rapportera* såväl risker för vårdskador som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada,
- ▶ händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada *utreds*.

Av SOSFS 2011:9 framgår att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och *analyseras* för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Utifrån resultaten ska de *åtgärder* vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vårdgivaren bör varje år upprätta en sammanhållen *kvalitetsberättelse* som bla beskriver hur arbetet bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits samt vilket resultat som uppnåtts.

Vårdgivaren ska enligt HSLF-FS 2017:40 informera hälso- och sjukvårdspersonalen om deras skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vidare ska vårdgivaren informera berörd hälso- och sjukvårdspersonal om resultatet av utredningar av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och de lärdomar som har dragits med anledning av händelserna.

Kommunallagen

Enligt Kommunallagen ska nämnderna inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

2.4 Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentanalys, intervjuer och en enkät. Intervjuer (och i vissa fall mailväxling) har genomförts med följande funktioner:

- ▶ Regiondirektör
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Verksamhetschef Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet
- ▶ Vårdutvecklare Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet
- ▶ Objektsspecialist på regionledningsstaben
- ▶ Handläggare på regionledningsstaben
- ▶ Strateg för kunskapsstyrning
- ▶ Områdes-, enhetschefer och avvikelsehandläggare inom ortopedin, kvinnosjukvården, vuxenpsykiatri samt hälsocentralerna i Domsjö, Centrum och Sollefteå.

En enkät har genomförts i syfte att kartlägga hur arbetet med avvikelsehantering bedrivs och uppfattas i verksamheterna, samt vilken kultur och vilka förutsättningar som råder i verksamheterna när det gäller att anmäla och arbeta med förbättringar utifrån inkomna klagomål/anmälningar. Enkäten har skickats till totalt 460 medarbetare vid de verksamheter som valts ut för intervjuer (dvs ortopedin, kvinnosjukvården, vuxenpsykiatri samt hälsocentralerna i Domsjö, Centrum och Sollefteå). Svarstiden var två veckor och de enkätfrågor som redovisas i denna rapport har besvarats av 119-121 medarbetare, dvs en svarsfrekvens på ca 26 %. På grund av den låga svarsfrekvensen har de resultat från enkäten som vi valt att redovisa i rapporten tolkats med stor försiktighet.

Granskningen är avgränsad till primärvård och specialistvård exklusive rättspsykiatri. Granskningsuppdraget har omfattat samtliga avvikelser, det vill säga klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga samt avvikelser som rapporterats av hälso- och sjukvårdspersonal, andra vårdgivare och socialtjänst. I tid har granskningen främst avgränsats till år 2021.

3. Granskningsresultat

3.1 Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Vi har granskat om det finns ett *tydligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet* på de olika organisatoriska nivåerna.

Iakttagelser

Politisk nivå

Det politiska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet regleras i patientsäkerhetslagens 3 kap. samt i hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente. Av patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vidare framgår att vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och enligt Socialstyrelsens föreskrifter¹ ska dessa uppgifter återfinnas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

I styrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente nämns inte patientsäkerhetslagen eller avvikelshantering specifikt. Av nämndens reglemente (RF 2020-06-17) framgår dock att nämnden har vårdgivaransvaret för all drift av hälso- och sjukvård i egen regi. Detta innebär enligt vår tolkning att nämnden ansvarar för att fullgöra patientsäkerhetslagens krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Vi noterar i övrigt att Patientnämnden-Etiska Nämnden (PEN) enligt reglemente ansvarar för att fullgöra regionens uppgifter inom *Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården* vilket bla innebär att hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivaren och få klagomål besvarade av vårdgivaren. Nämnden ska också rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienten till vårdgivare och vårdenheter. Vidare ska nämnden bidra till hög patientsäkerhet bla genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter. PENS ansvarsområde omfattas dock inte av denna granskning.

Tjänstepersonsnivå

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för patientsäkerhetsarbetet regleras i Patientsäkerhetslagen där det bla regleras att personalen har skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet beskrivs även till viss del i regionens Patientsäkerhetsberättelse 2020 (RS samt HSN mars 2021). I dokumentet anges bla att:

- ▶ Regiondirektören ansvarar för att det övergripande patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt.
- ▶ Primärvårds- och sjukhusdirektörer² 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.
- ▶ Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet (KP) utgör ett stöd till verksamheterna. Här finns bland annat Läkeemedelsenheten samt ett antal funktioner däribland chefläkare, vårdhygien, kunskapsstyrning, försäkringsmedicin. Inom verksamheten genomförs också lex Maria anmälningar efter utredning.

¹ SOSFS 2011:9

² Titlarna primärvårds- och sjukhusdirektör finns inte längre. Motsvarande titel i nuvarande organisation är områdesdirektör.

- ▶ Smittskydd/Strama ansvarar för förslag/aktiviteter som syftar till rationell antibiotikaanvändning och i förlängningen motverka antibiotikaresistens.

Bedömning

Vår bedömning är att det i huvudsak finns ett tydligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet på de olika organisatoriska nivåerna. Bedömningen baseras på att ansvarsfördelningen är dokumenterad i patientsäkerhetsberättelsen och att ansvaret följer linjeorganisationen. Organisationen och ansvaret specifikt för avvikelshantering, vilket är en del av patientsäkerhetsarbetet, beskrivs i följande avsnitt (2.2 och 2.3).

3.2 Organisering av arbetet för hantering av avvikelser

Vi har granskat om det finns en tydlig *organisering* för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser.

lakttagelser

Dokumentation

Organisering av arbetet med avvikelser och klagomål³ beskrivs i följande dokument som är regiongemensamma och upprättade på tjänstepersonnivå:

- ▶ Avvikelsehantering i Region Västernorrland (riktlinje fastställd av dåvarande regiondirektör och senast reviderat 2020-02-19)
- ▶ Uppdragsbeskrivning för avvikelsehandläggare (rutin fastställd av dåvarande regiondirektör, rev 2020-05-18).

Av *Avvikelsehantering i Region Västernorrland* framgår följande beskrivning av hur arbetet med avvikelshantering ska organiseras:

- ▶ Enhetschefen ansvarar för att ta emot alla avvikelser som rapporteras av underställd personal. Denne kan också ha rollen att utreda avvikelser som berör enheten, om inget annat bestämts. Enhetschef ansvarar också för att återkoppla ärenden på arbetsplatsträffar och till länsverksamhetschef/verksamhetschef. Andra sätt att organisera och fördela arbetet med avvikelser kan förekomma.
- ▶ Inom en enhet ska en eller flera avvikelsehandläggare finnas som har ett övergripande ansvar för användning, utredning och utveckling av enheternas avvikelseprocess.
- ▶ 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.

Av *Uppdragsbeskrivning för avvikelsehandläggare* framgår att verksamhetschefen ansvarar för att avvikelsehandläggare utses, att uppdragsbeskrivning utformas och tid avsätts för uppdraget. I avvikelsehandläggarens uppdrag ingår bland annat att:

- ▶ Vara förtrogen med Platina avvikelssystem och handlägga avvikelserna
- ▶ Uppmuntra till att rapportera observerade avvikelser
- ▶ Ge stöd till medarbetarna i avvikelserapporteringen
- ▶ De rapporterade avvikelserna analyseras ur ett systemperspektiv
- ▶ Fortlöpande ta fram statistik för berörda verksamheter
- ▶ Minst en gång per år sammanställa avvikelser till verksamhetschef
- ▶ Vid behov stödja verksamhetschefen i återkoppling av avvikelserna

³ Dokumentet Avvikelsehantering i Region Västernorrland innehåller exempel på vad som kan betraktas som avvikelser och här framgår att avvikelser även omfattar klagomål från patienter/närstående.

Vidare framgår av dokumentet att det ska finnas en förvaltningsgrupp för avvikelshantering, som ska bevaka utveckling av systemområdet och avvikelseprocessen. Gruppen ansvarar bland annat för att adekvata klassificeringsregister ska finnas och att lämpliga rapporter tas fram efter behov.

Arbetet i verksamheterna

Samtliga riktlinjer som nämns ovan uppges finnas tillgängliga på regionens intranät. Kännedomen om innehållet i dessa dokument är dock relativt låg bland de avvikelsehandläggare och chefer som vi intervjuat. Vi har trots detta uppfattat att ansvar och uppgifter i hög utsträckning upplevs vara tydliga när det gäller arbetet med avvikelshantering.

I regionens samtliga enheter finns en utsedd avvikelsehandläggare. Avvikelsehandläggarnas förutsättningar att arbeta med avvikelser varierar dock stort. De vi intervjuat uppskattar att omfattningen av avvikelsehandläggarnas avsatta tid för avvikelshantering varierar mellan 20-100 % i de olika verksamheterna. De flesta avvikelsehandläggarna har även en annan anställning i verksamheten. I vissa verksamheter genomför avvikelsehandläggaren en stor del av arbetet, tex även utredning av avvikelser och information/återkoppling av vidtagna åtgärder till medarbetarna. I andra verksamheter är avvikelsehandläggaren inhyrd på timtid och uppgifterna är begränsade till enbart öppna och klassificera inrapporterade avvikelser. Ingen av de avvikelsehandläggare vi intervjuat utför samtliga uppgifter som enligt *Uppdragsbeskrivning för avvikelsehandläggare* hör till avvikelsehandläggarens uppgifter.

Enhetschefernas uppfattning om det stöd som de får från sina avvikelsehandläggare är tillräckligt varierar stort. Vi noterar även att verksamhetschefer i några enheter har utsett enhetschefen till avvikelsehandläggare. Enligt uppgift finns i dagsläget 35 enheter inom regionens primär- och specialistvård där enhetschefen tillika är avvikelsehandläggare.

Bedömning

Vår bedömning är att det i stort finns en tydlig organisering för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå. Vi bedömer dock att tillämpningen av den beslutade organiseringen varierar. Organisation, ansvar och uppgifter när det gäller avvikelshandling har dokumenterats och dokumenten är aktuella. Även om kännedomen om dokumenten uppges vara låg bland de vi intervjuat uppfattar vi att ansvar och organisering när det gäller avvikelshandling är tydlig i verksamheterna, vilket är positivt. Detta tillsammans med våra intervjuer indikerar att avvikelshandling anses som viktig. Förutsättningarna för de ansvariga enhetscheferna och avvikelsehandläggarna varierar dock stort mellan verksamheterna och ingen av de avvikelsehandläggare som vi intervjuat utför samtliga uppgifter som beslutats av regiondirektören i *Uppdragsbeskrivning för avvikelsehandläggare*.

3.3 Rutiner för avvikelshantering och systematiskt förbättringsarbete

Vi har granskat om det finns tydliga rutiner för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser. Vi har även granskat om avvikelserapporteringen har utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på enhets-, områdes- och regionnivå.

lakttagelser

Dokumentation

Rutiner för arbetet med avvikelser och klagomål beskrivs i följande dokument som är regiongemensamma och upprättade på tjänstepersonnivå:

- ▶ Avvikelshantering i Region Västernorrland (riktlinje fastställd av dåvarande regiondirektör och senast reviderat 2020-02-19)
- ▶ Händelseanalys RVN (riktlinje fastställd av regiondirektör 2021-02-24).
- ▶ Klagomål och utredning av vårdskada (riktlinje fastställt av regiondirektör, rev 2021-03-19).

- ▶ Missnöje i vården i Platina (rutin fastställd av regiondirektör rev 2021-09-23)

Vi noterar att det utöver ovanstående finns ett antal verksamhetsspecifika rutinbeskrivningar som upprättats, eller håller på att upprättas. Som exempel kan nämnas rutiner inom Länsverksamheten vuxenpsykiatri och Vårdområde Opererande/Kvinnokliniken Sundsvall/Förlossning mfl.

I dokumentet *Avvikelsehantering i Region Västernorrland* beskrivs processen och rutiner för avvikelsehantering. Här framgår att systemstödet Platina ska användas för rapportering, dokumentation och uppföljning av avvikelser. Nedan återges de huvudsakliga momenten i processen för avvikelsehantering kortfattat:

1. *Identifiera avvikelser*

Här exemplifieras vad som kan betraktas som en avvikelse, tex; tillbud eller händelse som har gett eller kunnat ge negativa effekter eller patient/närståendes klagomål.

2. *Rapportera avvikelser*

Den som upptäcker en avvikelse ska rapportera händelsen i ett formulär på intranätet. Även åtgärder som utförts direkt ska rapporteras. Här anges också att medborgarna ges möjlighet att själva rapportera avvikelser, klagomål, förslag eller synpunkter t.ex. via externwebben, rvn.se eller 1177.

3. *Utreda och analysera avvikelsernas orsak*

Målet är att handläggningen av avvikelserna ska påbörjas inom 7 arbetsdagar. Vid avvikelse med vårdskada/risk för vårdskada kan länsverksamhetschef/verksamhetschef besluta att avvikelserna ska bedömas av chefläkare. Bedömning ska göras för att se om avvikelserna ska leda till ytterligare utredning i form av en internutredning eller händelseanalys för en eventuell lex Mariaanmälan. Efter samråd kan länsverksamhetschef/verksamhetschef tillsätta ett analysteam som gör en händelseanalys tillsammans med verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet.

4. *Åtgärda avvikelser*

Avhjälpan eller korrigerande åtgärder ska vidtas för att förhindra upprepning av uppkomna avvikelser. Åtgärder ska dokumenteras, tilldelas ansvarig och resurser, samt följas upp att de utförts och fått avsedd effekt.

5. *Riskbedömning/effektuppföljning*

Innan en avvikelse avslutas ska en ny riskbedömning göras för att se om åtgärderna har minskat sannolikheten och allvarlighetsgraden av att en ny liknande händelse uppkommer.

6. *Rapportering och återföring*

Rapporter ska sammanställas utifrån avvikelseprocessen på olika nivåer i organisationen. Resultat och måluppfyllelse från avvikelseprocessen redovisas i delårsrapporter och årligen i verksamhetsberättelsen.

7. *Avslut*

Målet är att 80 % av avvikelserna skall vara utredda och avslutade inom 90 dagar.

8. *Lärande*

Varje enskild avvikelse och den samlade mängden avvikelser kan bli underlag till ett lärande och förbättringar av verksamhetsprocesser. Återföring ska göras på arbetsplatsträffar (APT) och i utbildningar.

Tillvägagångssätt vid utredning av allvarligare händelser som kräver en sk händelseanalys⁴ och eventuell anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) beskrivs närmare i dokumentet *Händelseanalys RVN*. Här framgår bla att det är chefläkare, i sin roll som anmälningsansvarig, som beslutar om händelseanalys är motiverad samt om lex Mariaanmälan till IVO ska ske.

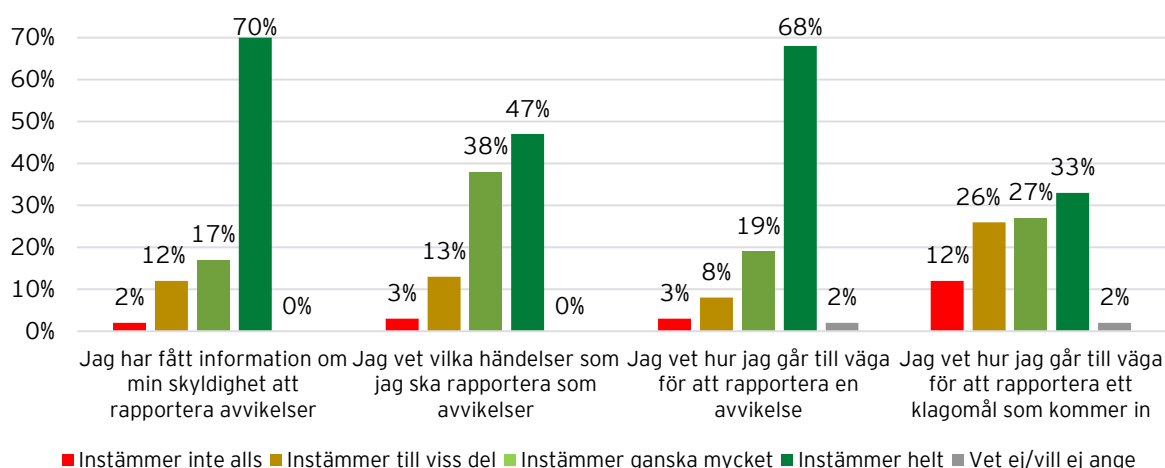
⁴ Händelseanalys ska utföras då en händelse inträffat, som medfört att en brukare kommit till allvarlig skada, eller kunde ha skadats allvarligt.

Verksamhetschefens, chefsläkarens samt Kvalitet- och patientsäkerhet och vårdutvecklarens uppgifter vid en händelseanalys beskrivs också i dokumentet.

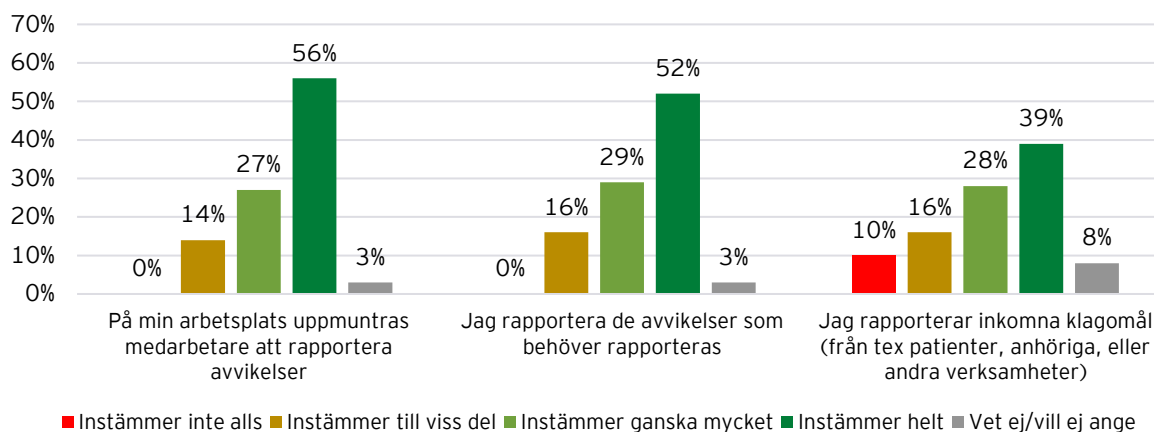
I *Klagomål och utredning av vårdskada* anges att synpunkter och klagomål kan komma till verksamheten på många olika sätt. Tex muntligt direkt till personalen eller skriftligen via regionens funktionsbrevlåda, 1177.se, mail eller Patientnämnden-Etiska nämnden. Utredningen ska genomföras av respektive verksamhet. I dokumentet beskrivs utredningens innehåll samt att utredningen ska dokumenteras i Platina. Hanteringen av klagomål i Platina beskrivs i *Missnöje i vården i platina*. Här framgår att synpunkter och klagomål som verksamheten tar emot muntligt ska registreras in som en avvikelse via Intranätets webbrapportering. Om klagomålet inkommit skriftligen till verksamheten ska det skickas för diarieföring.

Arbetet i verksamheterna - rapportering av avvikelser

Av våra intervjuer framgår att information till nya medarbetare om deras skyldighet att rapportera samt tillvägagångssättet vid rapportering av avvikelser inte lämnas med systematik i verksamheterna. Av svaren på vår enkät framgår dock att 87 % av de medarbetare som svarat instämmer helt eller ganska mycket i att de fått information om sin skyldighet att rapportera avvikelser. Lika stor andel, 87 %, instämmer helt eller ganska mycket i att de vet hur de ska gå till väga för att rapportera en avvikelse. 85 % instämmer också i att de vet vilka händelser de ska rapportera som avvikelser. När det gäller klagomål och synpunkter som inkommer har en betydligt lägre andel, 60 %, svarat att de vet hur de går till väga för att rapportera detta. Se diagram nedan.



Vidare har majoriteten, 83 %, av respondenterna i vår enkät angett att de instämmer, antingen helt eller ganska mycket, i att de på arbetsplatsen uppmuntras att rapportera avvikelser. 81 % instämmer i påståendet att de rapporterar de avvikelser som behöver rapporteras. Vi noterar dock att det är en lägre andel, 67 %, som svarat att de rapporterar klagomål som inkommer (från exempelvis anhöriga, patienter eller andra verksamheter). Se diagram nedan.



När det gäller synpunkter och klagomål så framgår av våra intervjuer att de synpunkter och klagomål som inkommer via externwebben, PEN, 1177 och via diariet tas emot av en handläggare på verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet. Denne registrerar de inkomna klagomålen som avvikelser i Platina och skickar vidare för handläggning till berörd verksamhet. Våra intervjuer bekräftar dock att klagomål som inkommer direkt till verksamheterna, muntligt eller tex via mail i lägre utsträckning inrapporteras som avvikelser. Orsaker till detta uppges vara att det är svårt att veta vad som ska bedömas vara ett klagomål eller att ansvariga chefer bemöter/hanterar klagomålet direkt. Vid våra intervjuer uppges att klagomål och synpunkter via mail och telefon förekommer frekvent till exempelvis verksamhetscheferna.

Arbetet i verksamheterna - handläggning av avvikelser

Av intervjuer med avvikelsehandläggarna framgår att Platina i huvudsak upplevs välfungerande för arbetet med avvikelser. Samtliga avvikelsehandläggare som vi intervjuat öppnar inrapporterade avvikelser och klassificerar dem i lämplig kategori. Själva klassificeringen upplevs i vissa fall vara svår men för detta moment uppges det finnas gott stöd att få från objektsspecialisten på regionledningsförvaltningen. Enhets- och verksamhetschefer upplever dock Platina som mer svåränvänt än vad avvikelsehandläggarna gör. Vi har uppfattat att svårigheten som cheferna upplever är generell för hela systemet och inte specifikt kopplad till processen för avvikelshantering. Vi noterar här att cheferna inte erbjuds någon generell utbildning i verksamhetssystemet.

Av våra intervjuer framgår även att verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet samt objektsspecialist på regionledningsförvaltningen är uppskattad och upplevs som ett välfungerande och tillgängligt stöd i hanteringen av avvikelser. De anordnar exempelvis återkommande utbildnings- och informationstillfällen enligt nedan.

- ▶ Grundutbildning avvikelser
Vänder sig till alla chefer och avvikelsehandläggare och anordnas minst en gång per månad. Syftet är att kunna använda Platina och kunna handlägga avvikelser.
- ▶ Fortsättningsutbildning avvikelser
Vänder sig till alla chefer och avvikelsehandläggare och anordnas minst en gång per månad. Syftar till att fördjupa kunskaperna för avvikelsehandläggning och ta fram statistik ur systemet.
- ▶ Utbildning i analys och uppföljning av avvikelser
Vänder sig främst till avvikelsehandläggare och erbjuds årligen. Syftar till att kunna ta fram underlag för förbättringsarbeten via statistik från Platina. I *Uppdragsbeskrivning för avvikelsehandläggare* anges att det är obligatoriskt att minst en avvikelsehandläggare per verksamhet går denna. Under pandemin har utbildningen pausats men avsikten är att den ska genomföras under våren 2022.
- ▶ Dialogforum
Vänder sig till avvikelsehandläggare och anordnas en gång per termin. Syftar till att få uppdateringar om nyheter i Platina samt aktuell information från chefläkare om tex genomförda

internutredningar. Under pandemin har utbildningen pausats men ett utbildningstillfälle genomfördes under hösten 2021 där 45 av ca 130 avvikelsehandläggare deltog.

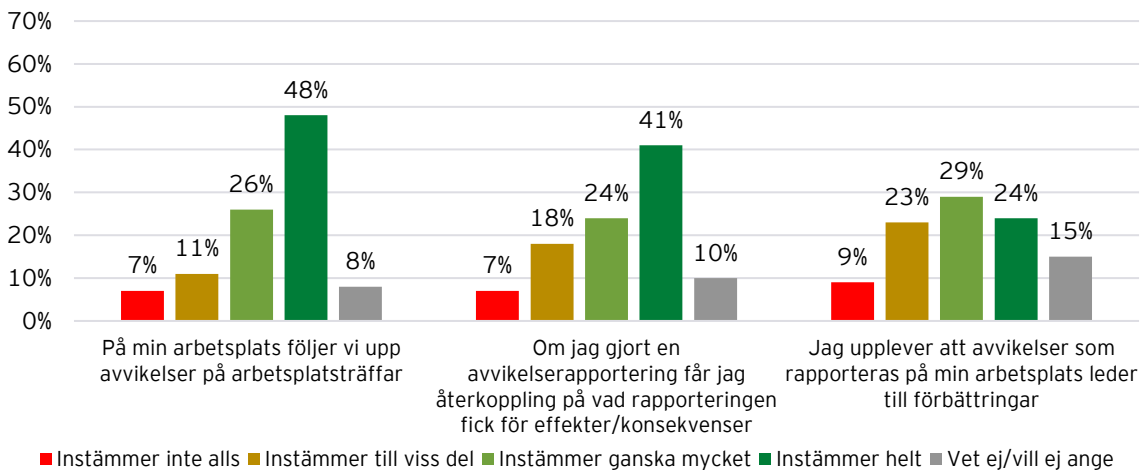
Av intervjuer framgår att flertalet avvikelsehandläggare deltar vid grundutbildning, fortbildning och dialogforum. Det har dock varit svårare att få deltagare till utbildningen i analys och uppföljning då detta inte prioriteras. Det uppges också vara ovanligt att chefer deltar i ovanstående utbildningar och den främsta orsaken uppges även här vara att detta nedprioriteras pga tidsbrist.

Utöver ovanstående utbildnings- och informationstillfällen har en chatgrupp för diskussion och support skapats i Teams där alla avvikelsehandläggare är inbjudna.

Arbetet i verksamheterna - uppföljning och förbättringsarbete på enhets- och områdesnivå

Av patientsäkerhetsberättelsen 2020 framgår att en enkät skickades till alla enheter i regionen med frågor om hur de arbetat med kvalitet och patientsäkerhet under året. Av de 59 enheter som svarade uppgav alla utom en att de kontinuerligt följer upp sina avvikelser. Vi kan också via intervjuer och utdrag från minnesanteckningar från arbetsplatsträffar i några av verksamheterna i vårt urval bekräfta att information om enskilda avvikelser som inrapporterats lämnas till medarbetarna vid exempelvis arbetsplatsträffar eller yrkesträffar. Informationen lämnas oftast av enhetschef och i några verksamheter av avvikelsehandläggaren.

Av svaren på vår enkät framgår att 74 % av de medarbetare som svarat instämmer *helt* eller *ganska mycket* i att avvikelser följs upp på arbetsplatsen. Det är dock en lägre andel (65 %) som instämmer *helt* eller *ganska mycket* i att de får återkoppling på vad effekterna/konsekvenserna av den inrapporterade avvikelserna blev. Endast 53 % av respondenterna instämmer (*helt/ganska mycket*) i att rapporterade avvikelser leder till förbättringar. Se diagram nedan.



Vår granskning visar också att systematisk aggregerad analys av avvikelser samt efterföljande lärande och förbättringsarbete i låg grad förekommer på enhets- och områdesnivå. Vi har, från enhetscheferna i vårt urval, efterfrågat sammanställningar och verksamhetsspecifika analyser av avvikelser/klagomål men inte erhållit några sådana. Vid intervjuer bekräftas att detta inte förekommer i verksamheterna i vårt urval. Den främsta orsaken som uppges till detta är tidsbrist.

Vi har i våra intervjuer också frågat i vilken utsträckning avvikelser diskuteras och utvärderas i ledningsgrupper på verksamhetsområdesnivå och enhetsnivå och funnit att detta förekommer i mycket låg utsträckning. Enskilda, allvarigare händelser uppges dock kunna lyftas av chefsläkare i dessa forum. Främsta orsakerna till att avvikelser inte analyseras i ledningsgrupperna uppges vara

den nyligt genomförda omorganisationen och den pågående pandemin, vilket resulterat i att systematiskt utvecklingsarbete inklusive avvikelshantering nedprioriterats⁵.

Vi har från läns-/verksamhetscheferna i vårt urval efterfrågat delårsrapporter för år 2021 samt verksamhetsberättelse för år 2020 i syfte att kontrollera hur avvikelser följs upp och rapporteras i dessa dokument, vilket ska ske enligt *Avvikelsehantering i Region Västernorrland*. Granskningen av de dokument vi erhållit visar att de flesta inte innehåller någon information om inträffade avvikelser eller klagomål som inkommit till verksamheterna. I de dokument⁶ där information om avvikelser förekommer är informationen mycket knapphändig och rör främst hur arbetet bedrivits. Det framgår dock inte antal avvikelser, inom vilka områden avvikelser sker, orsaker eller vidtagna åtgärder.

Av våra intervjuer med chefer och avvikelsehandläggare framgår att samtliga tycker att avvikelshantering är ett viktigt arbete för att säkra kvaliteten i verksamheten. Trots detta är den generella upplevelsen att arbetet ofta inte kan prioriteras p.g.a. tidsbrist.

Arbetet i verksamheterna - uppföljning och analys på regionövergripande nivå

Av intervjuer framgår att det i systemstödet Platina finns möjligheter att ta fram statistik för uppföljning och analys i varje enhet och på regionövergripande nivå. Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet har som tidigare nämnts, tillsammans med objektspecialist på regionledningsförvaltningen, också anordnat utbildningar i analys och uppföljning av avvikelser för avvikelsehandläggare. Det sker dock ingen uppföljning eller kontroll på regionövergripande nivå av i vilken utsträckning verksamhetsområden eller enheter genomför systematiska uppföljningar och analyser av sina avvikelser.

Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet sammanställer och analyserar information om avvikelser samt genomförda utredningar och händelseanalyser på aggregerad regionövergripande nivå. Resultatet redovisas årligen i en rapport. Vi har tagit del av rapporten *Avvikelser och händelseanalyser* för år 2020 som har behandlats av HSN i april 2021. I rapporten finns bla information om antal avvikelser, avvikelseområden, orsaker till avvikelser samt övergripande åtgärder som vidtagits i verksamheterna. Av rapporten kan utläsas att den absolut vanligaste åtgärden som har vidtagits i verksamheterna vid avvikelser är information/kommunikation (tex information till berörd medarbetare eller genomgång och påminnelse). Vidare framgår antalet genomförda händelseanalyser och internutredningar på regionövergripande nivå (för mer information se bilaga 1).

Verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet sammanställer även den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Patientsäkerhetsberättelsen för år 2020 (godkänd av HSN i mars 2021) innehåller bla kortfattad och regionövergripande information om avvikelser samt klagomål som inkommit till PEN. Här framgår bla att kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet är de tre dominerande områdena när det gäller orsaker till klagomål via PEN (för mer information se bilaga 2). Av intervjuer framgår klagomål är svårare att följa på regionövergripande nivå då de inkommer på flera olika sätt (dvs direkt till verksamheterna, 1177.se, regionens funktionsbrevlåda, PEN).

Vidare framgår i patientsäkerhetsberättelsen att verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhet under året undersökt orsaken till att antalet avvikelser och händelseanalyser ökat inom primär- och specialistvården. Den främsta orsaken uppges vara ökad avvikelserapportering. I övrigt anges mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet inför kommande år.

⁵ Då denna granskning främst har avgränsats till år 2021 har vi inte kontrollerat i vilken utsträckning avvikelshantering har prioriterats i ledningsgrupperna tidigare år.

⁶ Verksamhetsberättelse 2020 Närsjukhusområde Söder, Verksamhetsberättelse 2020 Närsjukhusområde Väster samt Verksamhetsberättelse 2020 och delårsrapport 2021 Närsjukhusområde Norr.

Från och med år 2020 mäts säkerhetskulturen⁷ bland medarbetarna i regionens verksamheter i form av Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE) och i patientsäkerhetsberättelsen redovisas information från den HSE-enkät som genomfördes under året. De påstående som får högst index (92 av 100) är att det finns en tillåtande kultur när det gäller att våga tala om sina misstag samt att påtala när något är på väg att gå fel. I enkäten mäts även i vilken grad medarbetarna upplever att man på arbetsplatsen lär sig av det som fungerar bra samt om det genomförs förbättringar på arbetsplatsen efter negativa händelser. Index för dessa frågeställningar blev 85 respektive 80 på den 100-gradiga skalan. Jämförelser med tidigare år eller andra regioner är inte möjlig då sådana uppgifter saknas.

Bedömning

Vår bedömning är att det i stort finns rutiner för att hantera avvikelser på ett ändamålsenligt sätt men att rutinerna för hantering av synpunkter och klagomål bör utvecklas. Bedömningen baseras på att det finns dokumenterade rutiner som är aktuella och som tydliggör tillvägagångssätt och ansvar för avvikelshantering. Medarbetarna är också medvetna om sin skyldighet att rapportera avvikelser och vi har uppfattat att avvikelserapportering ses som viktig och i tämligen hög grad uppmuntras i organisationen. Det finns vidare goda möjligheter till stöd och utbildning för avvikelshandläggare och chefer, även om vi noterar att cheferna i låg utsträckning tar del av dessa utbildningar. Vi vill dock uppmärksamma nämnden på att kännedomen om tillvägagångssätt samt rapportering av inkomna klagomål och synpunkter är relativt låg i verksamheterna.

Vår bedömning är dock att det inte finns tillräckligt fungerande rutiner för att förbättra rutiner och processer på enhets- och områdesnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser. Vidare bedömer vi att avvikelserapporteringen inte i tillräcklig omfattning har utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på enhets- och områdesnivå. Det finns aktuella rutinbeskrivningar som på ett övergripande plan anger att uppföljning och förbättringsarbete ska ske utifrån rapporterade avvikelser. Det finns också möjligheter att ur systemstödet Platina ta fram statistik för analys av avvikelser på enhets- och områdesnivå. Enskilda avvikelser som inkommit återrapporteras i tämligen hög grad till medarbetarna. Vi vill dock uppmärksamma nämnden på att systematisk och aggregerad analys av avvikelser, synpunkter och klagomål inte förekommer i verksamheterna. Medarbetarna som besvarat vår enkät upplever också i ganska låg grad att rapporterade avvikelser leder till förbättringar i verksamheterna. Våra erfarenheter säger att det är lika viktigt att analysera mönster i mindre allvarliga men återkommande avvikelser som när det gäller allvarliga avvikelser. Vi bedömer att avvikelserapporteringen däremot i högre utsträckning utgör underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på regionnivå. Detta då avvikelser årligen följs upp och analyseras på regionövergripande nivå. Avvikelsehanteringen utgör också i viss utsträckning underlag för de strategier och målområden som formulerats för kommande år i patientsäkerhetsberättelsen.

3.4 Avvikelsehanteringen som del av kunskapsstyrningen

Vi har kontrollerat om avvikelserapporteringen används för att följa upp och säkerställa implementeringen av kunskapsstyrningen.

På SKRs hemsida beskrivs det nationella systemet för kunskapsstyrning ungefär på följande vis:

Sveriges regioner har under ledning av SKR inrättat ett gemensamt nationellt system för kunskapsstyrning. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöd ska tas fram på nationell nivå inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Varje region svarar sedan för att implementera de kunskapsstöd som tas fram på nationell nivå.

⁷ Säkerhetskultur handlar om attityder och värderingar som påverkar beteenden på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Enligt SKR visar forskning att rådande säkerhetskultur i en organisation påverkar kvaliteten och säkerheten i den vård som levereras.

Det finns 26 nationella programområden (NPO) som ska leda kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med kompetens inom respektive område, och representation från samtliga sjukvårdsregioner. Vidare finns 8 Nationella samverkansgrupper (NSG) som ska leda och samordna regionernas gemensamma arbete i olika områden. En av dessa NSG är *Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet*. Samverkansgruppen har utvecklat ett analysverktyg och ett genomförandestöd som ska stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i de nationella programområdena (NPO).

lakttagelser

Vi har vid våra intervjuer med avvikelsehandläggare och chefer ställt frågor om kunskapsstyrning. Ingen av de vi intervjuat ser i dagsläget någon tydlig koppling mellan avvikelshantering och systemet för kunskapsstyrning. Av intervju med regionens kunskapsstyrningsstrateg framgår att det pågår en uppbyggnad av ett lokalt system för kunskapsstyrning med lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG). Arbetet har dock försenats kraftigt på grund av pandemin. En lokal samverkansgrupp som ska arbeta med patientsäkerhet i regionen har nu satts samman och ska mötas för första gången under våren 2022.

Bedömning kunskapsstyrning

Vår bedömning är att avvikelserapporteringen ännu inte används för att följa upp och säkerställa implementeringen av kunskapsstyrningen.

Ingen av de vi intervjuat ser i dagsläget någon tydlig koppling mellan avvikelshantering och systemet för kunskapsstyrning. Det pågår för närvarande en uppbyggnad av ett lokalt system för kunskapsstyrning och en samverkansgrupp som ska arbeta med patientsäkerhet har nyligt satts samman. Vi ser det som eftersträvansvärt att resultatet från analyser av avvikelserna ses som en komponent i kunskapsstyrningen.

3.5 Hälsa- och sjukvårdsnämndens styrning och kontroll av avvikelshantering

Vi har kontrollerat om Hälsa- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig styrning och kontroll av arbetet med avvikelshantering.

lakttagelser

Vår granskning av nämndens protokoll visar att nämnden under år 2021 har utövat styrning av avvikelshantering genom följande beslut:

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

Nämnden har under det senaste året följt upp och kontrollerat avvikelshantering genom följande:

- ▶ Fastställt Verksamhetsberättelse 2020 (mar 2021). I verksamhetsberättelsen redovisas övergripande utfall på den genomförda mätningen av patientsäkerhetskulturen (HSE-index 83). Här anges även vilka utvecklingsområden som finns kopplade till patientsäkerhetskulturen i verksamheterna. Nämnden fastställer vid samma sammanträde även verksamhetsberättelser för specialistvården respektive primärvården. Även dessa dokument innehåller information om verksamhetsövergripande utfall på HSE-enkäten. Inget av dokumenten innehåller någon ytterligare information om avvikelser.

- ▶ Fastställt Delårsrapport 2021 (oktober 2021). Rapporten innehåller viss kortfattad information om arbetet med avvikelser i några av nämndens verksamheter. Ingen prognos av måluppfyllelse framgår för nämndens mål om Hållbart SäkerhetsEngagemang (HSE). Som underlag för nämndens beslut finns också delårsrapporterna för länssjukvårdsområdena och närsjukvårdsområdena.
- ▶ Godkänt Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2020 (mars 2021) inom nämndens ansvarsområde som vårdgivare.
- ▶ Informerats om verksamheten för Kvalitet och patientsäkerhets rapport "Avvikelser och händelseanalyser", (apr 2021).

Bedömning av nämndens styrning och kontroll

Vi bedömer att Hälso- och sjukvårdsnämnden i stort har en tillräcklig styrning och kontroll inom området. Nämnden har målsatt patientsäkerhetskulturen i organisationen och beslutat hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ska följas upp. Nämnden får också på aggregerad regionnivå information om patientsäkerhetskulturen, inkomna avvikelser och utvecklingsområden i patientsäkerhetsarbetet.

4. Revisionell bedömning och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning är att det inte i tillräcklig omfattning bedrivs ett systematiskt förbättringsarbete utifrån de avvikelser som rapporterats rörande patientsäkerheten. Bedömningen baseras på nedanstående iakttagelser och slutsatser.

Det finns i huvudsak ett tydligt ansvar för patientsäkerhetsarbetet på de olika organisatoriska nivåerna.

Ansvarsfördelningen är dokumenterad i patientsäkerhetsberättelsen och ansvaret följer linjeorganisationen. Organisationen och ansvaret specifikt för avvikelshantering, vilket är en del av patientsäkerhetsarbetet, kommenteras ytterligare nedan.

Det finns i stort en tydlig organisering för att hantera avvikelser samt för att förbättra rutiner och processer på områdes- och regionnivå. Vi bedömer dock att tillämpningen av den beslutade organiseringen varierar.

Organisation, ansvar och uppgifter när det gäller avvikelshanteringen har dokumenterats och dokumenten är aktuella. Även om kännedomen om dokumenten uppges vara låg bland dem vi intervjuat uppfattar vi att ansvar och organisering när det gäller avvikelshanteringen är tydlig i verksamheterna, vilket är positivt. Detta tillsammans med våra intervjuer indikerar att avvikelshanteringen anses som viktig. Förutsättningarna för de ansvariga enhetscheferna och avvikelsehandläggarna varierar dock stort mellan verksamheterna och ingen av de avvikelsehandläggare som vi intervjuat utför samtliga uppgifter som beslutats av regiondirektören i Uppdragsbeskrivningen för avvikelsehandläggare.

Det finns rutiner för att hantera avvikelser på ett ändamålsenligt sätt men rutinerna för hantering av synpunkter och klagomål bör utvecklas.

Bedömningen baseras på att det finns dokumenterade rutiner som är aktuella och som tydliggör tillvägagångssätt och ansvar för avvikelshanteringen. Medarbetarna är också medvetna om sin skyldighet att rapportera avvikelser och vi har uppfattat att avvikelserapportering ses som viktig och i tämligen hög grad uppmuntras i organisationen. Det finns vidare goda möjligheter till stöd och utbildning för avvikelsehandläggare och chefer, även om vi noterar att cheferna i låg utsträckning tar del av dessa utbildningar. Vi vill dock uppmärksamma nämnden på att kännedomen om tillvägagångssätt samt rapportering av inkomna klagomål och synpunkter är relativt låg i verksamheterna.

Det finns inte tillräckligt fungerande rutiner för att förbättra rutiner och processer på enhets- och områdesnivå utifrån inkomna och rapporterade avvikelser. Vidare har avvikelserapporteringen inte i tillräcklig omfattning utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på enhets- och områdesnivå.

Det finns aktuella rutinbeskrivningar som på ett övergripande plan anger att uppföljning och förbättringsarbete ska ske utifrån rapporterade avvikelser. Det finns också möjligheter att ur systemstödet Platina ta fram statistik för analys av avvikelser på enhets- och områdesnivå. Enskilda avvikelser som inkommit återspeglaras i tämligen hög grad till medarbetarna. Vi vill dock uppmärksamma nämnden på att systematisk och aggregerad analys av avvikelser, synpunkter och klagomål inte förekommer i verksamheterna. Medarbetarna som besvarat vår enkät upplever också i ganska låg grad att rapporterade avvikelser leder till förbättringar i verksamheterna. Våra erfarenheter säger att det är lika viktigt att analysera mönster i mindre allvarliga men återkommande avvikelser som när det gäller allvarliga avvikelser. Vi bedömer att avvikelserapporteringen däremot i högre utsträckning utgör underlag för ett systematiskt förbättringsarbete på regionnivå. Detta då avvikelser årligen följs upp och analyseras på regionövergripande nivå. Avvikelshanteringen utgör också i viss utsträckning underlag för de strategier och målområden som formulerats för kommande år i patientsäkerhetsberättelsen.

Avvikelserapporteringen används inte för att följa upp och säkerställa implementeringen av kunskapsstyrningen.

Vår bedömning är att avvikelserapporteringen ännu inte används för att följa upp och säkerställa implementeringen av kunskapsstyrningen.

Ingen av de vi intervjuat ser i dagsläget någon tydlig koppling mellan avvikelshanteringen och systemet för kunskapsstyrning. Det pågår för närvarande en uppbyggnad av ett lokalt system för kunskapsstyrning och en samverkansgrupp som ska arbeta med patientsäkerhet har nyligt satts samman. Vi ser det som eftersträvansvärt att resultatet från analyser av avvikelserna ses som en komponent i kunskapsstyrningen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i stort en tillräcklig styrning och kontroll inom området.

Nämnden har målsatt patientsäkerhetskulturen i organisationen och beslutat hur kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet ska följas upp. Nämnden får också på aggregerad regionnivå information om patientsäkerhetskulturen, inkomna avvikelser och utvecklingsområden i patientsäkerhetsarbetet.

Med utgångspunkt från granskningens resultat rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden 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.

Skellefteå och Stockholm 2022-01-27

Linda Marklund
Certifierad kommunal revisor, EY

Susanna Huber
Verksamhetsrevisor, EY

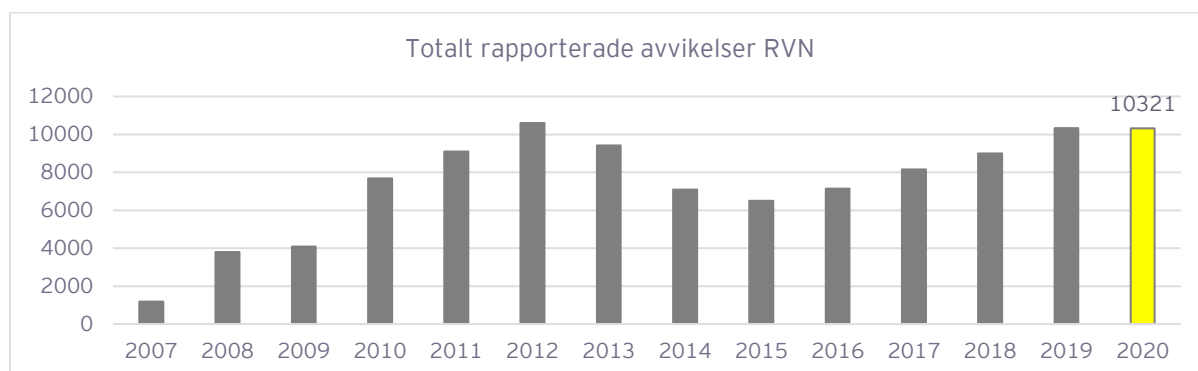
Anders Hellqvist
Certifierad kommunal revisor, EY

Bilaga 1: Avvikelser som inträffat i verksamheterna

Nedanstående information är hämtad från dokumentet Avvikelser och Händelseanalyser RVN 2020.

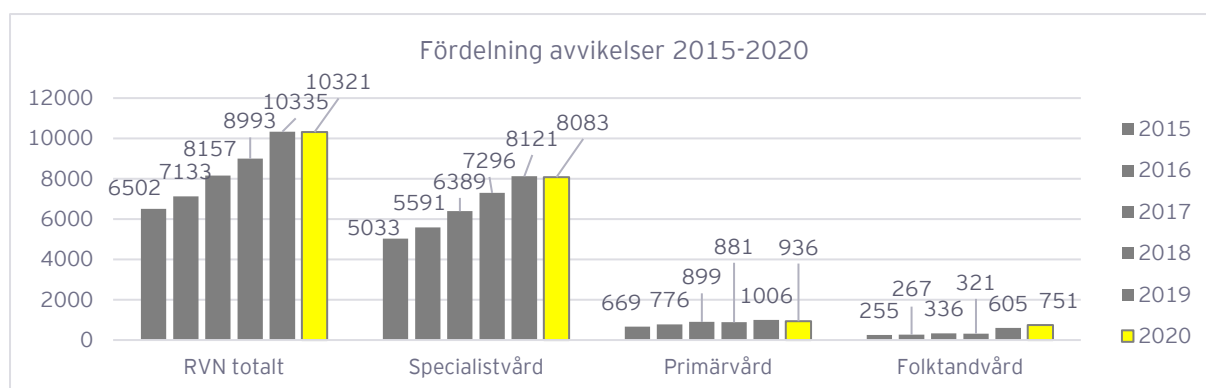
Totalt fanns vid årsskiftet 10 321 rapporterade avvikelser som inträffat under 2020. Detta är en marginell minskning i jämförelse med 2019 trots att ca 800 Covid-relaterade avvikelser har rapporterats. Detta uppges kunna bero på att mindre ordinarie vård har bedrivits inom vissa enheter, men också på att belastningen på personalen inom andra enheter varit alltför hög.

Figur 1: Totalt antal rapporterade avvikelser RVN som inträffat 2007-2020.



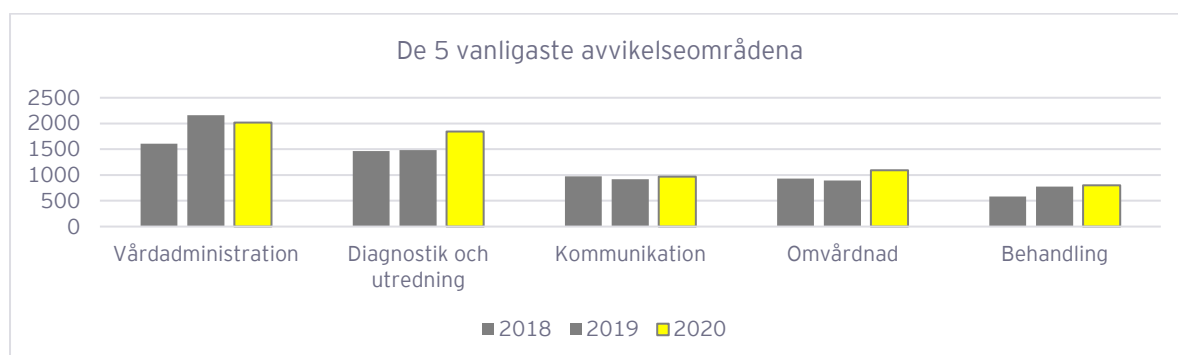
Som framgår av nedanstående figur rapporteras den absoluta majoriteten avvikelser inom specialistvården.

Figur 2: Fördelning av avvikelser mellan specialistvård, primärvård och folktandvård

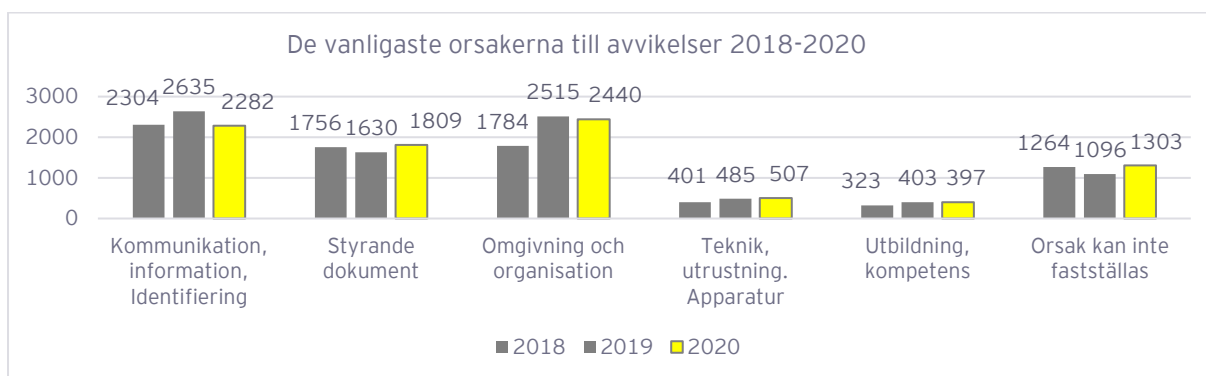


I nedanstående figurer visas de vanligaste avvikelseområdena (dvs vad avvikelserna berör) samt de vanligaste orsakerna till avvikelser, totalt på regionnivå. Angivna avvikelseområden och orsaker styrs utifrån hur avvikelserna kategoriserats i Platina.

Figur 3: De fem vanligaste avvikelseområdena för avslutade avvikelser, RVN totalt 2018-2020



Figur 4. De vanligaste orsakerna till avvikelser, RVN totalt 2018-2020

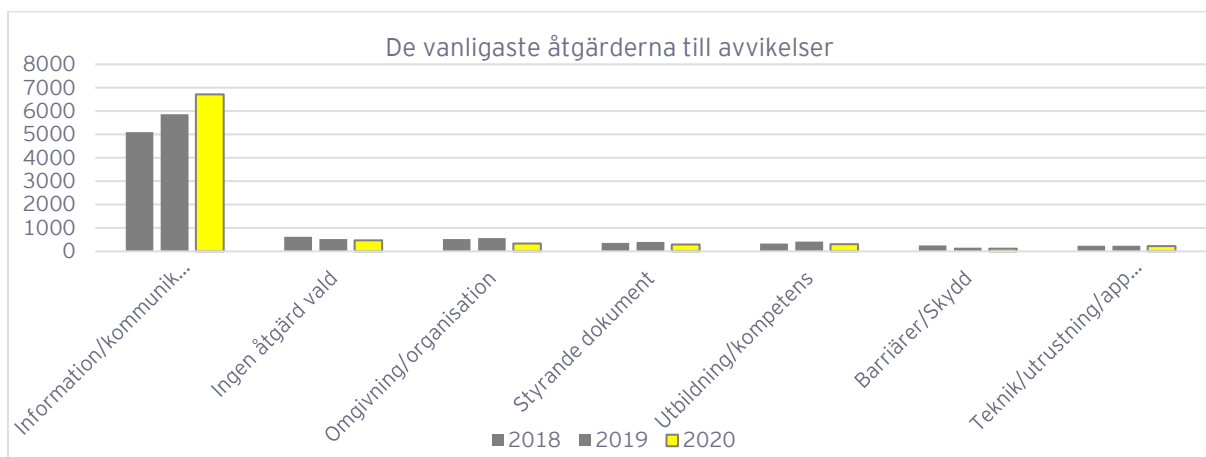


De vanligaste avvikelsområdena i specialistvården är Vårdadministration, tex samordnad vård-/omsorgsplanering, journal- och remisshantering samt produktion/resursplanering (överbeläggningar, korridorvård). Näst vanligast är avvikelser inom området Diagnostik och utredning, tex provtagning och -hantering. Ett annat stort område är omvårdnad, främst fallskador. De vanligaste orsakerna till avvikelserna är brister i Omgivning och organisation, främst arbetsmiljö, mänskliga faktorer, kommunikation och information. Inom Styrande dokument är brister i följsamhet vanligast.

De vanligaste avvikelserna inom primärvården är inom området Diagnostik och utredning, främst märkning/ID-kontroll, remiss- och svarshantering. Näst vanligast är avvikelser inom området Vårdadministration, tex remisshantering, journal, tidsbokning och kommunikation. De vanligaste orsakerna till avvikelserna är att orsak inte kan fastställas. Näst vanligast är Brister inom Kommunikation och information och sedan omgivning och organisation, tex mänskliga faktorer och brister i arbetsmiljö.

Av nedanstående figur framgår de vanligaste åtgärderna till avvikelser som rapporterats. Åtgärderna styrs utifrån hur avvikelserna har kategoriserats i Platina.

Figur 5. De vanligaste åtgärderna till avvikelser, RVN totalt 2018-2020



Den absolut vanligaste åtgärden till avvikelser inom specialistvården är information/kommunikation tex att man ska ha en genomgång och påminnelse. Åtgärder inom omgivning och organisation kan vara att utveckla arbetssituationen eller arbeta med resursplanering. När det gäller styrande dokument kan det handla om att uppdatera eller upprätta styrdokument.

Även inom Primärvården är den vanligaste åtgärden som valts till avvikelser information/kommunikation. Här kan det handla om att man ska informera berörd eller ha en genomgång och påminnelse.

Bilaga 2: Klagomål som inkommit till regionen

Nedanstående information är hämtad från patientsäkerhetsberättelsen 2020.

Ärenden till patientnämnden (PEN) har under 2020 ökat en aning jämfört med föregående år, från 1 086 till 1 105 st. Se nedanstående tabell.

Kontaktorsak Patientnämnden Etiska nämnden	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	varav kvinnor	varav män	varav okänt kön
Vård och behandling	-	213	290	151	136	2
Resultat	-	57	60	35	25	-
Kommunikation	-	414	389	226	161	2
Dokumentation och sekretess	-	47	44	31	13	-
Ekonomi	-	28	28	15	13	-
Tillgänglighet	-	160	128	61	65	2
Vårdansvar och organisation	-	62	57	36	21	1
Administrativ hantering	-	72	72	44	28	-
Övrigt	-	33	37	22	15	-
Totalt	1 134	1 086	1 105	621	477	7

Av tabellen ovan framgår att kommunikation, vård och behandling samt tillgänglighet är de tre dominerande områdena som klagomålen och synpunkterna berör. Ärendena handlar bland annat om bristande information och delaktighet, felaktig/fördröjd undersökning, diagnos och behandling, långa väntetider samt att vårdgarantin inte uppfylls.

Till RVN har något fler missnöjesanmälningar registrerats år 2020, 366⁸ st jämfört med 323 föregående år. Majoriteten kom direkt till verksamheterna, 65⁹ via PEN och 38 via IVO. Antalet har ökat i både specialistvården och i primärvården. De enskilda klagomålen till IVO var i nivå med 2019 och av dessa gällde 28 specialistvården och 9 primärvården.

Från PEN finns 65 missnöjesanmälningar registrerade i RVNs diarium och PEN har under 2020 skickat 204 ärenden till verksamheterna med begäran om yttrande. Här finns, liksom föregående år, en betydande underregistrering i RVNs diariesystem från verksamheternas sida. 2021 kommer PEN skicka ärendena via diariet vilket torde åtgärda problemet med underregistrering i avvikelssystemet.

⁸ Totalantalet missnöjen som kommit in via, a) regionens webformulär "vi tar ditt missnöje på allvar", b) PEN och c) IVO.

⁹ Det är endast de ärenden där den klagande önskar ett svar i sitt ärende som sänds vidare till en enhet och registreras som en avvikelse. Samtliga klagomål sänds dock vidare i avidentifierad och sammanfattad form till vårdgivarna.

EY | Building a better working world

EY exists to build a better working world, helping to create long-term value for clients, people and society and build trust in the capital markets.

Enabled by data and technology, diverse EY teams in over 150 countries provide trust through assurance and help clients grow, transform and operate.

Working across assurance, consulting, law, strategy, tax and transactions, EY teams ask better questions to find new answers for the complex issues facing our world today.

EY refers to the global organization, and may refer to one or more, of the member firms of Ernst & Young Global Limited, each of which is a separate legal entity. Ernst & Young Global Limited, a UK company limited by guarantee, does not provide services to clients. Information about how EY collects and uses personal data and a description of the rights individuals have under data protection legislation are available via ey.com/privacy. EY member firms do not practice law where prohibited by local laws. For more information about our organization, please visit ey.com.

[Optional sector or service line descriptor – refer to The Branding Zone]

© 20XX EYGM Limited.
All Rights Reserved.

XXXXX-XXXGbl
ED MMY Y

[Optional environmental statement – refer to The Branding Zone]

[Required legal disclaimer – refer to The Branding Zone]

ey.com